



Muistisairaan eettinen kohtaaminen kotihoidossa

Anne Aittakallio ja Katja Uusitalo

2021 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Muistisairaan eettinen kohtaaminen kotihoidossa

Anne Aittakallio ja Katja Uusitalo
Sairaanhoitajakoulutus
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2021

Anne Aittakallio, Katja Uusitalo

Muistisairaana eettinen kohtaaminen kotihoidossa

Vuosi 2021 Sivumäärä 59

Väestön ikääntyessä muistisairauksia sairastavien määrä kasvaa ja kansallisena tavoitteena on, että muistisairaita hoidetaan kotona kotihoidon turvin mahdollisimman pitkään. Tähän liittyen tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli edistää muistisairaana eettistä kohtaamista kotona tehtävässä hoitotyössä. Tavoitteena oli selvittää, millaisia ovat kotona tehtävän muistisairaana hoitotyön keskeisimmät haasteet hoitajan näkökulmasta ja löytää ratkaisuja näihin haasteisiin. Yhteistyökumppanina oli Helsingin kaupungin läntisellä alueella oleva kotihoidon yksikkö, jonka hoitajia haastateltiin tutkimusta varten. Tutkimuskysymykset olivat: Millaisia ovat kotona tehtävän muistisairaana hoitotyön keskeisimmät haasteet hoitajan näkökulmasta? Millaisin keinoin näitä haasteita olisi mahdollista ratkaista? Miten voidaan tukea muistisairaana kohtaamista kotihoidossa?

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena ja aineisto kerättiin teemahaastatteluin. Aineisto analysoitiin hyödyntämällä teoriaohjaavaa sisällönanalyysiä. Teemahaastattelut tehtiin yhteistyökumppanin tiloissa pienissä ryhmissä kahtena eri päivänä maaliskuussa 2021. Haastatteluihin osallistui yhteensä kuusi hoitajaa ja yksi terveydenhoitajaopiskelija. Teemarungon aiheiksi valittiin hoitokäynnin aika, vuorovaikutus, asiakkaan tunteminen, omaiset ja yhteistyö sekä osaamisen kehittäminen. Aineiston analyysiin käytettiin teoriaohjaavaa sisällönanalyysiä. Tuloksista ilmeni, että suurimmat haasteet kotona tehtävässä hoitotyössä liittyvät hoitokäynnin aikaan ja ajankäyttöön. Muistisairaana kohtaaminen ja laadukas hoitotyö edellyttävät hoitajilta hyvää asennetta ja ammattitaitoa. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että hoitajien ammattitaidolla sekä hyvällä johtamisella ja työskentelyllä voidaan vaikuttaa myönteisesti sekä hoitajien työssä jaksamiseen että asiakkaiden kokemukseen kotihoidosta.

Asiasanat: muistisairaus, elämänlaatu, kotihoito, eettisyys

Anne Aittakallio, Katja Uusitalo

Ethical encountering of a person with memory disorder in home care

Year

2021

Pages

59

As the population ages, the number of people having memory disorders increases. National goal is that people suffering from memory disorders could be taken care of at home with help of home care. The purpose of this thesis was to find out how the ethical encountering of a person with memory disorder can be improved in home care. The aim was to find out what are the key challenges from the nurse's point of view when working at home of a person having a memory disorder and how these challenges could be solved. The partner organization was a home care unit in western Helsinki, whose nurses were interviewed for the research. Research questions were: What are the key challenges from the nurse's point of view when working at home of a person having a memory disorder? By what means these challenges could be solved? How could the encountering of a person with memory disorder be supported?

This thesis was carried out as a qualitative research and the material was collected by arranging theme interviews. The material was analysed by theory guided content analysis. Theme interviews were conducted at partner's organization premises on two separate days in March 2021. A total of six nurses and one public health care student took part in the interviews. The themes for the interviews were time of the home care visit, interaction, knowing the client, next of kin and cooperation and development of nurse's knowledge. The material was analysed by using a theory guided content analysis. The results showed that the biggest challenges were the time of the care visit and the use of time. Encountering a person having a memory disorder and high-quality care require good attitude and professional skills from the nurses. As a conclusion it can be stated that professional skills of nurses and good management of the work can have positive effects on performance at work and on the customers' experience of the home care.

.

Keywords: memory disorder, quality of life, home care, ethics

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Opinnäytetyön tausta, tarkoitus ja tavoite.....	7
3	Yleisimmät muistisairaudet	8
3.1	Alzheimerin tauti.....	8
3.2	Aivoverenkiertosairauden muistisairaus	10
3.3	Lewyn kappale -tauti	10
3.4	Otsa-ohimolohkorappeumat	11
4	Ikäihmisten kotihoito	12
4.1	Muistisairaahan kotihoito	12
4.2	Kotihoito Helsingissä.....	13
5	Ikäihmisen elämänlaatu	14
5.1	Fyysinen elämänlaatu	15
5.2	Psyykinen elämänlaatu.....	17
5.3	Sosiaalinen elämänlaatu	18
5.4	Elinympäristön merkitys.....	19
6	Eettisyys hoitotyössä.....	20
6.1	Ikäihmisen ja muistisairaahan eettinen kohtelu	20
6.2	Hoitajan eettinen omatunto ja kuormitus	21
7	Opinnäytetyön toteutus	22
7.1	Tutkimusmenetelmä ja aineiston kerääminen	22
7.2	Teemahaastattelun runko.....	23
7.3	Aineiston käsittely ja analyysi.....	24
8	Opinnäytetyön tulokset.....	27
8.1	Kotihoitotyön haasteet	27
8.2	Ratkaisuja haasteisiin	28
9	Pohdinta	32
9.1	Tulosten tarkastelu	32
9.2	Eettisyys ja luotettavuus	34
9.3	Johtopäätökset ja kehittämissuhteet	35
	Kuviot	43
	Taulukot	43
	Liitteet	44

1 Johdanto

Muistisairaudet ovat länsimaissa ikääntyneiden yleisimpiä sairauksia. Vaikeaa tai keskivaikeaa muistisairautta sairastavia oli Suomessa noin 93 000 ja lievää muistisairautta sairastavia noin 100 000 vuonna 2013. Määrä on koko ajan kasvussa väestön ikääntyessä ja ennusteiden mukaan vaikeaa tai keskivaikeaa muistisairautta sairastavia on arviolta 240 000 vuonna 2060. (Muistisairaana henkilön päivittäistoiminnoista... 2019, 5; Muistisairaudet 2020.)

Suomessa on kansallisena tavoitteena, että iäkäs ihminen voi asua omassa kodissaan niin pitkään kuin se on mahdollista. Kun tulee tarve hoivaan ja huolenpitoon, se annetaan kotiin vietävänä palveluna. (THL 2020.) Kotihoidolla tarkoitetaan kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistävää palvelua ja sen kohderyhmänä ovat kotona asuvat henkilöt, jotka tarvitsevat tukea arkipäivän toimintoihin alentuneen toimintakyvyn takia, eikä heillä ole mahdollisuutta hakeutua perusterveydenhuollon palveluihin kodin ulkopuolelle (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021a; Sosiaali- ja terveysministeriö 2021b). Kehusmaan ja Hammarin (2019) mukaan kotihoidon asiakkaat ovat entistä huonokuntoisempia ja tarvitsevat paljon palveluita ympäri vuorokauden kaikkina päivinä. Kotihoidon palveluita säännöllisesti tarvitsevien asiakkaiden määrä on ollut kasvusuuntainen väestön ikääntyessä ja muuhun maahan verrattuna kasvua on erityisesti Uudellamaalla ja suurissa kaupungeissa (Kotihoidon asiakasmäärät kasvussa... 2017).

Julkisuudessa on viime vuosina puhuttu paljon ikäihmisten hoitotyön resursseista ja laadusta. Vanhuspalvelulakiin eli lakiin ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvueluista (980/2012) tuli syksyllä 2020 voimaan muutoksia, jotka nostavat asteittain tehostetun palveluasumisen henkilöstömitoituksen vähimmäismäärää. Kotihoitoa ei tuossa lakiuudistuksessa huomioitu ja esimerkiksi Vanhustyön keskusliiton toiminnanjohtaja Anni Lausvaara ottaa asiaan kantaa Ylen aamu TV:ssä 11.2.2021. Hänen mielestään kotihoidon tilanne on huonompi kuin tehostetun palveluasumisen tilanne. Vuonna 2019 tuli esiin vakavia ongelmia vanhusten hoidossa palveluasumisen puolella, jolloin kunnat siirsivät resursseja kotihoidosta palveluasumiseen, ja kotihoidon ennestään heikko tilanne heikkeni entisestään. Lausvaaran (2021) mukaan suurin syy kotihoidon ongelmiin on resurssipula, joka johtuu rahan puutteesta. Hän kertoo, että Suomessa on rahallisesti miljardin vaje vanhusten hoidossa. Hänen mukaansa hoitajan kotikäynnin aikana ehditään tekemään vain kaikkein välttämättömimmät asiat, kuten antamaan lääkkeitä, hoitamaan hygieniä ja lämmittämään ruoka. Sitä syökö ikäihminen ruoan vai ei, ei ehditä useinkaan jäämään valvomaan. Lausvaara toivoo, että uuden valmisteilla olevan Vanhuspalvelulain toisen osan myötä kotihoidon työ organisoitaisiin uudella tavalla, ja mahdollistettaisiin yksilöllisempi ja laadukkaampi hoito ja pystyttäisiin jopa viemään asiakas joskus ulkoilemaan. (Lausvaara 2021.) Myös Kariniemi, Siira, Kyngäs ja Kaakinen (2020, 33) tuovat esiin tutkimuksessaan ikääntyneiden kokemuksista

vahvuuksistaan, voimavaroistaan ja kotihoidosta, että kotihoidon asiakkaiden mielestä hoitajilla ei ole riittävästi aikaa ja kiire saattaa pilata hyvän kohtaamisen.

Aihetta taustoitetaan tutkimalla ikääntyneen ihmisen hyvän elämänlaadun edellytyksiä eri osa-alueiden näkökulmista. Räsänen (2019, 18-21) mukaan elämänlaatua voidaan tarkastella neliulotteisen; fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja elinympäristön kattavan mallin mukaisesti ja ikääntyneen hyvän elämänlaadun toteutuminen edellyttää, että mallin kaikissa ulottuvuuksissa yhteiskunnassa ymmärretään ja hyväksytään ikääntyminen luonnollisena elämänkulun vaiheena. Holopainen ja Siltanen (2015, 20) mainitsevat muistisairaana henkilön elämänlaatua parantaviksi tekijöiksi muun muassa päivittäistoiminnoista selviytymisen, hyvät ihmissuhteet sekä hoitajien riittävyden ja muistisairauksiin liittyvän erityisosaamisen.

Ikääntyneen ihmisen ja muistisairaana hoitotyössä eettisen kohtaamisen perustana on kunnioittava ja tasa-arvoinen kohtelu sekä hänen näkemystensä kuuntelu ja huomiointi (Vanhuus ja hoidon etiikka 2008, 17). Mönkäre (2019, 114) toteaa muistisairaana hyvän kohtaamisen perustan olevan sama kuin yleensäkin ihmisten välisessä kohtaamisessa. Hoitotyössä hyvän kohtaamisen edellytys on hoitajan ymmärrys muistisairaudesta tuomista muutoksista ja kyky toimia arvostavasti myös haastavissa tilanteissa.

2 Opinnäytetyön tausta, tarkoitus ja tavoite

Kiinnostus tämän aiheen tutkimiseen lähtee osin kotihoidon laatuun liittyvän, valitettavan negatiivisävyisen julkisen keskustelun takia. Väestön ikääntyessä kotihoidon asiakkaita tulee olemaan yhä enemmän ja uskomme, että asiakkaan itse sitä halutessa, oma koti on tarvittavien palveluiden tukemana paras paikka asua niin kauan kuin se on turvallisesti mahdollista. Toisena merkittävänä tekijänä on kiinnostuksemme muistisairauksia kohtaan. Muistisairaiden henkilöiden kohtaamisen taitoja tarvitaan ja tullaan tarvitsemaan sairaanhoitajan työssä kaikissa terveydenhuollon toimintapaikoissa. Mielestämme asiakkaan tai potilaan eettisen kohtaamisen tulee olla kaiken hoitotyön perusta. Lisäksi olemme sairaanhoitajaopintojemme aikana kiinnittäneet huomioita siihen, että muistisairauksien hoitotyöhön liittyvä tutkittu tieto on pääosin ympärivuorokautiseen hoitoon kytkeytyvää ja haluamme tietää, miten tuo tieto on sovellettavissa kotihoitoon tai löytäisimmekö erityisesti kotihoitoon liittyvää tutkittua tietoa.

Opinnäytetyön tarkoituksena on edistää muistisairaana eettistä kohtaamista kotona tehtävässä hoitotyössä. Työn yhteistyökumppani on Helsingin kaupungin kotihoidon yksi lähipalvelualue, jolla muistisairaiden asiakkaiden määrä on kasvanut runsaasti viime vuosina ollen tällä hetkellä lähes 70 % kaikista asiakkaista ja jossa muistisairaiden hoitotyötä on pyritty kehittämään. Opinnäytetyön tavoitteena on ensimmäisessä vaiheessa selvittää, millaisia ovat

kotona tehtävän muistisairaahan hoitotyön keskeisimmät haasteet hoitajan näkökulmasta. Toisessa vaiheessa pyrittiin löytämään ratkaisuja näihin haasteisiin.

Opinnäytetyössä käytetty termi hoitaja kuvaa yhtenäisesti niitä ammattiryhmiä, jotka osallistuvat kotona tehtävään muistisairaahan hoito- ja hoivatyöhön. Mikäli asiayhteys sitä edellyttää, kuvataan ammattiryhmä tarkemmalla tasolla sairaan- tai lähihoitajaksi. Termi muistisairas kuvaa tässä työssä henkilöä, jolla on diagnosoitu etenevä muistisairaus.

Tutkimus rajataan koskemaan niitä kotihoidon tekemiä hoitokäyntejä, joita ei voida korvata yksinomaan teknologia ratkaisuja käyttäen. Muistisairaus on silloin edennyt sellaiseen vaiheeseen, jossa hoitajan läsnäolo on välttämätöntä asiakkaan päivittäisiä toimintoja tuettaessa.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaisia ovat kotona tehtävän muistisairaahan hoitotyön keskeisimmät haasteet hoitajan näkökulmasta?
2. Millaisin keinoin olisi mahdollista ratkaista näitä haasteita ja tukea muistisairaahan kohtaamista kotihoidossa?

3 Yleisimmät muistisairaudet

Alzheimerin tauti, aivoverenkiertosairauden muistisairaus, Lewyn kappale -tauti ja otsaohimolohkorappeumat ovat yleisimpiä eteneviä muistisairauksia. Muistisairaus voi rajoittaa ja vaikeuttaa sitä sairastavan ihmisen elämää monin eri tavoin. Vaikeudet lisääntyvät, mitä pidemmälle sairaus etenee. Ongelmia voi esiintyä arkisten päivittäisten toimintojen suorittamisessa. Tällaisia voivat olla esimerkiksi ruoan laitto, pukeutuminen ja hygienian hoito. Kognitiivisen ja fyysisen toimintakyvyn heikkenemisen lisäksi muistisairaus voi vaikuttaa henkilön psyykkiseen, sosiaaliseen ja oikeudelliseen toimintakykyyn. (Muistisairaahan henkilön päivittäistoiminnoista... 2019, 5.)

3.1 Alzheimerin tauti

Etenevistä muistisairauksista yleisin on Alzheimerin tauti, jota sairastavien osuus on noin 70 % kaikista eteneviä muistisairauksia sairastavista (Muistisairaudet 2020). Ikävuosien lisääntyessä riski sairastua Alzheimerin tautiin kasvaa. Yli 85-vuotiailla tautia esiintyy 15-20 %:lla, kun taas alle 65-vuotiailla tauti on harvinainen. Perimmäistä syytä sille, miksi tauti puhkeaa jollekin ihmiselle, ei tiedetä. Se tiedetään, että aivoissa alkaa tapahtua pieniä muutoksia ja aivoihin kerääntyy muun muassa amyloidia eli liukenemattomia valkuaisainekertymiä, jotka

aiheuttavat vaurioita hermosoluissa. Taudin alkuvaiheessa hermosoluja alkaa yleensä tuhoutumaan sisemmän ohimolohkon alueelta ja siitä tauti etenee isoivokuorelle. Valtaosassa tapauksista Alzheimerin tautiin sairastuminen ei ole johtunut perinnöllisistä syistä. Alzheimerin taudin kesto ensioireista kuolemaan on yleensä yli 10 vuotta. (Juva 2018.)

Alzheimerin taudissa esiintyy tyypillisiä, epätyypillisiä ja sekatyypisiä muotoja. Taudin tyypillisin vaihein etenevässä muodossa aivomuutokset lisääntyvät hitaasti ja tasaisesti riippumatta siitä, missä iässä tauti on alkanut. Eroja ei ole myöskään havaittu eri sukupuolten välillä. Taudin etenemisvaiheet voidaan jakaa oireiden perusteella oireettomaan, varhaiseen, lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan Alzheimerin tautiin. Oppimis- ja muistiongelmien ovat taudin varhaisvaiheesta alkaen hallitsevia oireita. Käyttöoireet lisääntyvät ja omatoimisuus heikentyy taudin edetessä. Oireiden arvioinnissa voidaan käyttää erilaisia mittareita, kuten esimerkiksi MMSE eli Mini-Mental State Examination -muistitestiä. MMSE-testitulokset ovat yleensä hyviä taudin varhaisessa vaiheessa, mutta edenneessä taudin vaiheessa se antaa kuvaa taudin etenemisestä. (Remes, Hallikainen & Erkinjuntti 2015, 120-122, 131.)

Epätyypillisiä Alzheimerin taudin muotoja ovat posteriorinen eli aivojen takaosasta lähtevä ja otsalohko-oireinen Alzheimerin tauti. Posteriorisessa muodossa sairastuneella voi olla ongelmia nähdyn hahmottamisessa kuten esimerkiksi vaikeus tunnistaa tuttuja ihmisiä tai liikkua tutuissa paikoissa. Otsalohko-oireissa muodossa ongelmat voivat alkaa kielellisin oirein. Esimerkiksi sairastuneen voi olla vaikea löytää sanoja tai toistaa lauseita. Epätyypillinen Alzheimerin taudin muoto etenee samalla tavalla kuin tyypillinen muoto. Myöskään niiden kestolla ei ole havaittu eroja. Hoito on molemmilla samanlaista. Epätyypillistä muotoa on enemmän nuoremmilla Alzheimerin tautia sairastavilla, mutta sitä voi esiintyä myös iäkkäämmillä. (Hallikainen 2019.)

Sekatyypisestä Alzheimerin taudista puhutaan, kun Alzheimerin taudin lisäksi oirekuvassa esiintyy joko aivoverenkiertosaireus tai oireita toisesta aivojen rappeuttavasta sairaudesta kuten Lewyn kappale -taudista. Yleisin sekatyypinen muoto on Alzheimerin tauti ja siihen liittyvä aivoverenkiertosaireus. (Hallikainen 2019.)

Kun henkilöllä on diagnosoitu Alzheimerin tauti, lääkettä harkitaan yleensä mahdollisimman pian, jotta sairastuneen toimintakyky pysyisi mahdollisimman hyvänä. Lieväoireisen Alzheimerin taudin lääkehoito aloitetaan usein asetyylikoliiniesterasiin (AKE) estäjistä donepetsiililla, galantamiinilla tai rivastigmiinilla. Jos nämä eivät jonkin vasta-aiheen vuoksi sovi, voidaan hoito aloittaa myös memantiinilla. Jos Alzheimerin tauti on edennyt keskivaikeaan tai vaikeaan vaiheeseen, käytetään usein yhdessä sekä memantiinia että jotakin AKE:n estäjistä. (Muistisairaudet 2020.)

3.2 Aivoverenkiertosairauden muistisairaus

Kaikista etenevää muistisairautta sairastavista aivoverenkiertosairauden muistisairautta esiintyy 15-20 %:lla. Erityyppiset aivoverenkiertohäiriöt ja muutokset aivoissa liittyvät tähän oireyhtymään. Pienten suonien tauti, suurten suonien tauti ja infarktien aiheuttamat vauriot aivojen kriittisellä tiedonkäsittelyn alueella ovat tärkeimmät aivoverenkiertosairauden muistisairauden alatyypit. Pienten suonien taudin osuus näistä kaikista on noin 70 %. (Muistisairaudet 2020.) Oireet voivat alkaa yksilöllisesti ja vaurioalueesta riippuen jonkin tiedonkäsittelyn alueen heikkenemisellä ja laajeta etenevään dementiaan (Melkas, Jokinen & Erkinjuntti 2015, 137).

Pienten suonien taudissa nimensä mukaisesti aivojen pienet läpäisevät suonet ahtautuvat aivokuoren alla. Tämä voi aiheuttaa muutoksia aivojen valkeassa aineessa, pieniä lakunaarisia infarkteja, aivojen kuorikerroksen mikroinfarkteja sekä aivokudoksen surkastumista. Oireet voivat alkaa kehittymään pikkuhiljaa tai joissakin tapauksissa hyvinkin äkillisesti ja nopeasti. Oireina voi tulla tiedonkäsittelyn ongelmia, kävelyvaikeuksia, virtsankarkailua ja masennusta. Toiminnanohjaus voi heikentyä ja tiedonkäsittely hidastua. Suurten suonien taudissa infarkteja esiintyy suurten verisuonien suonitusalueella ja ne voivat vaurioittaa aivokuorta. Oirekuvaan vaikuttaa infarktin sijainti ja se kummalla aivopuoliskolla vaurio on. Yleisluonteisia oireita voivat olla vireystilaan, tarkkaavaisuuteen ja toiminnanohjaukseen liittyvät oireet. Kriittisillä aivojen alueilla tapahtuneet infarktit voivat sijainnista riippuen aiheuttaa muutoksia tiedonkäsittelyssä, dementia-asteisia oireita, sekavuutta ja tajunnantason vaihteluita. (Melkas ym. 2015, 142-144.)

Aivoverenkiertosairauden muistisairauden hoidossa pyritään ensisijaisesti vaikuttamaan aivoverenkiertosairauden syihin. Kohonnut verenpaine, rytmihäiriöt ja diabetes esimerkiksi pyritään hoitamaan niin hyvin kuin mahdollista. Elintapojen merkitystä korostetaan ja potilasta kannustetaan liikkumaan riittävästi, pitämään paino kurissa ja olemaan tupakoimatta. (Melkas ym. 2015, 155.)

3.3 Lewyn kappale -tauti

Lewyn kappale -patologiaan kuuluvia sairauksia ovat Lewyn kappale -tauti, Parkinsonin tautiin liittyvä muistisairaus sekä Lewyn kappale -taudin ja Alzheimerin taudin yhdistelmä. Kaikista etenevistä muistisairauksista nämä kattavat noin 15 %. Lewyn kappale -taudin osuus on noin 10 % ja suurin osa tästä osuudesta on Lewyn kappale -taudin ja Alzheimerin taudin yhdistelmää. (Rinne 2015, 165.) Taudissa aivokuorelle kehittyy niin sanottuja Lewyn kappaleita, jotka muodostuvat pääosin alfasynukleiini-alkuaineesta. Taudin oireet alkavat yleensä hitaasti ja niistä merkittävimmät ovat vaihtelut tarkkaavaisuudessa ja vireystilassa, älyllisen toimintakyvyn heikkeneminen sekä toistuvat näköharhat. Parkinsonin taudille ominaisia piirteitä, kuten kävelyhäiriöitä, jäykkyyttä ja liikkeiden hidastumista voi esiintyä.

Tyypillisiä ovat myös REM-unen aikaiset käytöshäiriöt. Kun tauti etenee, lisääntyvät myös muistiongelmät. (Atula 2019; Hartikainen 2019.)

Lewyn kappale -tautiin ei ole olemassa sitä pysäyttävää tai parantavaa hoitoa. Lääkehoito on usein haasteellista, koska esimerkiksi käytösoireisiin tai sekavuuteen yleensä käytettävät neuroleptit voivat aiheuttaa voimakkaita haittavaikutuksia. Parkinsonin taudin lääkkeiden on havaittu aiheuttavan harhoja ja sekavuutta. Alzheimerin tautiin käytettävistä asetyylikoliiniesteraasin estäjistä erityisesti rivastigmiinin on tutkimuksissa havaittu olevan jonkin verran hyötyä Lewyn kappale -tautia sairastavien ahdistus-, apatia- ja harhaluuloisuusoireisiin sekä tiedonkäsittelyyn liittyvään tarkkaavuuteen. Yleisesti Lewyn kappale -tautia sairastavien kohdalla lääkitys tulee aloittaa varovasti ja annosta tulee nostaa hitaasti. (Rinne 2015, 170; Hartikainen 2019.)

3.4 Otsa-ohimolohkorappeumat

Aivojen otsalohkojen toimintaa heikentävät otsa-ohimolohkorappeumat eivät ole yksittäisiä sairauksia vaan ryhmä oireyhtymiä, joihin katsotaan kuuluvan otsalohkodementia, etenevä sujumaton afasia ja semanttinen dementia (Remes & Rinne 2015, 172). Otsa-ohimolohkorappeumien osuus kaikista etenevistä muistisairauksista on noin 5 %. Tautiin sairastuneista noin 30-45 %:lla tautia on esiintynyt myös suvussa. Saman suvun sisällä sairauden alkamisiässä ja oirekuvassa voi olla suurta vaihtelua. Sairauden alkuvaiheen oireita voivat olla käytösoireet, persoonallisuuden muutokset, heikentynyt toiminnanohjaus ja kielelliset ongelmat. Muistioireet voivat tulla kuvaan vuosia myöhemmin. Sairauden etenemistahti voi vaihdella, mutta yleensä sairauden eteneminen on melko nopeaa ja johtaa kuolemaan noin 6-10 vuoden kuluessa oireiden alkamisesta. (Remes 2019.)

Otsalohkodementia on yleisin otsa-ohimolohkorappeumista. Taudin yleisin alkamiskä on noin 45-65 ikävuoden välissä ja se on hieman yleisempi miehillä kuin naisilla. Oireet alkavat usein persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutoksina. Joillakin sairastuminen voi alkaa psykoottisella oireilulla. Sairastuneen käytös saattaa poiketa totutusta ja hän saattaa sanoa ja tehdä asioita hyvinkin estottomasti vailla arvostelukykyä. Hän voi olla kykenemätön tekemään tarkkaavaisuutta ja keskittymiskykyä vaativia asioita. Apatia ja aloittekyvyttömyys kuuluvat myös oirekuvaan. Myöhäisemmässä vaiheessa mukaan voivat tulla puhumattomuus ja erilaiset ekstrapyramidaalioireet, kuten lihasjäykkyys, hidaslakkeisuus ja kävelyyn liittyvät ongelmat. (Muistisairaudet 2020; Remes & Rinne 2015, 173-175.)

Etenevä sujumaton afasia alkaa usein jo työikäisenä alle 65-vuotiaana. Oirekuvaan kuuluu keskeisesti puheen tuoton ongelmat. Puheessa voi esiintyä kielioppivirheitä, lauseet voivat yksinkertaistua, sanojen toistaminen voi olla hankalaa ja sanat saattavat hukkuu. Myös lukeminen ja kirjoittaminen voivat hankaloitua. Joissakin tapauksissa tämä sairauden muoto

johtaa sairastuneen täydelliseen puhumattomuuteen. (Muistisairaudet 2020; Remes & Rinne 2015, 176-177.)

Semanttinen dementia ilmenee siihen sairastuneella puheen ymmärtämisen ja sanojen sekä asioiden nimeämisen vaikeutena. Puhuminen saattaa olla aivan sujuvaa, mutta puheen sisältö on epäloogista ja kuulijalle vaikeasti käsitettävää. (Remes 2019; Remes & Rinne 2015, 177-178.)

Otsa-ohimolohkorappeumiin ei ole tällä hetkellä olemassa aivoissa tapahtuvia muutoksia estävää tai hidastavaa hoitoa. Hoidossa keskitytään sairastuneella ilmenevien oireiden hoitoon. Alzheimerin taudissa käytettävistä AKE:n estäjistä tai memantiinista ei ole havaittu olevan hyötyä. Masennusoireisiin ja käytösoireisiin on saatu vastetta selektiivisistä serotoniinin takaisinoton estäjistä eli SSRI-lääkkeistä. Neuroleptejä on käytetty harkiten psykoosioireisiin. (Remes 2019; Muistisairaudet 2020.)

4 Ikäihmisten kotihoito

Suomessa laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012) velvoittaa kunnat tukemaan ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä ja itsenäistä selviytymistä sekä toimintakykyä. Jokaiselle ikääntyneelle on laadittava suunnitelma näiden asioiden toteutumiseksi ja suunnitelmassa on painotettava kotona tapahtuvaa hoitoa ja kuntouttamista.

Kotipalvelu on tarkoitettu henkilöille, jotka tarvitsevat arkipäivän toiminnoista selviytyäkseen tukea ja apua sairauden tai alentuneen toimintakyvyn takia. Kotisairaanhoidolla tarkoitetaan kotona annettua sairaanhoitoa, joka tukee sairaan henkilön kotona selviytymistä. Kotipalvelu perustuu sosiaalihuoltolakiin ja kotisairaanhoidon terveydenhuoltolakiin. Kunnilla on mahdollisuus yhdistää kotipalvelu ja kotisairaanhoidon kotihoidoksi. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa kotihoidon ja siihen liittyvien palveluiden lainsäädännön valmistelusta, yleisestä suunnittelusta ja ohjauksesta, kunnilla taas on palveluiden järjestämisvelvollisuus. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021a; Sosiaali- ja terveysministeriö 2021b.)

4.1 Muistisairaankotihoito

Ikääntyneiden määrän lisääntyminen lisää edelleen vanhuspalvelujen asiakasmääriä ja se on yhtenä taustatekijänä vaikuttanut siihen, että terveys- ja sosiaalihuollon palveluita viedään yhä enenevässä määrin kotiin. Tavoitteena on vähentää laitoshoidon määrää osin taloudellisista syistä mutta myös siksi, että voidaan tarjota ikääntyneelle mahdollisuus elää omassa tutussa ympäristössä. Vanhuspalvelujen asiakkaista suurin osa on muistisairaita ja joka

toinen muistisairas henkilö asuu kotona kotihoidon palveluiden ja mahdollisesti myös omaishoidon tukemana. (Kelo, Launiemi, Takaluoma & Tiittanen 2015, 83-84; Kehusmaa & Hammar 2019.)

Muistisairaana pitkään kotona asumista tukevia tekijöitä ovat varhainen diagnoosi, psyykkisen ja somaattisen tilan kokonaisvaltainen selvittäminen ja oikea lääkitys, asianmukaiset tukipalvelut sekä toimintakykyä tukeva hoito. Hoitotyössä tulee välttää liiallista huolehtimista, koska se saattaa laskea jäljellä olevaa toimintakykyä ja osaltaan nopeuttaa ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymisen tarvetta. Mahdollisen omaishoitajan huomiointi ja jaksamisen tukeminen on tärkeää. (Eloniemi-Sulkava, Juva & Mäkelä 2015.) Jylhän, Holopaisen ja Voutilaisen (2015) mukaan ikääntyneen toimintakykyyn vaikuttavat erityisen myönteisesti moniammatilliset, useita menetelmiä sisältävät kotikäynnit. Kotikäynnin tulee perustua yksilölliseen ja monipuoliseen suunnitelmaan, joka on laadittu toimintakyvyn kokonaisvaltaisen arvioinnin pohjalta.

Hautsalon, Rantasen, Kaunosen ja Åstedt-Kurjen (2016, 8) tutkimuksessa asiakkaiden ja heidän läheistensä kokemuksista kotihoidosta tuli esiin yhteistyön merkitys kotihoidon ja läheisten välillä. Sujuvan ja molempiin suuntiin toimivan yhteistyön koettiin olevan perusta onnistuneelle ikäihmisen kotihoidolle. Sujuvan yhteistyön koettiin myös lisäävän turvallisuuden tunnetta läheisissä, koska he pystyivät luottamaan oman omaisen hyvään hoitoon. (Hautsalo ym. 2016, 8.)

4.2 Kotihoito Helsingissä

Helsingin kaupunki on Suomen suurin työnantaja, joka työllistää noin 38 000 ihmistä (Helsingin kaupunki 2019). Kotihoito kuuluu sosiaali- ja terveystoimialaan, jossa työskentelee 15 000 ammattilaista ja asiantuntijaa kolmessa palvelukokonaisuudessa: perhe- ja sosiaalipalvelut, terveys- ja päihdepalvelut sekä sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelut (Helsingin kaupunki 2020). Kotihoito kuuluu organisatorisesti sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelujen kokonaisuuteen ja toimii neljällä maantieteellisellä palvelualueella, joista kullakin on kahdeksan kotihoitoyksikköä. Kotihoitoyksiköt jakautuvat edelleen noin 70 lähipalvelualueeseen, jotka tuottavat asiakkaille kotihoidon palvelut. Kotihoidon palvelu on mahdollista järjestää myös ostopalveluna tai palvelusetelillä. Toiminnan lähtökohtana on, että palvelut tuotetaan tasapuolisesti ja oikeudenmukaisesti kaikille asiakkaille asuinalueesta ja palveluntuottajasta riippumatta. (Helsingin kaupungin kotihoidon... 2021, 2-5.)

Helsingissä kotihoidon palveluihin kuuluvat sekä arjen toimintoja tukeva kotipalvelu että kotiin vietävät terveyden- ja sairaanhoidon palvelut. Kotihoidon palvelujen piiriin hakeudutaan ikäihmisten keskitetyn neuvontapalvelun kautta, jossa tehdään laaja-alainen palvelutarpeen arviointi yhdessä asiakkaan kanssa. Myös läheiset ja tarvittaessa muut toimijat voivat osallistua arviointiin, jonka tuloksena syntyy asiakassuunnitelma sekä tarvittaviksi

tunnistettuihin palveluihin liittyvät päätökset. Myönteinen palvelupäätös edellyttää, että asiakkaan toimintakyky on alentunut siten, ettei hän selviä päivittäisistä perustoiminnoista tai pysty hakeutumaan julkisiin tai yksityisiin sairaanhoitopalveluihin edes lähipiirinsä avustamana. Myös omaishoitajien jaksamista tuetaan kotihoidon palveluiden avulla. Kotihoidon palveluihin kuuluvia tukipalveluita ovat ateria-, kauppa-, siivous-, sauna- ja turvapuhelinpalvelut. Lisäksi jokaiselle asiakkaalle tehdään yksilöllinen, arkiliikkumista ylläpitävä ja siihen kannustava liikkumissopimus. Säännöllisesti jatkuvan kotihoidon kuukausimaksun suuruuteen vaikuttavat asiakkaan talouden bruttotulot, perheen koko ja palvelujen määrä. (Helsingin kaupungin kotihoidon... 2021, 3-7; Helsingin kaupunki 2021.)

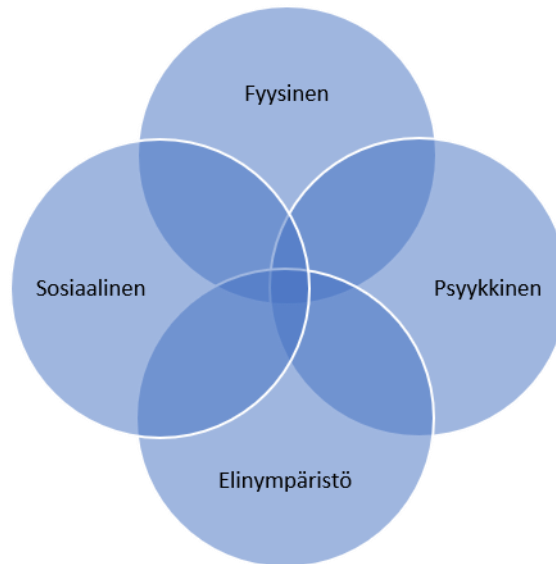
Kotihoidon palvelut asiakkaille tuottavien lähipalvelualueiden tiimeissä työskentelee sairaan- ja terveydenhoitajia, lähihoitajia tai muun sosiaali- ja terveysalan ammatillisen tutkinnon suorittaneita hoitajia, avustajia sekä esihenkilönä kotihoidon ohjaaja. Tiimien tukena työskentelee kotihoidon lääkäri, fysio- ja toimintaterapeutti ja sosiaalityöntekijä. Asiakkaiden luokse tehdään käyntejä seitsemänä päivänä viikossa kello 7-22 välisenä aikana. Yöllä tehtävistä asiakaskäynneistä vastaa koko kaupungin alueella toimiva yökotihoidon yksikkö. Hoitokäyntien ajat, niiden pituus ja sisältö määräytyvät asiakaskohtaisen palvelu- ja hoitosuunnitelman mukaisesti. Lähihoitajat/hoitajat toimivat asiakkaiden vastuuhoidajina. Vastuuhoidajan tehtäviin kuuluu asiakaskäyntien lisäksi nimettyjen vastuuasiakkaiden kokonaisvaltainen hoitotyön suunnittelu ja arviointi, yhteydenpito omaisiin ja tarvittavien tukipalvelujen järjestäminen yhdessä moniammatillisen tiimin kanssa. Sairaan- tai terveydenhoitaja toimii sairaanhoidon, terveyden edistämisen ja hoitotyön asiantuntijana, seuraa ja arvioi asiakkaiden vointia yhdessä vastuuhoidajien kanssa sekä tekee asiakaskäyntejä. (Esihenkilö 2021.)

5 Ikäihmisen elämänlaatu

Maailman terveysjärjestö WHO on määritellyt elämänlaadun yksilön käsitykseksi omasta elämäntilanteesta, jota peilataan omiin tavoitteisiin, päämääriin ja odotuksiin. Yksilön oma kulttuuri ja arvomaailma luovat viitekehyksen elämänlaadulle. (Holopainen & Siltanen 2015, 8.) Ikääntyminen tulisi ymmärtää ja hyväksyä luonnollisena elämänsä vaiheena. Ikääntyneen ihmisen onnistuneen elämänlaadun keskeisiä tekijöitä ovat toimintakykyisyys, itsemääräämisoikeus ja yksilöllisten tarpeiden huomiointi, joita tulee ensisijaisesti tavoitella ja tukea käytännön vanhus- ja hoivatyössä. Hyvä vuorovaikutus on edellytys edellä mainittujen tavoitteiden saavuttamiselle; lisäksi tarvitaan työyhteisön hyvää johtamista, työn organisointia ja työntekijöiden hyvinvoinnin tukemista. (Räsänen 2019, 18-20.)

Elämänlaadun tarkastelussa voidaan käyttää alla olevan kuvion 1 mukaisesti nelikulotteista, fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja elinympäristön kattavaa mallia. Mallin mukaan eri

ulottuvuudet sivuavat ja tukevat toisiaan ja painottuvat elämän eri vaiheissa eri tavoin. (Räsänen 2019, 20-21.)



Kuvio 1: Elämänlaadun ulottuvuudet (Räsänen 2019, 21).

Muistisairaana elämänlaatua parantavat päivittäisissä toiminnoissa selviytyminen, ihmissuhteet ja sosiaalinen osallisuus, hengellisyys, hoitajien erityisosaaminen muistisairaiden kanssa työskentelyssä sekä hoitajien riittävyys. Elämänlaatua vähentävinä tekijöinä nousee esiin yksinäisyyden tunne ja vähäinen vuorovaikutus, liikkumisen rajoittaminen, kipu ja kaatumiset sekä hoitajien kuormitus. Muistisairaana hyvän hoidon perusta on elämänlaadun säännöllinen arviointi. Muistisairas itse on elämänlaatunsa tärkein arvioija, vaikka sairauden edetessä läheisten ja terveysalan ammattilaisten näkemykset painottuvat enemmän. (Holopainen & Siltanen 2015, 20.)

5.1 Fyysinen elämänlaatu

Fyysiseen elämänlaatuun vaikuttavia tekijöitä ovat terveydentila, jäljellä oleva toimintakyky ja arjessa selviytyminen, liikkumiskyky, kivut ja ravitsemus. Kaikkia näitä tulee edistää ja se vaatii hoitajalta tietoa, oikeaa asennetta ja osaamista ikäihmisen motivointiin. (Räsänen 2019, 21-24.) Vaikka voimavarat rapistuvat ja liikuntakyky heikkenee, muistisairaana omien jäljellä olevien voimavarojen hyödyntäminen on tärkeää. Pyrkimyksenä on tukea muistisairaana itsenäistä selviytymistä ja mahdollistaa hänelle aktiivinen rooli omassa elämässä. Tämä vaatii toisinaan kärsivällisyyttä läheisiltä, hoitajilta ja muistisairaana itseltään. Rutiinit helpottavat arkea eivätkä ne aiheuta muistisairaana kyllästymistä vaan pikemminkin rauhoittavat ja tuovat turvallisuuden tunnetta. (Hurnasti, Topo & Nukari 2014b, 135.)

Muistisairaahan muuttunut käytös ja psykologiset oireet, jotka nimetään usein käytösoireeksi, ovat muistisairaahan ihmisen tapa toimia itselleen luontaisella tavalla. Hänen vuorovaikutuksensa perustuu niihin kykyihin, joita hänellä on vielä jäljellä. Tunnetilat voivat vaihdella nopeasti ja toimintatapoja voi olla vaikea ennakoida. Hoitajien tulee ymmärtää muistisairaouden aiheuttamia muutoksia, osata suhtautua niihin ja sietää niiden vaikutuksia. (Räsänen 2019, 32-35.)

Muistisairaahan toimintaa ja käytöstä ei voi muuttaa, siksi lähtökohtana pitää olla muistisairaahan asuinympäristön haittatekijöiden muuttaminen. Hoitotilanteissa ennakolta haastaviksi tiedettyihin tilanteisiin pitää varautua etukäteen ja minimoida provosoivat tekijät. Erityistä huomiota tulee kiinnittää herkkiin, ihmisen henkilökohtaiselle reviirille kuuluviin tilanteisiin, joita ovat wc-käynnit, pesut, pukeutuminen ja riisuminen sekä ruokailu. Suostuttelu ja joustava työote auttavat näissä tilanteissa eikä luovaa lähestymistapaa tule unohtaa. Pesulle menemistä kannattaa kokeilla esimerkiksi valssin askelin tai hyräily siivin. Lämpöisten mielikuvien takia saunaan lähteminen on usein muistisairaalle helpompaa kuin koleaan suihkuun. (Räsänen 2019, 32-35.)

Hyvään elämään kuuluu hyvä hoito elämän loppuun asti. Muistisairaahan hyvinvoinnin lähtökohta on oikeus elää itsensä näköistä elämää, tulla kuulluksi ja saada päättää omista asioistaan. Läheisten lisäksi hoitohenkilöstöllä on merkittävä rooli muistisairaahan hyvän arjen toteuttamisessa. (Pohjanvuori 2019, 206.)

Muistisairaalla voi olla usein erilaisia liikkumiseen liittyviä ongelmia, kuten esimerkiksi tasapainovaikeuksia, kaatumisriskiä ja liikuntakyvyn heikkenemistä. Liikkumisvaikeudet ja mahdolliset kaatumiset lisäävät murtumien riskiä ja riskiä joutua sairaalaan. Liikunnalla ja erityisesti alaraajojen lihasvoimalla on todettu olevan suotuisia vaikutuksia kaatumisten ehkäisyyn. Liikunnalla on positiivisia vaikutuksia toimintakyvyn paranemisen lisäksi myös muistiin. (UKK-instituutti 2020.)

Muistisairaahan yksilöllisyyttä huomioivilla monipuolisilla ja säännöllisillä liikuntaharjoitteilla, joihin voivat kuulua kävelyä sisällä tai ulkona ja esimerkiksi erilaiset voima-, kestävyys- tai tasapainoharjoitteet, voidaan tukea muistisairaahan suoriutumista erilaisista päivittäisistä toimista ja lisätä hänen luottamusta omaan kykyihinsä. Liikuntaharjoitteita ohjatesa muistisairaahan voimavarat, toimintakyky sekä turvallisuusnäkökohdat tulee ottaa huomioon. (Muistisairaahan henkilön päivittäistoiminnoista... 2019, 14-15.)

Musiikin merkitystä muistisairaiden päivittäisten toimintojen sujumiseen on tutkittu ja mielimusiikin kuuntelun tai mukana laulamisen on havaittu rauhoittavan muistisairasta sekä helpottavan arjen perustoimintojen, kuten syöminen, pukeminen ja hygienian hoito, tekemistä (Muistisairaahan henkilön päivittäistoiminnoista... 2019, 13). Myös Särkämön ym. (2011, 7) mukaan musiikin on todettu vaikuttavan voimakkaasti ja suotuisasti aivojen

toimintaan. Terveysthuollossa musiikin hyödyntäminen on kuitenkin jäänyt vähäiseksi, koska riittävän kattavia ja tiukkojen kriteerien täyttäviä kontrolloituja vaikuttavuustutkimuksia ei ole aiemmin tehty. Musiikin on katsottu olevan asiakkaille enemmänkin viihdettä kuin osa kuntouttavaa ja mielekästä hoitotyötä. Myös Raglio, Gianelli, Moniz-Cook ja Manthorpe (2020, 180) tuovat esiin, ettei monissa maissa ole täysin tunnustettu musiikin mahdollisuuksia esimerkiksi dementiaa sairastavien hoitotyössä.

Muistin ja kielellisten toimintojen heiketessä, muistisairaalla säilyy usein pitkään musiikilliset muistot ja musiikkiin liittyvät kognitiiviset toiminnot. Mielimusiikin alkaessa soida tai jonkun alkaessa laulaa tuttua kappaletta, aivojen tunnekeskus aktivoituu ja tuottaa mielihyvän tunteita. Musiikilla on vaikutusta dopamiini- ja kortisolitasoihin aivoissa, mikä voi rauhoittaa tai piristää muistisairasta. Muistisairas, joka ei juurikaan enää puhu tai kommunikoi verbaalisesti, saattaa kyetä laulamaan lapsuudesta tuttuja lauluja. Tämä selittyy osin sillä, että tuttu musiikki aktivoi erityisesti aivojen etuotsalohkon ala- ja sisäosien alueita. Nämä alueet ovat yhteydessä tapahtumamuistiin ja esimerkiksi Alzheimerin taudissa näillä alueilla toiminta säilyy pidempään kuin muilla aivoalueilla. Kun musiikkiin kuuntelemiseen tai laulamiseen yhdistää esimerkiksi tanssimista tai soittamista, aivoissa aktivoituvat myös otsalohkon takaosan liike- ja tuntoalueet. Musiikilla on siis merkittävä aivoja aktivoiva ja samalla muistisairasta kuntouttava vaikutus. (Numminen 2015, 88-89; Särkämö ym. 2011, 9, 15.)

5.2 Psykkinen elämänlaatu

Psyykkisellä elämänlaadulla tarkoitetaan mielen hyvinvointia. Muistisairaalla kanssa hoitajan tulee muistaa, että vanha ihminen on aikuinen ihminen ja kohdella häntä sen mukaisesti. Hyvään psyykkiseen olotilaan vaikuttaa tunne siitä, että on arvostettu ja hyväksytty ja että saa kokea ilon ja onnellisuuden tunteita. Tunnekokemukset ja hyvät kohtaamiset ovat ikäihmiselle tärkeitä ja tämä pitäisi tiedostaa hoitotyössä. Hoitajan suorittaminen ja tavoitteiden saavuttaminen ei ole yksiselitteisesti hyvä asia. (Räsänen 2019, 24-26.)

Muistisairaus voi aiheuttaa ahdistusta ja aloitekyvyttömyyttä sekä hankaloittaa päivittäistä elämää. Liikkeelle lähtö voi olla haasteellista ja muistisairas voi helposti jäädä vuoteeseen makaamaan, jollei saa positiivista ja hyväksyvää kannustusta. (Mönkäre 2014, 102-103.) Muistisairaalla ahdistus ja masennus on tärkeää tunnistaa ja hoitaa, koska sillä on moninainen vaikutus arjessa selviytymiseen (Räsänen 2019, 24-26).

Tampereen kaupunkilähetys on muokannut amerikkalaisen Naomi Feilin kehittämän validaatiomenetelmän suomalaiseen hoitokulttuuriin sopivaksi TunteVa®-toimintamalliksi, joka on lääkkeetön auttamismenetelmä yhteisöhoitoon. Lähtökohtana validaatiomenetelmässä on muistisairaalla ihmisen tilanteeseen keskittymisen ohella muistisairaalla kehonkielen ja ilmeiden ymmärtäminen. TunteVa®-toimintamallin keskiössä on

muistisairauteen liittyvien käytösoireiden taustalla olevien tunteiden ymmärtäminen ja tuon ymmärryksen hyödyntäminen muistisairaahan kohtaamistilanteissa sekä muistisairaahan tukeminen empaattisen vuorovaikutuksen keinoin. (Pohjavirta 2018, 60-65; Laitinen 2015, 16-20.)

Taulukossa 1 on kuvattu muutamia esimerkkejä mallin soveltamisesta arjen hoitotilanteissa.

Tilanne	Mistä voi johtua/taustatekijät	Toimintamalli
Muistisairas asiakas on kadottanut jotakin ja epäilee hoitajan varastaneen sen.	Asiakkaan olo on ahdistunut ja tavaroita on kateissa. Kadonnut tavara on tärkeä tunneasia.	Hoitaja ottaa asiakkaan häden todesta ja ottaa siihen liittyvän tunnetilan vastaan. Hoitaja ei nolaa asiakasta, vaan ottaa osaa tilanteeseen ja keskustelee.
Asiakas ei halua peseytyä.	Asiakas muistaa juuri peseytyneensä. Vaikea tehdä valinta haluaako pesulle ja siksi kieltäytyy. Asiakas on siveä luonteeltaan. Asiakas on mahdollisesti kokenut elämänsä aikana seksuaalista hyväksikäyttöä. Asiakas ei ymmärrä nykyistä tilannettaan, esim. vaipat eivät kuulu hänen todellisuuteensa.	Hoitaja ei kiirehdi, juttelee kiinnostavista asioista ja ottaa yhteyden asiakkaaseen. Hoitaja pyrkii saamaan asiakkaan hyvälle mielelle. Hoitaja huomioi tilanteen vaatiman intimitetin.
Asiakkaalla on yleistä ahdistuneisuutta ja aggressiivisuutta.	Vuorovaikutuksen ongelmat. Asiakas tuskastuu, kun ei osaa enää itse tehdä asioita. Asiakas saattaa kokea hoitajan reippauden ja liiallisen puheen ahdistavana.	Hoitaja jättää omat tunteensa taustalle ja ottaa asiakkaan ahdistus vastaan. Hoitaja toteaa tunnetilan ääneen, puhuu selkeästi ja hitaasti. Kosketus voi rauhoittaa asiakasta, jos hän sen sallii.

Taulukko 1: TunteVa®-toimintamallin soveltaminen Pohjavirtaa (2018, 61-66) mukailten

Pohjavirta (2018, 5) toteaa, että toimintamallin omaksuminen ja käyttö ei vaadi pitkää opiskelua, vaan kyseessä on enemmän hoitajan asenteisiin liittyvät oivallukset. Laitisen (2015, 30-36) tutkimuksen mukaan TunteVa®-toimintamalli laajensi hoitajien osaamista muistisairaiden ihmisten käyttäytymisestä ja antoi uusia työkaluja kohtaamistilanteisiin. Lisäksi hoitajien kokema työn mielekkyys lisääntyi, kun he saivat onnistumisen kokemuksia.

5.3 Sosiaalinen elämänlaatu

Sosiaalisen elämänlaadun keskiössä ovat ihmissuhteet. Kontaktit tapahtuvat eri aistien kautta ja toisen ihmisen tunnetason läsnäolon tunnistaa aistimalla. Kosketuksen taito on hoitajan hyvää ammattitaitoa ja sillä voidaan välittää erilaisia tunteita, hoivaa ja arvostusta hoidettavalle. Ikääntyneiden joukossa koetaan paljon yksinäisyyttä, joka koetaan ongelmaksi. Ihmisellä on kuitenkin aina oikeus päättää omasta sosiaalisesta osallistumisesta eikä sen merkitystä tule liikaa korostaa. Osa ihmisistä arvostaa omaa rauhaa enemmän kuin muiden

ihmisten läsnäoloa. Ikäihmisille on tärkeää, että hoitaja on heitä arvostava, ystävällinen sekä sanoissa että teoissa ja helläkätinen. (Räsänen 2019, 26-28.)

Muistisairauden tuomat käyttäytymisen ja kommunikaation muutokset saattavat tuntua läheisistä vaikealta ymmärtää. Hoitajien tulisi kiinnittää huomiota myös läheisten jaksamiseen ja pyrkiä tukemaan heitä kuormittavassa tilanteessa mahdollisimman varhain. Riittävän tiedon saaminen muistisairaudesta on tärkeää niin muistisairaalle itselleen kuin hänen läheisilleen. Tiedon saanti vuorovaikutusta edistävästä kommunikaatiokäytännöstä auttaa läheisiä ja muistisairasta hoitavia selviytymään mahdollisista eteen tulevista haasteellisista tilanteista. Läheisten jaksaminen tukee muistisairaahan toimintakykyä ja mahdollisuutta asua kotona mahdollisimman pitkään. (Holopainen & Siltanen 2015, 6.)

Vuorovaikutustilanteissa tulisi huomioida, että muistisairas saattaa tuntea itsensä helposti ulkopuoliseksi, jos keskustelut ovat polveilevia ja mutkikkaita. Muistisairaahan kannalta läheisten ja ystävien säännölliset kontaktit ovat kuitenkin tärkeitä. Rauhallinen ja kiireetön suhtautuminen, muistisairaahan huomioiminen keskusteluissa ja hänen aito kuuntelemisensä edesauttavat muistisairaahan sosiaalisen hyvinvoinnin toteutumista sekä hyväksytyksi tulemisen tunnetta. (Nukari 2014, 104-105.)

5.4 Elinympäristön merkitys

Elinympäristön oleellisin osa on koti, joka on kaikille ihmisille tärkeä paikka. Omaan kotiin liittyvä elämä nousee esiin tavaroissa ja muistoissa. Ikäihmisen toimintakyvyn heiketessä ja muistisairaudesta edetessä kotona vietetään yhä enemmän aikaa ja sen merkitys korostuu entisestään. Muistisairas kokee viihtyisänä kodin, johon hän tottui jo ennen sairastumistaan. Kodin pitäisi mukautua iäkkään ihmisen tarpeisiin voimien ja toimintakyvyn muuttuessa. Muistisairaudesta edetessä kodin muutostyöt aiheuttavat hämmennystä ja sopeutuminen muutoksiin vaikeutuu. Tuttu ympäristö ja tavaroiden sijainti tutuilla vanhoilla paikoillaan tukee muistia ja muistisairaahan toimintaa. (Räsänen 2019, 29; Hurnasti, Topo & Nukari 2014a, 149.)

Kodin turvallisuutta ja sen myötä muistisairaahan turvallisuuden tunnetta lisäävät kaatumisen ja muiden riskien tunnistaminen ja ehkäisy. Apuvälineet ja teknologiset tukiratkaisut, esimerkiksi paikannuslaitteet, ovihälyttimet, hätäpainikkeet ja helppokäyttöiset puhelimet, tukevat osaltaan omassa kodissa asumista mahdollisimman pitkään. Muistisairaudesta edetessä muistisairaahan rooli eri laitteiden käyttäjänä passivoituu ja niihin olisi hyvä totutella jo muistisairaudesta varhaisvaiheessa. Kodin hyvä valaistus on tärkeää, koska valoisuuden avulla muistisairaahan on helpompi toimia kotona ja hahmottaa ympäristöä. (Muistisairaahan henkilön päivittäistoiminnoista... 2019, 18-19; Hurnasti ym. 2014a, 149-150.)

Räsänen (2019, 29) mukaan sanojenkin käyttö viestii kodin merkityksellisyyttä; kotona ei asu potilaita ja viriketuokioiden sijaan siellä eletään aktiivista arkea. Kotona asuvat muistisairaant kokevat itse elämänlaatunsa hieman paremmaksi kuin laitoshoidossa olevat. Elämänlaadun säännöllinen arviointi ja tukeminen on tärkeää muistisairauden edetessä. (Stolt ym. 2015, 71.)

6 Eettisyys hoitotyössä

Etiikalla tarkoitetaan hyviä ja oikeita tapoja maailmassa elämiseen muiden kanssa. Etiikka on käsitys siitä, miten asiat hoidetaan hyväksyttävällä tavalla. Arkikielessä moraalit ymmärretään usein samaksi asiaksi kuin etiikka. Eettiset ja moraaliset periaatteet auttavat valintojen tekemisessä ja ohjaavat toimintaa. Valmiita ratkaisuja ei ole olemassa, mutta eettinen pohdiskelu tarjoaa keinoja hyvän ja pahan sekä oikean ja väärän erottamiseen.

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta (ETENE) on laatinut terveydenhuollon eri ammattiryhmille ja erityisaloille yhteiset eettiset periaatteet. Ne muodostuvat kuudesta eri kokonaisuudesta, jotka ovat: oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioitus, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri sekä yhteistyö ja keskinäinen arvonnanto. (Terveydenhuollon yhteinen arvopohja... 2001, 4; Molander 2014, 19.)

Itsemääräämisoikeus kuuluu kaikkien ihmisten perusoikeuksiin ja muistisairaallakin on oikeus tehdä itselleen mielekkäitä asioita ja osallistua oman hoitonsa suunnitteluun. Muistisairaiden itsemääräämisoikeuden toteutumista koskevan tutkimuksen mukaan kotihoidossa asiakkailta on paremmat vaikutusmahdollisuudet omaan hoidon suunnitteluun kuin ympärivuorokautisen hoidon asiakkailta. Vaikeassa muistisairauden vaiheessa vaikutusmahdollisuudet kuitenkin pienenevät. Sen sijaan tiedonsaanti hoitotoimista pysyy hyvällä tasolla muistisairaouden edetessäkin. (Erhola, Alastalo ja Kehusmaa 2017, 1-4.)

6.1 Ikäihmisen ja muistisairaahan eettinen kohtelu

Ikäihmisen kunnioittava ja tasa-arvoinen kohtelu sekä ikääntyneen yksilöllisten toiveiden ja tarpeiden huomioiminen on hyvän hoidon lähtökohta, joka pitäisi toteutua kaikissa kohtaamisissa. Itsemääräämisoikeuteen liittyy myös ikäihmisen kuuntelu ja hänen omien päätöksensä huomioiminen hoito- ja päivittäistoimiin liittyen. Tutustumalla ikäihmiseen ja hänen elämänsä historiaansa, voidaan paremmin huomioida juuri hänen yksityisyyteensä liittyvät toiveet ja huolehtia, ettei hän koe menettävänsä ihmisarvoaan, vaikka hän tarvitsisikin monenlaista apua. (Vanhuus ja hoidon etiikka 2008, 17.)

Leino-Kilpin ja Välimäen (2014, 283-284) mukaan eettisiä kysymyksiä kotona asuvan ikäihmisen luona tehtävässä hoitotyössä saattavat herättää tilanteet, joissa ikäihmisen kotona

olevat tilat ja tarvikkeet eivät ole parhaiten toimivia hoidon kannalta, mutta saattavat olla sitäkin tärkeämpiä ja muistoja herättäviä ikäihmiselle itselleen. Räsänen (2019, 30-31) korostaakin ikäihmisten parissa tehtävän työn ja eettisyyden perustana olevan luottamus asiakkaan ja hoitajan välillä. Monet aluksi hankalalta vaikuttaneet asiat voidaan saada toimimaan hyvin hoitajan hyödyntäessä vaihtoehtoisia ja luovia työtapoja sekä omaa ammattitaitoaan ja suhtautumalla kunnioittavalla asenteella asiakkaaseen.

Mönkäreen (2019, 114) mukaan muistisairaahan kohtaamisen hyvän perustan luovat samat asiat, mitä ne ovat yleensäkin ihmisten välisessä kohtaamisessakin. Tähän perustaan kuuluvat luottamus, arvostus ja kunnioittaminen. Muistisairaus voi vaikuttaa muistisairaahan käytökseen ja toimintakykyyn monilla eri tavoilla. Hyvässä kohtaamisessa hoitaja ymmärtää näitä muutoksia ja pystyy haastavissakin hoitotilanteissa kohtelemaan muistisairasta arvostavasti ja ottamaan omassa toiminnassaan huomioon muistisairaahan toimintakykyyn liittyvät muutokset.

Vaikka muistisairas ei enää kykenisi ilmaisemaan itseään kunnolla, tunteet säilyvät. Muistisairas aistii herkästi vallitsevan tunnelman, ja hoitajan tunnetila saattaa helposti tarttua muistisairaaseenkin. Mahdollisimman rauhallinen ja levollinen ilmapiiri ja ystävälliset sanat luovat parhaat puitteet sujuvalle hoitotapahtumalle. Muistisairaahan komentelu tai vihaisella äänellä käskeminen eivät koskaan kuulu arvostavaan ja kunnioittavaan kohtamiseen. (Mönkäre 2019, 115-116.)

6.2 Hoitajan eettinen omatunto ja kuormitus

Saarnio, Sarvimäki, Laukkala ja Isola (2013, 64) ovat tutkineet iäkkäiden muistisairaiden parissa työskentelevien hoitajien omatuntoon liittyviä käsityksiä. Tutkimuksessa kävi ilmi, että hoitohenkilökunta koki usein omantunnon stressiä, joka liittyi erityisesti eettisiin haasteisiin. Moraalisesta stressistä puhutaan, kun hoitajan pitää valita oikea toimintatapa kahden keskenään ristiriidassa olevan eettisen periaatteen välillä. Jos hoitaja tietää, miten tilanteessa tulisi toimia, mutta esimerkiksi aikaa ei ole tarpeeksi, hoitohenkilökuntaa ei ole riittävästi tai hoitaja kokee, ettei oma osaaminen riitä, puhutaan moraalista ahdingosta. Tutkimuksessa kävi ilmi, että hoitajat kokivat voimakasta omantunnon stressiä, jos he joutuivat työskentelemään vastoin omia eettisiä arvoja, liian kiireessä tai työ koettiin niin kuormittavaksi, ettei omalle perheelle enää riittänyt voimavaroja. Toisaalta muistisairaiden henkilöiden kanssa työskentelevät kokivat omantunnon myös voimavarana, joka herätteli ja opasti sekä auttoi päivittäisen työn omaohjauksessa. (Saarnio ym. 2013, 63-64, 71.)

Molanderin (2014, 240) mukaan noin 25 % hoitajista kokee viikoittain joutuvansa toimimaan ikäihmisten hoitotyössä omien arvojensa vastaisesti. Tästä aiheutuvaa huonoa omaatuntoa voidaan ennaltaehkäistä puuttamalla epäkohtiin, joista keskeisimmät ovat riittävien resurssien kuten henkilöstön, rahan ja ajan puute. Niihin yksittäinen hoitaja ei voi juurikaan vaikuttaa, mutta kun työskentelee harkitusti kiireestä huolimatta, omatunto ei vaivaa

työpäivän jälkeen samaan tapaan kuin hätäkoityjen päätösten jälkeen. Myös asiakkailta saatu myönteinen palaute, onnistunut yhteistyö omaisten kanssa sekä vanhuksen yksilöllinen huomiointi vähentävät eettisen kuormituksen kokemusta. (Molander 2014, 240-249.)

7 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyön aiheen työstäminen aloitettiin syksyllä 2020. Asiasta keskusteltiin ja aihetta mietittiin yhdessä työelämäkumppanina olevan kotihoidon lähipalvelualueen esihenkilön kanssa. Tutkimuslupaa haettiin Helsingin kaupungilta ja se myönnettiin 6.11.2020. Tutkimuslupa on esitelty liitteessä 1.

Opinnäytetyö toteutettiin kevään 2021 aikana. Teemahaastattelut tehtiin työelämäkumppanina olevan kotihoitoyksikön hoitajille maaliskuun 2021 alussa. Alun perin tarkoituksenamme oli pitää teemahaastattelut kolmelle ryhmälle, mutta vallitsevan koronatilanteen ja Apotti-järjestelmäkoulutusten takia tilanne oli haastava. Olemme kiitollisia, että saimme kuitenkin järjestää kaksi haastattelutilaisuutta yhteistyökumppanin tiloissa. Haastattelujen perusteella saadun aineiston analyysi tehtiin maaliskuun-huhtikuun 2021 aikana ja opinnäytetyö valmistui toukokuussa 2021. Haastattelujen lisäksi keskustelimme esihenkilön kanssa tutkimuksen alkuvaiheessa ja myöhemmin teemahaastattelun aineiston analyysin jälkeen.

7.1 Tutkimusmenetelmä ja aineiston kerääminen

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena. Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2009, 161) mukaan laadullinen tutkimus tuo paremmin esille ihmisten kokemusmaailman ja kuvaa todellista elämää, ja se on ollut myös tässä opinnäytetyössä tärkeä näkökulma. Laadullisen tutkimuksen pyrkimyksenä on löytää ja tuoda esiin tosiasioita tutkittavasta ilmiöstä ja tutkia sitä kokonaisvaltaisesti (Hirsjärvi ym. 2009, 161).

Laadullisia aineistonkeruumenetelmiä voivat olla esimerkiksi haastattelut, kyselyt ja havainnointi. Haastattelu on usein laadullisen tutkimuksen käytetyin menetelmä, koska siinä voidaan joustaa tilanteen vaatimalla tavalla huomioiden haastateltava. Haastattelussa on helpompi syventää vastauksia ja esittää haastateltavalle tarvittaessa tarkentavia lisäkysymyksiä. Alkuperäistä kysymysten järjestystä ei myöskään tarvitse noudattaa tiukasti, vaan tutkija voi joustavasti vaihtaa järjestystä parhaaksi katsomallaan tavalla. Haastattelun valinta tutkimuksen tiedon keräämisen metodiksi tulee olla aina perusteltua ja sen soveltuvuus tutkimuksen ongelman ratkaisuun tulee olla etukäteen arvioitu. Haastattelun eri muotoja voivat olla avoin haastattelu, teemahaastattelu tai strukturoitu haastattelu. (Hirsjärvi ym. 2009, 185, 205.)

Opinnäytetyössämme aineiston keräämiseen käytettiin teemahaastattelua. Teemahaastattelu on muodollisesti välimuoto lomakehaastattelusta ja avoimesta haastattelusta.

Teemahaastattelu kohdistuu ennalta mietittyihin teemoihin, ei niinkään tarkkoihin ja yksityiskohtaisiin kysymyksiin. Tämä mahdollistaa vapaamuotoisempaa keskustelua aiheista ja tuo esiin haastateltavien kokemuksia asiasta. (Hirsjärvi ym. 2009, 208; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Osallistujat teemahaastatteluihin valikoituivat kotihoidon ohjaajan ehdotusten mukaisesti vapaaehtoisuuteen perustuen. Ennen teemahaastatteluja osallistujille toimitettiin saatekirje, jossa kerrottiin tutkimuksesta, haastattelusta ja sen vapaaehtoisuudesta. Saatekirjeen sisältö on luettavissa liitteessä 2. Teemahaastattelut toteutettiin yhteistyökumppanin tiloissa kahtena eri päivänä siten, että toisessa ryhmässä oli viisi osallistujaa ja toisessa kolme. Ensimmäisessä ryhmässä oli yksi sairaanhoitaja, kolme lähihoitajaa ja yksi terveydenhoitajaopiskelija, jolla oli myös työkokemusta kotihoidosta. Toisessa ryhmässä oli yksi sairaanhoitaja ja kaksi lähihoitajaa. Molempien haastatteluiden alussa vielä kerrottiin, ettei kenenkään haastateltavan henkilöllisyys tule esiin opinnäytetyössä, ja että osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Koronarajoitukset ja varotoimet huomioitiin molemmissa tilaisuuksissa.

Haastattelun aikana teemat ja tarkentavat kysymykset heijastettiin nähtäväksi kokoustan vaukokankaalle. Tilaisuuden esitysmateriaali on liitteenä 3. Tutkimusluvan mukaisesti haastatteluista ei tehty äänitallennetta. Sen sijaan toinen opinnäytetyön tekijöistä toimi haastattelijana ja toinen kirjoitti tietokoneella kaiken, mikä liittyi teemahaastattelun aiheisiin. Asioita, jotka eivät liittyneet aiheisiin, ei kirjattu ylös. Molemmissa haastattelutilaisuuksissa keskustelu oli avointa ja aktiivista.

7.2 Teemahaastattelun runko

Muistisairaalla henkilöllä voi olla monenlaisia psyykkisiä ja fyysisiä haasteita arjessaan. Puheen tuotossa ja ymmärtämisessä voi olla vaikeuksia tai liikkuminen voi olla hidasta ja kankeaa. Muistisairas voi puhua epäkohteliaasti tai käyttäytyä aggressiivisesti, jos kokee, ettei hallitse tilannetta esimerkiksi hoitajan tullessa kotikäynnille. (Soininen & Hänninen 2015, 86-88.) Ongelmia saattaa ilmetä vaativimmissa toiminnoissa, kuten pyykinpesu, kaupassakäynti tai raha-asioden hoito, mutta myös ihan päivittäisistä perustoiminnoista, kuten syömisestä, pukeutumisesta ja hygienian hoidosta selviytyminen voi olla haastavaa. Lisäksi muistisairas saattaa eksyä helposti tutussakin paikassa. (Muistisairaahan henkilö päivittäistoiminnoista... 2019, 6-7.) Näihin haasteisiin liittyen teemahaastattelun rungon avaintemoiksi valittiin hoitokäyntiin käytettävä aika, vuorovaikutus, asiakkaan tunteminen, omaiset ja yhteistyö sekä osaamisen kehittäminen. Eettisyyttä ei otettu mukaan omana erillisenä teemanaan, koska se kuuluu keskeisenä osana kaikkeen hoitotyöhön.

Hoitokäynnin aika valittiin yhdeksi avainteemaksi, koska kohtaamisissa muistisairaana kanssa olisi tärkeää antaa asiakkaalle riittävästi aikaa. Tapaamishetkien tulisi olla kiireettömiä ja muistisairaalle tulisi luoda turvallinen ilmapiiri hoitokäynnillä. Kiire saattaa olla usein hyvää kohtaamista estävä tekijä. (Laaksonen, Rantala & Eloniemi-Sulkava 2016, 30; Muistiliitto 2017.) Hoitajien aikataulujen joustavuus mahdollistaisi paremmin muistisairasta huomioivan vuorovaikutuksen (Muistisairaana henkilön päivittäistoiminnoista... 2019, 12).

Hoitotyön tutkimussäätiön hoitosuosituksessa Muistisairaana henkilön päivittäistoiminnoista suoriutumisen tukeminen - Lääkkeettömät menetelmät hoitotyössä (2019, 12) tuodaan esille hoitajan läsnäolo ja vuorovaikutus sekä muistisairaana omatoimisuutta vahvistava ohjaus. Hyvän vuorovaikutuksen ja muistisairaana toimintakykyä tukevan ohjauksen edellytyksenä on, että hoitajalla on riittävästi tietoa liittyen muistisairauksiin ja muistisairaana henkilön elämänhistoriaan. Vuorovaikutus ja asiakkaan tunteminen valikoituvat teemoiksi tähän hoitosuositukseen peilaten.

Muistisairaana omaisia ja läheisiä tulisi ottaa mahdollisuuksien mukaan osallistumaan muistisairaana arkeen. Tällä voi olla suuri merkitys muistisairaana päivittäisistä toimista suoriutumiseen. (Muistisairaana henkilön päivittäistoiminnoista... 2019, 21.) Haastattelun teemoista omaiset ja yhteistyö liittyivät tähän hoitosuositukseen.

Osaamisen kehittäminen valittiin yhdeksi avainteemaksi, koska muistisairaana hoitotyön hyvän laadun edellytyksenä on muistisairaita hoitavan ammattihenkilöstön jatkuva osaamisen kehittäminen. Osaamisen pohjana on laaja tietoperusta, joka kattaa perustiedot muistisairauksista, niiden oireista ja oireiden vaikutuksesta toimintakykyyn sekä muistisairauksien etenemisestä. Lisäksi hoitajan tulee tuntea muistisairauksien keskeiset hoitoperiaatteet. Moniammatillisen ja monialaisen yhteistyömallin tuella voidaan hyödyntää muistisairaana hoitotyössä erityisosaamista. (Hallikainen, Immonen, Pihlakari & Mönkäre 2019, 28-29; Muistisairaana henkilön päivittäistoiminnoista... 2019, 12, 21.)

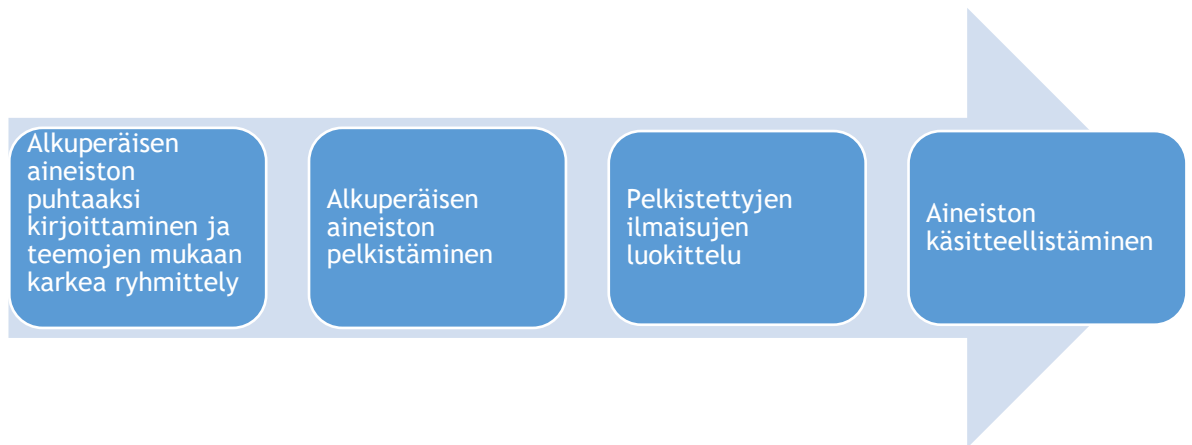
Haastatteluiden aika oli etukäteen rajattu tuntiin per haastattelu, eikä ollut ennakoitavissa, miten aktiivista keskustelua eri teemat herättävät. Haastattelun teemat priorisoitiin siten, että merkityksellisimmät teemat tulivat käsitellyksi. Molemmissa haastatteluissa ehdittiin kuitenkin keskustelemaan kaikista teemoista.

7.3 Aineiston käsittely ja analyysi

Laadullisen aineiston analyysin tarkoituksena on kuvata ja ymmärtää tutkittavaa aihetta ja sitä kautta löytää vastauksia tutkimuskysymykseen (Kananen 2015, 177). Tässä tutkimuksessa haettiin vastauksia tutkimuskysymyksiin: Millaisia ovat kotona tehtävän muistisairaana hoitotyön keskeisimmät haasteet hoitajan näkökulmasta? Millaisin keinoin näitä haasteita olisi mahdollista ratkaista? Miten voidaan tukea muistisairaana kohtaamista kotihoidossa?

Laadullisessa tutkimuksessa analyysillä pyritään saamaan uutta tietoa tutkittavasta ilmiöstä ja tuomaan selkeyttä aineistoon. Laadullisen tutkimuksen analysoinnissa yleisimmin käytettävä analyysimuoto on sisällönanalyysi. Sen tarkoituksena on saada eri vaiheiden kautta aineisto jäsennehtyyn muotoon, jotta siitä voidaan tehdä mielekkäitä johtopäätöksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 103, 117.) Sisällönanalyysi voidaan toteuttaa aineistolähtöisesti, teorialähtöisesti tai teoriaohjaavasti. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä analyysin tekoa ohjaa aineisto, eikä teorian tieto vaikuta asioihin, jotka nousevat aineistosta esiin. Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä analyysiä ohjaavana tekijänä on tutkimuksen alusta asti teoria. Teoriaohjaavassa sisällönanalyysissä teoreettiset kytkennät ovat mahdollisia ja teoria voi ohjata analyysin tekemistä, mutta esimerkiksi tutkimuksen aineiston keruuta voidaan toteuttaa melko vapaasti. Teoriaohjaavassa analyysissä teoriaa ei varsinaisesti testata, vaikka aiheeseen liittyvä aiemman tiedon vaikutus on löydettävissä. Parhaimmillaan aiempi tieto voi johtaa uusien ajatusten löytymiseen tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 108-111.)

Tässä opinnäytetyössä haastatteluaineiston analyysissä käytettiin teoriaohjaavaa sisällönanalyysiä. Hoitotyön tutkimussäätiön tutkittuun näyttöön perustuvaa Muistisairaahan henkilön päivittäistoiminnoista suoriutumisen tukeminen - Lääkkeettömät menetelmät hoitotyössä (2019) hoitosuosituksista hyödynnettiin analyysin pohjana. Näin aiempi tutkimukseen perustuva tieto ohjasi analyysin tekemistä. Analyysi eteni kuviossa 2. esitetyn vaiheistuksen mukaisesti.



Kuvio 2: Teoriaohjaavan sisällönanalyysin eteneminen Tuomea ja Sarajärveä (2018,132-133) mukailleen

Teemahaastatteluiden keskustelut kirjoitettiin puhtaaksi mahdollisimman kattavasti ja tarkasti. Tämä vaihe on keskeinen osa analysoitaessa laadullista aineistoa. (Kallio 2021.) Puhtaaksikirjoitettua tekstiä tuli yhteensä 11 A4-sivua fontilla Trebuchet MS, rivivälillä 1,5. Alkuperäinen aineisto käytiin läpi useita kertoja ja puhtaaksi kirjoittamisen jälkeen aineisto

ryhmiteltiin karkeasti teemojen mukaan. Sen jälkeen alkuperäinen aineisto pelkistettiin ja aineistosta karsittiin pois tutkimuskysymysten kannalta ei relevantti aineisto. Tämän jälkeen pelkistetty aineisto ryhmiteltiin alaluokkiin. Saman sisältöisistä alaluokista yhdistettiin yläluokkia ja lopuksi saatiin kaksi pääluokkaa, jotka vastaavat opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin ja muodostavat aineiston oleellisen tiedon sekä teoreettisen käsitteistön. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122-125; 132-133.) Taulukossa 2 on esimerkki aineiston luokittelusta, kun haastattelussa keskusteltiin teemasta hoitokäynnin aika. Toinen esimerkki liittyi selvästi hoitokäynnin aikaan ja toinen hoitajan ammattitaitoon.

Alkuperäinen teksti	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
"Mun mielestä käyntiaikoja seurataan hyvin, ei tule sellaista tilannetta, että ei saisi käyttää riittävästi aikaa."	Käyntiaika on riittävä	Käyntiaika pääsääntöisesti riittää	Käyntiaika riittää	Käyntiaika
"Tässä yksikössä toimii työajan suunnittelu, mutta puutokset vaikuttavat, alueissa on eroja"	Työaikasuunnittelu toimii hyvin			
"Joo, jos on kokenut hoitaja voi vaikka kirjata samalla, kun potilas istuu esim. wc-pöntöllä rauhassa"	Kokemus mahdollistaa tehokkaamman ajan käytön	Kokemus mahdollistaa hyvän suunnittelun	Hyvä ammattitaito	Ammattitaito
"Kuntouttava työote auttaa, että asiakas tekee mahdollisimman paljon itse, silloin käyntikin sujuu nopeammin, helpottaa käynnin organisointia"	Kuntouttava työote sujuvoittaa hoitokäyntiä			

Taulukko 2: Esimerkki aineiston analyysistä alkuperäistekstistä pääluokkaan

Kun teemahaastattelussa keskusteltiin esimerkiksi hoitokäynnin ajasta, hoitaja kertoi asiakkaan sanoneen "Älä jätä minua." Alkuperäinen teksti pelkistettiin muotoon "Asiakkaan yksinäisyyden pelko on ahdistavaa", koska se kuvasi hoitajan tunnetta asiasta. Tämä luokiteltiin edelleen alaluokkaan "Asiakkaan pelot aiheuttavat huolta hoitajassa", johon ryhmiteltiin hoitajalle eettistä huolta aiheuttaneita asioita. Nämä asiat muodostivat yläluokan

”Eettinen huomioiminen”, joka kuului pääluokkaan ”Ammattitaito”. Tällä tavalla analysoitiin koko haastattelun aineisto. Aineiston analyysistä on lisää esimerkkejä liitteessä 4.

8 Opinnäytetyön tulokset

Opinnäytetyössä etsittiin vastausta tutkimuskysymyksiin: Millaisia ovat kotona tehtävän muistisairaahan hoitotyön keskeisimmät haasteet hoitajan näkökulmasta? Millaisin keinoin olisi mahdollista ratkaista näitä haasteita ja tukea muistisairaahan kohtaamista kotihoidossa? Teemahaastatteluista tehdyn analyysin lopputuloksena muodostui keskeisimmäksi haasteeksi hoitokäynnin aika ja ratkaisuna hoitajan ammattitaito, joita avataan alla olevissa kappaleissa.

8.1 Kotihoitotyön haasteet

Kun ensimmäisessä tutkimuskysymyksessä lähdimme hakemaan vastausta siihen, millaisia ovat kotona tehtävän muistisairaahan hoitotyön keskeisimmät haasteet hoitajan näkökulmasta, vastauksena nousivat esiin hoitokäynnin aikaan liittyvät asiat. Analyysin perusteella päädyttiin kahteen yläluokkaan sen mukaan, onko hoitokäynnillä riittävästi aikaa vai ei.

Haastatteluissa tuli esiin, että hoitokäyntiin käytettävän sovitun ajan riittävyteen vaikuttavat useat seikat. Jos asiakas on hyvä vointinen ja hoitajalle jo ennestään tuttu, käyntiaika voi toteutua sovitusti. Joissakin tapauksissa käyntiaikaa on mahdollista lisätä, jos huomataan, että sovittu aika ei asiakkaalle riitä. Työaikasuunnittelu todettiin alueella toimivaksi. Mielenkiintoinen havainto oli, että vuodenajoilla ja valoisuudella oli huomattu olevan merkitystä käyntiajan riittävyteen. Pimeänä vuodenaikana koettiin, että hoitokäyntiin tarvittaisiin usean muistisairaahan asiakkaan luona enemmän aikaa kuin valoisaan vuodenaikaan. Jos asiakkaan luona on tarkoitus tehdä jotakin normaalikäynnistä poikkeavaa, kuten esimerkiksi MMSE-tutkimus, koettiin, että niihin käynteihin oli mahdollista saada lisää aikaa. Sairaanhoitajat kokivat, että he voivat lähihoitajia joustavammin suunnitella hoitokäyntiin käytettävän ajan pituutta.

”Mun mielestä käyntiaikoja seurataan hyvin, ei tule sellaista tilannetta, ettei saisi käyttää riittävästi aikaa.”

”Meillä käyntiaikaa lisätään, jos nähdään, että tarve vaatii.”

”Mä ajattelisin ainakin, että vaihtelee, onko aika riittävä vai ei, asiakkaan vireystila vaikuttaa siihen, onko aika riittävä vai ei, se voi vaihdella päivän aikana.”

Haastattelujen perusteella haasteita käyntiajan riittävyyteen toivat esimerkiksi kollegoiden poissaolot, jos ei ollut saatu sijaisia. Uuden asiakkaan luona koettiin tarvittavan aluksi enemmän aikaa kuin tutun asiakkaan luona. Käyntiaikojen koettiin myös helposti venyvän, jos asiakas voi huonosti tai hän ei ole yhteistyöhaluinen hoitajan kanssa. Lääkkeiden jakoon koettiin tarvittavan lisää aikaa.

”Hoitajien poissaolot näkyvät ja silloin on kiire tehdä työ asiakkaan luona.”

”Uusien asiakkaiden kanssa on usein aluksi haasteita ajan käytön kanssa.”

”Jos on sellainen asiakas, jolla vointi on tasaista, ajat pitävät, mutta, jos asiakkaan vointi keikkuu, aika ei varmasti riitä, jos potilaalla on vielä sairauden tunnottomuutta ja hoitovastaisuutta.”

8.2 Ratkaisuja haasteisiin

Toisessa tutkimuskysymyksessä haettiin keinoja, joilla muistisairaahan kohtaamista voidaan tukea haastavissa tilanteissa. Analyysin tuloksena syntyneet yläluokat liittyivät hoitajan ammattitaitoon tai vähäiseen työkokemukseen, vuorovaikutustaitoihin, siihen tunteeko hoitaja asiakkaan hyvin vai ei, miten toimivaa omaisyhteistyö on, osaamisen kehittämiseen ja eettisyyden huomioimiseen hoitotyössä. Nämä kaikki yläluokat muodostivat pääluokan ammattitaito. Seuraavissa kappaleissa on esitelty ammattitaitoon liittyviä osa-alueita haastattelurungon mukaisesti.

Vuorovaikutuksen merkitys korostui kaikissa kohtaamistilanteissa. Rauhallisuuden ja kiireettömän ilmapiirin luomista pidettiin tärkeänä. Muistisairaahan luona koettiin, että joudutaan usein käyttämään vuorovaikutustaitoja eri keinojen löytämiseen, jotta hoitotoimet saadaan sujumaan. Usein joudutaan ensin tekemään jotakin muuta, kuten esimerkiksi katsomaan ikkunasta säätä ja lämpömittarin lämpötilaa, jonka jälkeen voidaan kokeilla uudelleen pesuille menoa. Tärkeänä koettiin, ettei muistisairaahan kanssa aleta jankuttamaan asioista, jotta muistisairaalle ei jää käynnistä ikävä tunnetila. Muistisairas ei aina ymmärrä, mitä ympärillä tapahtuu tai minkä vuoksi hoitaja on hänen luokseen tullut. Näissä tilanteissa vuorovaikutustaitojen merkitys korostuu. Hyväksi asiaksi koettiin, että muistisairaahan kanssa voi keskustella asioista, vaikka asiakkaalla onkin muistisairaus.

”Täytyy hyväksyä, että samassa asiassa opastetaan ja ohjataan uudelleen ja uudelleen päivästä toiseen.”

”Just se on haastavaa, jos asiakas ei ymmärrä, mitä ympärillä tapahtuu ja miksi.”

”Onhan meillä kaikki asiakkaat vielä sellaisia, että ne voi vielä keskustella, vaikka onkin muistisairaus, voi kysellä niiden mielipiteitä asioihin.”

Haastatteluissa tuli selvästi esiin asiakkaan tuntemisen merkitys hoitokäynnin sujumiselle. Tunteminen sujuvoittaa hoitokäyntiä ja asiakkaan kanssa tehtäviä hoitotoimia. Esimerkkeinä kerrottiin, että asiakkailla on erilaisia tapoja ja käytäntöjä, miten hän ottaa lääkkeensä tai miten hän lähtee suihkuun. Tiimin hoitajien kesken myös jaetaan tietoa, miten asiakas toimii tietyissä tilanteissa, jotta käynnit sujuisivat mahdollisimman hyvin. Haastateltavat myös kokivat, että on tärkeää kertoa asiakkaasta uudelle hoitajalle tai sijaiselle, jotta tämän on helpompi kohdata asiakas.

”Hyvistä käytännöistä keskustellaan kyllä, kun joku on jotain todennut hyväksi ja toimivaksi.”

”Pitää kuitenkin tehdä työtä omalla persoonalla, koska se ei toimi, jos yrittää jotakin, mikä ei ole itselle toimivaa.”

Haastateltavat kertoivat, että uuteen asiakkaaseen ja hänen tapoihinsa tutustumiseen menee aina enemmän aikaa, koska usein pitää selvittää lähettävän yksikön kanssa asiakkaan lääkkeet ja tutustua asiakkaan kokonaistilanteeseen ja siihen ei 20 minuuttia mitenkään riitä. Varsinkin ensikäyntiin ja asiakkaaseen tutustumiseen toivottiin enemmän aikaa. Asiakkaan vointi on joskus huonompi kuin lähettävästä yksiköstä on annettu ymmärtää. Haastateltavat kokivat tilanteen aiheuttavan joskus painetta, jos sovittu aika ei riitä ja mielessä painaa, että pitäisi olla jo toisessa paikassa. Koettiin myös, että uuden asiakkaan luona pitäisi aluksi käydä useita kertoja peräkkäin, että asiakas tulee tutuksi hoitajalle ja hoitaja asiakkaalle. Toisaalta haastateltavat kertoivat myös, ettei aina ehdi käydä omien vastuuasakkaiden luona tarpeeksi usein, jos käynti olisi esimerkiksi usean vastuuasakkaiden luona samaan aikaan klo 8.

”Uusien asiakkaiden kohdalla saa aina selvittää juurta jaksan kaikki asiat.”

”Mun mielestä varataan liian lyhyt aika uuden asiakkaan ensitapaamiseen.”

”Jokaisella hoitajalla, joka asiakkaan kohtaa, ei ole aina riittävästi aikaa tutustumiseen.”

Haastateltavat pitivät omaisten kanssa tehtävää yhteistyötä tärkeänä ja kokivat siitä olevan hyötyä sekä asiakkaalle että hoitajille. Omaiset kutsutaan mukaan kotihoidon lääkärin käynnille ja hoitoneuvotteluihin. Hoitajat kokivat, että heillä on aikaa yhteistyöhön omaisten kanssa ja se toimii yleensä hyvin. Erimielisyydet omaisten kanssa koettiin haastavina tilanteina. Lisäksi välillä on epäselvää, kuuluuko jokin asia omaisen vai hoitajan tehtäviin. Haastattelussa todettiin, että osa omaisista on hyvinkin aktiivisia, kun taas osa ei juurikaan osallistu asiakkaan arkeen.

”Mitä enemmän omainen on halukas tekemään yhteistyötä, sitä paremmin asiakkaan asiat hoituvat.”

”Omaisiet on ikään kuin työkumppaneita ja yritetään pitää niiden kanssa hyvät välit, että me yhdessä hoidetaan asiakasta.”

”Jotkut omaiset sanovat hyvin tarkkaan, miten asioiden pitäisi olla ja miten muistisairaahan asioita pitäisi hoitaa, vaikkei asiakas edes itse haluaisi niin, ne on aina haastavia tilanteita.”

Haastattelussa tuli esiin, ettei omaisilla useinkaan ole riittävästi tietoa muistisairauksista ja että muistisairausdiagnoosi saattaa tulla yllätyksenä asiakkaalle ja omaiselle. Tähän liittyen ehdotettiin omaisille järjestettäviä tilaisuuksia, joissa annettaisiin tietoa muistisairauksista. Omaisella ja asiakkaalla voi olla näkemuseroja muistisairauden vaikutuksesta asiakkaan toimintakykyyn ja se aiheuttaa ristiriitatilanteita. Hoitajien näkemyksen mukaan omaiset kokevat muistisairaahan tutusta persoonasta luopumisen raskaana ja toisinaan he purkavat omaa ahdistustaan ja väsymystään hoitajille.

”Monesti muistisairausdiagnoosi tulee yllättäen ja koska omaissuhde on läheinen, on vaikea ymmärtää, missä mennään ja mistä on kysymys.”

”Omainen joutuu luopumaan läheisen tutusta persoonasta ja luopumisen tuska on kova, ja sieltä heijastuu, että omaiselle muistisairas on yksi ja ainutlaatuinen äiti tai isä ja on vaikea hyväksyä niitä muutoksia.”

Haastateltavat kokivat, että heillä on riittävästi osaamista muistisairaiden hoitotyöhön. Toisaalta myös todettiin, että uuden tiedon saaminen ja koulutus ovat tärkeitä ja yleensä koulutusta on tarjolla riittävästi. Viimeisen vuoden aikana koronan aiheuttama tilanne ja Apotti-tietojärjestelmän käyttöönottoon liittyvä koulutus on vienyt aikaa muulta koulutukselta. Haastateltavat korostivat, että koulutuksen tai itseopiskelun pitää tapahtua työajalla ja eri asiantuntijan paikan päällä pitämä lähikoulutus on verkkokoulutusta mielekkäämpää.

”Aina voisi olla lisää tietoa ja tutkittua tietoa saatavilla.”

”Omalla vapaa-ajalla ei kyllä jaksakaan enää lukea työasioita tai opiskella Käypä hoito -suositusta.”

Tässä tiimissä koettiin, että varsinaisen koulutuksen sijaan kokemusten ja hyvien käytäntöjen jakaminen on oppimisen kannalta antoisampaa. Tiedonsiirto hoitajien välillä toimii hyvin ja yhdessä juttelemalla opitaan uusia asioita, joista on asiakkaiden hoitotyössä konkreettista

hyötyä esimerkiksi ruokailun tai lääkehoidon suhteen. Pitkään jatkuneet työsuhteet helpottavat osaltaan tiimin sisällä tapahtuvaa kommunikointia.

”Yhdessä juttelu on itselle hyvä tapa oppia.”

”Täällä korostuu se, että on pitkään olleita työntekijöitä, on helppo keskustella asioista ja on pitkiä hoitosuhteita esim. hoidettu puolisoa aiemmin.”

Etukäteen valittujen teemojen ohella haastatteluissa nousivat esiin eettiset näkökulmat. Hoitajat keskustelivat asiakkaiden itsemääräämisoikeudesta, joka heidän mielestä näkyy ja toteutuu kotihoidossa palveluasumista paremmin. Asiakkaan hyvän elämänlaadun ja siinä erityisesti säännöllisen ulkoilun merkitystä pidettiin tärkeänä. Helsingin kaupungilla on ollut kesätöissä niin sanottuja kesänuoria, jotka ovat ulkoilleet asiakkaiden kanssa. Hoitajien mielestä ulkoilun pitäisi toteutua viikoittain ja ulkoiluttajia pitäisi olla ympäri vuoden, koska vapaaehtoisten avulla se ei toteudu riittävässä laajuudessa.

”Muistisairaahan asiakkaan kanssa mennään aina asiakas edellä, joka tapauksessa käynti ei voi koskaan mennä suorittamiseksi.”

”Koti on koti. Ei me voida mennä ihmisen kotiin määräämään vaan asiakas määrää itse.”

”Mielekäs arki ja lääkkeettömät hoidot, liikunta ja ulkoiluttaminen ovat tärkeitä.”

Eettistä stressiä hoitajille aiheuttaa asiakkaan yksinäisyys ja turvattomuuden tunne. Ympäri vuorokautiseen hoitopaikkaan hakeutumisen hidas ja työläs prosessi sekä huonokuntoisen asiakkaan edestakaiset siirtymiset kodin ja sairaalan välillä ovat hoitajille henkisesti kuormittavia. Vaikka työtä tekeekin korkealla ammattitaidolla ja suurella sydämellä, samoja asioita toistavan muistisairaahan kohtaaminen tuntuu välillä raskaalta eikä useita kertoja peräkkäin jaksaisi käydä samalla asiakkaalla. Toisinaan eettistä pohdintaa aiheuttaa asiakkaan fysiologisten tarpeiden toteuttamista edellyttävät keinot.

”On tosi paha, jos asiakas sanoo ”älä jätä minua, minä en pärjää yksin”

”Vaikka ne on muistisairaita, niillä joillain on jokin ymmärrys, että pitää painaa hälytysnappia, mutta kaikki ei edes ymmärrä, silloin asiakkaalla ei ole mitään mikä turvaisi, jos apua tarvittaisi. Yksi asiakas vei mm. etälaitteen kukkakauppaan, josta se löytyi. Kotona pärjääminen on tosi hataraa. Ainoa turva saattaa olla ovihälytin.”

”Jos jo miettii, onko tämä oikein vai ei, on jo hyvä asia, pakko on kokeilla erilaisia keinoja, jotta asiakas edes saadaan syömään”

9 Pohdinta

Tulokset olivat odotettua positiivisemmat. Hoitokäynnin ajan riittävyys on edellytys muistisairaana eettiselle kohtaamiselle. Muistisairaana kohtaamisen ja laadukkaan hoitotyön edellytys on hoitajan ammattitaito, joka kattaa laajasti kaikki hoitotyön osa-alueet. Laadukas hoitotyö edellyttää jatkuvaa toiminnan arviointia ja kehittämistä.

9.1 Tulosten tarkastelu

Näkemyksemme mukaan hoitajien myönteiseen kokemukseen suunnitellun hoitokäynnin ajan riittävydestä vaikuttaa esihenkilön (2021) mainitsema muistisairaiden hoitotyön laadun parantamiseksi tehty kehitystyö ja sen myötä syntynyt näkemys hoitokäynnille tarvittavan ajan pituudesta. Hoitotyön tutkimussäätiön hoitosuosituksen Muistisairaana henkilön päivittäistoiminnoista suoriutumisen tukeminen - Lääkkeettömät menetelmät hoitotyössä (2019, 12) mukaan muistisairaana omatoimisuuden tuki päivittäistoiminnoissa vaatii hoitajan läsnäoloa ja ohjausta, mihin on varattava riittävästi aikaa. Hoitajan tekemänä esimerkiksi aterian lämmitys ja esillepano sujuu nopeasti, mutta niin toimien asiakkaan jäljellä oleva toimintakyky laskee nopeasti entisestään. Hoitokäyntiin varattu kiinteä aika tuo kuitenkin toisinaan esiin haasteita muistisairaana mielialan ja voinnin vaihdellessa. Tätä asiaa ei mielestämme voi ajankäytön suunnittelussa ennakoida vaan ne on ratkaistava tilannekohtaisesti hoitajan hyvää ammattitaitoa ja luovuutta käyttäen.

Meille oli yllätys, että vuorokauden- tai vuodenajan vaihtelukin voi vaikuttaa muistisairaana mielialaan ja sen myötä hoitokäynnin keston. Sen sijaan asiakkaan tuntemisen vaikutus hoitokäynnin sujuvuuteen muuttuvissa tilanteissa tuntuu johdonmukaiselta. Lisäksi ajankäytöllisiä haasteita tuli hoitajien poissaoloista, erityisesti jos sijaisia ei ollut saatu. Kuokkasen (2021) mukaan hoitohenkilöstön ja erityisesti sijaistyövoiman puute on tällä hetkellä suuri ongelma Helsingissä kotihoidossa ja siihen on pyritty etsimään aktiivisesti ratkaisuja koko kaupungin tasolla.

Hoitajien haastattelussa esille tuomat konkreettiset esimerkit haastaviin vuorovaikutustilanteisiin olivat opettavaisia; muistisairaana ajatusten vieminen ensin toiseen asiaan saattaa hyvinkin johtaa onnistuneeseen lopputulokseen esimerkiksi peseytymisen osalta. Muistisairaana hoitajalta vaaditaan myös rauhallista mieltä ja kärsivällisyyttä. Haastatteluista meille jäi sellainen olo, että hoitajat ovat työssään onnistuneet soveltamaan

Pohjavirran (2018, 60-65) kuvaamia TunteVa®-toimintamallin mukaisia empaattisen vuorovaikutuksen menetelmiä ja siten menetelmää voi soveltaa yhteisohoidon lisäksi myös kotihoitoon.

Esihenkilö (2021) kertoi meille, että asiakastytyväisyyskyselyjen mukaan asiakkaalle nimetty vastuuhoitaja ja hoidon jatkuvuus on tärkeää asiakkaalle ja omaisille. Yksikössä pyritään huomioimaan hoitokäyntien suunnittelussa se, että vastuuhoitaja käy säännöllisesti omilla asiakkaillaan. Vaikka muistisairas asiakas ei hoitajaa suoranaisesti tunnista, ovat hoitajan äänet, eleet ja toimintatavat hänelle tuttuja. Tätä tulkintaa tukee myös Räsänen (2019, 26-28) esiintuoma ajatus aistien kautta tapahtuvasta toisen ihmisen läsnäolon tunnistamisesta. Toisaalta haastattelutilanteessa hoitajat kertoivat toivovansa vaihtelua asiakaskäynteihin, mikä osaltaan parantaa työssä viihtymistä. Tämä näkökulma on mielestämme ymmärrettävä ja käyntien suunnittelussa olisikin hyvä pyrkiä kompromissiin, joka huomioi sekä hoitajan että hoidettavan näkemykset.

Hyvällä yhteistyöllä omaisten ja hoitajien välillä on iso merkitys muistisairaana elämään. Haastattelujen perusteella pohdimme, että hyvän yhteistyön saavuttaminen ei ole aina itsestäänselvyys. Joissakin tilanteissa omaisten odotukset kotihoitolta saattavat olla epärealistisia ja tämä saattaa aiheuttaa erimielisyyksiä tai turhaa mielihäpeää. Mietimmekin, että näissä tilanteissa korostuu riittävän ja oikea-aikaisen informaation antaminen asiakkaalle ja hänen omaisilleen. Riittävä tieto muistisairaudesta ja mahdollisista kotiin saatavista palveluista ja kuntoutusmahdollisuuksista edesauttaa omaisten jaksamista ja tukee samalla muistisairaana toimintakykyä (Holopainen & Siltanen 2015, 6).

Hallikaisen ym. (2019, 30) artikkelissa kerrottiin positiivisesta kollegiaalisuudesta ja se tuli mielestämme hyvin esiin molemmissa haastatteluissa. Haastateltavat pitivät tärkeänä tiedon vaihtoa ja hyvien käytänteiden jakamista keskenään. Saimme käsityksen, että haastateltavat olivat motivoituneita kouluttautumaan ja hyödyntämään työnantajan tarjoamia koulutusmahdollisuuksia. Työnantajalla on vastuu mahdollistaa hoitajien osallistuminen ammatillisiin täydennyskoulutuksiin ja myös valvoa hoitajien osaamista (Muistisairaana henkilön päivittäistoiminnoista... 2019, 21). Toisaalta hoitajan pitää itsekkin olla aktiivinen oman osaamisen kehittämisen suhteen.

Haastatteluissa eettiset kysymykset herättivät keskustelua. Eettisyyttä selvästi pohditaan päivittäin eri muistisairaana luona tehtävien hoitotoimien yhteydessä ja koimme tämän hyvänä ja tärkeänä asiana. Hoitajat joutuvat puntaroimaan oikean ja väärän välillä ja miettimään erilaisia toimintatapoja, jotta joissakin tapauksissa muistisairas saataisi syömään, juomaan, ottamaan lääkkeitään ja käymään pesulla. Muistiliiton hyvän hoidon kriteereissä (2016, 60) korostetaan jokaiselle ihmiselle kuuluvaa itsemääräämisoikeutta ja tahdonvapautta, jota tulisi kunnioittaa myös muistisairaana kohdalla. Muistiliiton asiantuntijat Luonsinen ja

Valkeajoki (2017) korostavat kuitenkin, että muistisairaana kohdalla on aina pohdittava, ymmärtääkö muistisairas, mitä vaikutuksia ja seurauksia syömättä jättämisellä ja lääkkeiden ottamatta jättämisellä on hänen terveyteensä ja vointiinsa. Jos muistisairas osaa arvioida seuraukset, hänen päätöksensä tulisi kunnioittaa, mutta jos hän ei ymmärrä seurauksia, hoitajan tulisi pyrkiä antamaan muistisairaalle lääkkeitä ja ruoka ja harkinnan mukaan konsultoida lääkäriä tilanteen ollessa hankala.

9.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012) ohjeiden mukaan tutkimuksen tekemisessä tulee noudattaa sen kaikissa vaiheissa huolellisuutta, tarkkuutta ja rehellisyyttä. Tutkimuksen tekemisessä tulee soveltaa tieteellisen tutkimuksen kriteereitä ja noudattaa avoimuuden periaatteita. Muiden tutkijoiden tekemää työtä tulee kunnioittaa ja arvostaa huolehtimalla oikealla tavalla merkityistä viittauksista ja lähdemerkinnöistä heidän julkaisuihinsa. Tutkimuksen suunnittelu, toteutus ja raportointi sekä aineisto tulee tallentaa tieteellisten vaatimusten mukaisesti. Asianmukaiset tutkimusluvut tulee hankkia tutkimusalan kriteereiden mukaisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Tämän opinnäytetyön kaikissa vaiheissa noudatettiin hyvän tutkimuskäytännön periaatteita ja sosiaali- ja terveystieteiden ammattieettisiä ohjeita sekä Suomen lainsäädäntöä opinnäytetyön aiheeseen liittyvien asioiden osalta. Opinnäytetyössä ei käytetty kenenkään henkilötietoja, eikä aineistosta pysty tunnistamaan ketään haastateltua henkilöä. Tutkimukseen osallistuneille hoitajille toimitettiin etukäteen saatekirje, jossa kerrottiin tutkimuksesta (liite 2) ja kaikki osallistuivat haastatteluihin vapaaehtoisesti. Haastatteluaineisto on säilytetty huolellisuutta ja tarkkuutta noudattaen hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti opinnäytetyön tekijöiden tietokoneilla salasanojen takana ja aineistoa käytettiin vain opinnäytetyön tekemiseen. Asianmukainen tutkimuslupa haettiin ja lupa myönnettiin Helsingin kaupungilta (liite 3). Tutkimukseen valittu aihe on yhteiskunnallisesti ajankohtainen ja tärkeä ja valintaa voidaan pitää eettisesti perusteltuna.

Hirsjärven ym. (2009, 232) mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkimuksen tarkka kuvaus kaikissa työn vaiheissa. Tässä opinnäytetyössä luotettavuutta tukee myös tutkimusaineiston kerääminen suoraan kotihoidon hoitajilta teemahaastatteluin sekä sujuva ja avoin yhteistyö yhteistyökumppanin kanssa. Haastateltavien määrä oli koronapandemiasta johtuen pienempi kuin olimme alun perin suunnitelleet. Tämä asia ei kuitenkaan ollut opinnäytetyön lopputuloksen kannalta ratkaiseva tekijä. Tulokset kertovat haastatteluihin osallistuneiden hoitajien näkemyksistä, eivätkä ole suoraan yleistettävissä muihin kotihoidon yksiköihin. Tutkimus on kuitenkin mahdollista toistaa sellaisenaan jollakin toisella kotihoidon alueella Helsingissä tai muualla Suomessa. Teemahaastatteluiden aika oli rajattu yhteen tuntiin per haastattelu. Ajan rajallisuuteen nähden aineistoa kertyi kuitenkin runsas määrä.

Aineisto käytiin huolellisesti läpi moneen kertaan molempien opinnäytetyön tekijöiden toimesta.

9.3 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet

Opinnäytetyön tulokset yllättivät meidät myönteisesti. Ikäihmisten hoitotyöllä sekä palveluasumisessa että kotihoidossa on viime vuosina ollut julkisuudessa pääsääntöisesti negatiivinen sävy. Kotihoito on ollut esillä hoitajapulan takia ja sekin on osaltaan lisännyt kotihoitotyön huonoa mainetta. Oli hienoa huomata, että kotihoidossakin työ voi olla mielekästä ja asiakkaita kohdataan suurella sydämellä ja ammattitaitoisesti. Saimme hyvää palautetta yhteistyökumppaniltamme ja opinnäytetyötämme aiotaan hyödyntää yksikössä.

Yhteistyökumppanimme yksikössä on useamman vuoden ajan tehty kehitystyötä muistisairaiden hoitotyön laadun parantamiseksi ja tuon työn tulokset näkyivät tuloksissa. Osaltaan myönteisiin tuloksiin saattoi vaikuttaa se, että hoitajat olivat työhönsä motivoituneita ja osallistuivat haastatteluun vapaaehtoisesti. Muistisairaana hoitotyössä ja onnistumisen tekijöiksi yksikössä tunnistimme hoitajien pitkään kestäneet työsuhteet, asiakkaiden tuntemisen, vastuuhoidajan tehtävien hyvän hoidon, aktiivisen omaisyhteistyön sekä sairaanhoitajien ja lähihoitajien hyvän yhteistyön. Hyvällä johtamisella ja työkuultuurilla on myönteinen vaikutus sekä hoitajien jaksamiseen että asiakkaiden kokemukseen.

Oppimisen näkökulmasta kokemusten jakaminen työyhteisössä on tärkeää, koska jokainen muistisairas on yksilö eikä tuo yksilöllisyys tule koulutuksissa esiin. Säännöllisiä palavereita, joissa hoitajat voisivat keskustella ja jakaa tietoa hoitotyön hyvistä käytännöistä, olisi hyvä järjestää. Myös sijaisten riittävään perehdytykseen tulisi panostaa, jotta asiakas saisi yksilöllisyyden huomioivaa ja laadukasta hoitoa riippumatta siitä, tuleeko häntä hoitamaan tuttu hoitaja vai sijainen.

Hoitotyön eettiset näkökohdat herättivät haastatteluissa keskustelua ja hoitajat joutuvat selvästi usein pohtimaan eettisiä kysymyksiä ollessaan muistisairaana asiakkaan luona hoitokäynnillä. Esimerkiksi muistisairaana kieltäytyessä ruokailusta, hoitaja lämmittää aterian ja luo tilanteesta sellaisen, että asiakas kokee tehneensä ruoan itse. Suurin huoli hoitajilla oli asiakkaista, jotka kotiutettiin sairaalasta hoitajien mielestä liian aikaisin eikä asiakkaalla ollut läheisiä päivittäistä selviytymistä tukemassa. Toinen huolta herättävä asia oli ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymisen hidas prosessi. Näitä tilanteita on pyritty ratkaisemaan hoitokäyntien päivittäisen määrän lisäämisellä, jotta asiakkaan turvallisuus ja kotona pärjääminen voidaan varmistaa. Näillä ylimääräisillä hoitokäynneillä saattaa kuitenkin olla vähentävää vaikutusta muiden asiakkaiden suunniteltuihin hoitokäyntien aikoihin, koska henkilöresurssien osalta tilanne on niin tiukka.

Opinnäytetyön aiheen suunnitteluvaiheessa ennakkokäsityksemme oli, että muistisairauksia koskeva tutkittu tieto hoitotyöhön liittyen kohdentui pääsääntöisesti ympärivuorokautiseen palveluasumiseen. Tutkimuksen perusteella voimme päätellä, että tuo tieto on sovellettavissa myös kotona tehtävään hoitotyöhön. Esimerkiksi jumppatuokio järjestyy hoitajan kanssa yhdessä jumppaamalla. Ryhmätoimintaan osallistuakseen asiakkaan on kuitenkin lähdettävä päivätoimintaa tarjoavaan yksikköön ja siellä on mahdollista tavata muitakin ihmisiä. Osalle asiakkaista voidaan myös tarjota virtuaalista ryhmä- tai viriketoimintaa. Esihenkilön (2021) mukaan Helsingin kaupunki on viime vuosina aktiivisesti kehittänyt ja kokeillut erilaisia virtuaalisia palveluita, joihin asiakas osallistuu kotona olevan tabletin kautta. Yksinomaan kotihoitoon liittyvistä tutkimuksista löysimme teoretietoa jonkin verran ja osa tietolähteistä liittyi sekä kotihoitoon että palveluasumiseen. Englannin kielistä materiaalia etsittäessä havaitsimme, ettei tieto aina ollut hyödynnettävissä suomalaisen kotihoiton toimintaympäristöön.

Haastatteluissa tuli esiin hoitajien huoli asiakkaiden vähäisistä ulkoilumahdollisuuksista. Osalla asiakkaista ulkoilu saattaa kuulua liikuntasopimukseen, joka tehdään kaikkien Helsingin kaupungin kotihoiton asiakkaiden kanssa. Liikkumissopimuksen avulla ei kuitenkaan voida toteuttaa säännöllistä ulkoilua asiakkaille riittävässä laajuudessa. Koronapandemia on entisestään vaikeuttanut tilannetta; THL:n tutkimuksen (2021) mukaan sekä kotona että ympärivuorokautisissa palveluyksiköissä asuvien ikäihmisten ja muistisairaiden mahdollisuudet ulkoiluun ja muuhunkin virkistäytymiseen ovat jääneet viime vuoden aikana vähäisiksi koronapandemiasta johtuen. Erilaiset rajoitustoimet ovat pienentäneet monien sosiaalista ympäristöä entisestään. Monien kotihoiton asiakkaiden, erityisesti muistisairaiden, toimintakyky on heikentynyt merkittävästi kotiin eristäytymisen seurauksena. Mielestämme säännöllinen, ympäri vuoden tapahtuva ulkoilu pitäisi mahdollistaa kaikille ja siksi ehdotamme, että kaupunki- tai yksikkötasolla selvitettäisiin kotihoiton asiakkaiden säännöllisen ulkoilun mahdollisia toteuttamistapoja esimerkiksi yhteistyössä kolmannen sektorin toimijoiden kanssa.

Haastatteluissa ei tullut esille musiikin hyödyntäminen tai että sitä olisi kokeiltu muistisairaahan hoitokäynnin sujuvoittamiseksi haasteellisissa tilanteissa. Särkämö ym. (2011, 17-18) tuovat esiin, kuinka rauhallinen tai muistisairaalle mieluinen musiikki on vaikuttanut positiivisesti muistisairaahan levottomuuteen tai ahdistuneisuuteen. Hoitajan laulaminen tai muistisairaahan mielimusiikin soittaminen taustalla on helpottanut esimerkiksi aamupesujen ja pukeutumisen onnistumista haastavissa tilanteissa. (Särkämö ym. 2011, 17-18.) Kehitysehdotuksemme on, että työnantaja kutsuisi musiikkiterapiaan perehtyneen ammattilaisen kertomaan kotihoiton hoitajille esimerkiksi tiimipalaveriin musiikin mahdollisuuksista kotona tehtävän hoitotyön apuna ja sen toimivuutta kokeiltaisiin.

Muistisairaahan ihmisen läheisten jaksaminen ja tiedon puute muistisairauden etenemisen eri vaiheissa on asia, jonka hoitajat olivat huomanneet yhteistyössä omaisten kanssa. Siihen liittyen haastattelussa ehdotettiin omaisiltoja, joissa muistisairauksien hoidon asiantuntijoita olisi puhumassa ja omaiset saisivat toisistaan vertaistukea niin halutessaan. Mielestämme ehdotus oli hyvä ja kannattaisi kartoittaa, olisiko omaisilla kiinnostusta osallistua omaisiltaan, jos sellainen järjestettäisiin.

Pohtiessamme jatkotutkimusaiheita, päädyimme siihen, että eettisen stressin ja hoitajapulan välillä on selkeä yhteys. Jatkotutkimuksen aihe voisi liittyä eettisen stressin vähentämiseen kotihoitotyössä. Toinen jatkotutkimusaihe voisi liittyä kotihoidon houkuttelevuuden parantamiseen.

Lähteet

Painetut

Hallikainen, M., Immonen, A., Mönkäre, R. & Pihlakari P. 2019. Ammattihenkilöstön osaaminen ja asenteet: merkitys ja kehittäminen. Teoksessa Hallikainen, M., Immonen, A., Mönkäre, R. & Pihlakari P. (toim.) Muistisairaahan hoito. Helsinki: Duodecim, 28-30.

Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. painos. Helsinki: Tammi.

Hurnasti, T., Topo, P. & Nukari, T. 2014a. Kotiympäristön merkitys muistisairaalle. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim, 149-150.

Hurnasti, T., Topo, P. & Nukari, T. 2014b. Muistisairaahan päivittäisten toimien sujuminen. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim, 135-137.

Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kelo, S., Launiemi, H., Takalauoma, M. & Tiittanen, H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro.

Laaksonen, R., Rantala, L. & Eloniemi-Sulkava, U. 2016. Ymmärrä - tule ymmärretyksi, Vuorovaikutus muistisairaahan ihmisen kanssa. Suomen muistiasiantuntijat ry. Helsinki.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. 8., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Melkas, S., Jokinen, H. & Erkinjuntti, T. 2015. Aivoverenkiertosairauden muistisairaus. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soinen, H. (toim.) Muistisairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 137-147.

Molander, G. 2014. Hoidanko oikein? Eettinen kuormitus hoito- ja hoivatyössä. Jyväskylä: PS-kustannus.

Mönkäre, R. 2019. Kohtaamisen ja ohjaamisen periaatteet. Teoksessa Hallikainen, M., Immonen, A., Mönkäre, R. & Pihlakari P. (toim.) Muistisairaahan hoito. Helsinki: Duodecim, 113-128.

Mönkäre, R. 2014. Muistisairaahan psyykkisen toimintakyvyn ylläpitäminen. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim, 102-103.

Nukari, T. 2014. Muistisairaahan sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitäminen ja tukeminen. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim, 104-106.

Pohjanvuori, A. 2019. Hyvän hoidon kriteerit laadukkaana muistityön tukena. Teoksessa Kulmala, J. (toim.) Hyvä vanhuus - Menetelmiä aktiivisen arjen tukemiseen. Jyväskylä: PS-kustannus, 206-231.

Pohjavirta, H. 2018. TunteVa®-toimintamallin käyttö. Teoksessa Pohjavirta, H. (toim.) Onko tänään eilen - TunteVa®-opas muistisairaita hoitaville. Tampere: Tampereen kaupunkilähetys, 45-80.

Raglio, A., Gianelli, M., Moniz-Cook, E. & Manthorpe, J. 2020. Supporting People with Dementia Through Music. Teoksessa Manthorpe, J. & Moniz-Cook, M. (toim.) *Timely Psychosocial Interventions in Dementia Care Evidence-Based Practice*. Lontoo ja Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 179-190.

Remes, A., Hallikainen, M. & Erkinjuntti, T. 2015. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja taudinmääritys. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) *Muistisairaudet. 2. uudistettu painos*. Helsinki: Duodecim, 119-136.

Remes, A. & Rinne, J. 2015. Otsa-ohimolohkorappeumat. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) *Muistisairaudet. 2. uudistettu painos*. Helsinki: Duodecim, 172-180.

Rinne, J. 2015. Lewyn kappale -tauti. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) *Muistisairaudet. 2. uudistettu painos*. Helsinki: Duodecim, 165-171.

Räsänen, R. 2019. Elämänlaadun monipuolinen huomiointi ja tukeminen käytännön vanhustyössä. Teoksessa Kulmala, J. (toim.) *Hyvä vanhuus - Menetelmiä aktiivisen arjen tukemiseen*. Jyväskylä: PS-kustannus, 18-40.

Soininen, H. & Hänninen, T. 2015. Muistioireiden taudinmääritys. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) *Muistisairaudet. 2. uudistettu painos*. Helsinki: Duodecim, 81-89.

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

Sähköiset

Atula, S. 2019. Lewyn kappale -tauti. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 7.1.2021. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01105

Eloniemi-Sulkava, U., Juva, K. ja Mäkelä M. 2015. Miten pitkään kotona muistisairauksissa? *Muistisairaudet. Oppiportti*. Duodecim. Viitattu 25.4.2021. <https://www.oppiportti.fi/op/msa00357/do>

Erhola, K., Alastalo, H. & Kehusmaa, S. 2017. Muistisairaana kokemus itsemääräämisoikeuden toteutumisesta. THL. Viitattu 9.4.2021. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135313/URN_ISBN_978-952-302-924-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Hallikainen, M. 2019. Epätyypillinen Alzheimerin tauti. Muistisairaana hoito. *Oppiportti*. Duodecim. Viitattu 3.1.2021. <https://www.oppiportti.fi/op/mho00084/do>

Hallikainen, M. 2019. Sekatyypillinen Alzheimerin tauti. Muistisairaana hoito. *Oppiportti*. Duodecim. Viitattu 3.1.2021. <https://www.oppiportti.fi/op/mho00085/do>

Hartikainen, P. 2019. Lewynkappaletauti. Muistisairaana hoito. *Oppiportti*. Duodecim. Viitattu 4.1.2021. <https://www.oppiportti.fi/op/mho00090/do>

Hautsalo, K., Rantanen, A., Kaunonen, M. & Åstedt-Kurki, P. 2016. Asiakkaiden ja heidän läheistensä kokemukset kotihoidosta. *Tutkiva hoitotyö* Vol. 14, Iss 1, 4-11. Viitattu 25.4.2021. <https://www-emagz-fi.nelli.laurea.fi/reader/issue/10228/177285/8>

Helsingin kaupungin kotihoidon myöntämisen perusteet 2021. Helsingin kaupunki. Viitattu 6.3.2021. <https://www.hel.fi/static/liitteet-2019/SoTe/Seniori-info/Kotihoidon-myontamisen-perusteet-2021.pdf>

Helsingin kaupunki 2019. Helsingin kaupunki on Suomen suurin työnantaja. Viitattu 8.1.2021. <https://www.hel.fi/helsinki/fi/kaupunki-ja-hallinto/tietoa-helsingista/helsinki-tyonantajana/#fb4f703f>

Helsingin kaupunki 2020. Stadin sote. Viitattu 8.1.2021. <https://www.hel.fi/rekry/fi/valitse-helsinki/sote>

Helsingin kaupunki 2021. Stadin seniori-info. Kotihoito. Viitattu 6.3.2021. <https://www.hel.fi/helsinki/fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/ikaantyneille/kotihoito/>

Holopainen, A., Siltanen, H. 2015. Katsaus muistisairaiden ihmisten elämänlaatuun liittyvistä tekijöistä. Muistiliiton julkaisusarja 1/2015. Viitattu 8.1.2021. https://www.muistiliitto.fi/application/files/5914/8666/3682/Julkaisusarja_1-2015_kansitettu_raportti.pdf

Hyvän hoidon kriteeristö 2016. Muistiliiton julkaisusarja 2/2016. Viitattu 29.4.2021. https://www.muistiliitto.fi/application/files/5314/8666/3660/Hyvan_hoidon_kriteeristo_2016_interaktiivinen.pdf

Juva, K. 2018. Alzheimerin tauti. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 3.1.2021. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00699

Jylhä V., Holopainen, A. & Voutilainen P. 2015. Kotona asumista tukevien kotikäyntien vaikutus ikääntyvien toimintakykyyn. Näyttövinkki. Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 14.4.2021. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/nayttovinkki-2015-2.pdf>

Kallio, A. 2021. Litterointi. Teoksessa Vuori, J. (toim.). Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 14.4.2021. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/laadullisen-tutkimuksen-prosessi/litterointi/>

Kariniemi, K., Siira, H., Kyngäs, H. & Kaakinen, P. 2020. ”Vanhakin on ihminen” Ikääntyneiden kokemuksia vahvuuksistaan, voimavaroistaan ja kotihoidosta. Gerontologia 34(1), 24-41. Viitattu 5.5.2021. <https://journal.fi/gerontologia/article/view/80436/48814?acceptCookies=1>

Kehusmaa, S. & Hammar, T. 2019. Kahdeksan faktaa vanhuspalvelujen tilasta. THL. Viitattu 31.1.2021. <https://thl.fi/fi/-/8-faktaa-vanhuspalvelujen-tilasta>

Kotihoidon asiakasmäärät kasvussa, henkilöstön määrän kasvu ei kaikissa maakunnissa seuraa perässä 2017. THL. Viitattu 8.1.2021. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135119/Kotihoidon%20asiakasm%C3%A4%C3%A4r%C3%A4t%20kasvussa%2C%20henkil%C3%B6st%C3%B6n%20m%C3%A4%C3%A4n%20kasvu%20ei%20kaikissa%20maakunnissa%20seuraa%20per%C3%A4ss%C3%A4.pdf?sequence=1>

Kuokkanen, K. 2021. Hoitajapula on Helsingin seudulla jo niin ankara, että henkilöstöpalvelukin alkaa käyttää alihankkijoita - Yrittäjä Fadumo Ali uskoo tietävänsä ratkaisun. Helsingin Sanomat 20.2.2021. Viitattu 28.4.2021. <https://www.hs.fi/kaupunki/art-2000007815326.html>

Laitinen, R.2015. Työntekijöiden kokemuksia Tunteva -työskentelystä muistisairaiden kohtaamisessa. Pro gradu -tutkielma. Terveystieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 26.4.2021. <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/48294/1/URN%3ANBN%3Afi%3Aaju-201601091047.pdf>

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012. Viitattu 12.2.2021.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Lausvaara, A. 2021. Ylen aamu 11.2.2021. Vanhusten kotihoidosta valitetaan yhä enemmän. Viitattu 30.4.2021. <https://areena.yle.fi/1-50760439>

Luonsinen, M. & Valkeajoki, A. 2017. Itsemääräämisoikeuden ABC. Muistiliitto. Viitattu 29.4.2021. <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistiliitto/ajankohtaista/muistiliiton-blogi/blogikirjoitukset/itsemaaramisoikeuden-abc>

Muistiliitto 2017. Muistisairaahan ihmisen kohtaaminen. Viitattu 11.1.2021.
<https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/erityiskysymyksiä/muistisairaahan-ihmisen-kohtaaminen>

Muistisairaahan henkilön päivittäistoiminnoista suoriutumisen tukeminen - lääkkeettömät menetelmät hoitotyössä 2019. Hoitotyön suositus (online). Hoitotyön tutkimussäätiön asettama työryhmä. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 29.4.2021.
<https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/12/hoitosuositus-muistisairaat.pdf>

Muistisairaudet 2020. Käypä hoito -suositus. 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. Viitattu 31.12.2020.
<https://www.kaypahoito.fi/hoi50044>

Mönkäre, R. 2019. Vuorovaikutuksen ja ohjauksen periaatteet muistisairaahan hoidossa. Muistisairaahan hoito. Oppiportti. Duodecim. Viitattu 3.4.2021.
<https://www.oppoportti.fi/op/opk04629>

Numminen, A. 2015. Musiikki muistisairaiden ihmisten hoidon tukena. Gerontologia 29(2), 88-93. Viitattu 24.2.2021. <http://elektra.helsinki.fi.nelli.laurea.fi/se/g/0784-0039/29/2/musiikki.pdf>

Remes, A. 2019. Otsa-ohimolohkorappeumat. Muistisairaahan hoito. Oppiportti. Duodecim. Viitattu 7.1.2021. <https://www.oppoportti.fi/op/mho00089/do>

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Teemahaastattelu. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 30.10.2020. https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_3_2.html

Saarnio, R., Sarvimäki, A., Laukkala, H. & Isola, A. 2013. Iäkkäiden muistisairaiden henkilöiden hoitotyössä toimivien hoitajien käsitys omastatunnosta. Hoitotiede, Kuopio, Vol 25, Iss 1, 62-76. Viitattu 24.2.2021. <https://search-proquest-com.nelli.laurea.fi/docview/1319822244/BE0A77B873764D1APQ/2?accountid=12003>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2021a. Kotihoito ja kotipalvelut. Viitattu 3.1.2021.
<https://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2021b. Kotisairaanhoido ja kotisairaalahoido. Viitattu 3.1.2021.
<https://stm.fi/kotisairaanhoido-kotisairaalahoido>

Stolt, M., Koskenniemi, J., Katajisto, J., Hupli, M., Jartti, L., Suhonen, R. & Leino-Kilpi, H. 2015. Muistihäiriöitä sairastavien iäkkäiden henkilöiden elämänlaatu kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa hoidossa. Sosiaalilääketieteellinen aikauslehti 52(1). Sosiaalilääketieteen yhdistys ry. 62-77. Viitattu 6.4.2021.
<https://journal.fi/sla/article/view/50760>

Särkämö, T., Laitinen, S., Numminen, A., Tervaniemi, M., Kurki, M. & Rantanen, P. 2011. Muistaakseni laulan: Musiikin käyttö muistisairaiden mielialan, elämänlaadun ja kognitiivisen toimintakyvyn tukemisessa. Miina Sillanpään Säätiön julkaisusarja A:10. Viitattu 24.2.2021. https://www.miinasillanpaa.fi/wp-content/uploads/2015/01/Muistaakseni_laulan_tutkimusraportti.pdf

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (ETENE) yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet 2001. ETENE-julkaisuja 1. Viitattu 28.3.2021 <https://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisuja+1+Terveystieteiden+tutkimuskeskuksen+yhteinen+arvopohja%2C+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468/ETENE-julkaisuja+1+Terveystieteiden+tutkimuskeskuksen+yhteinen+arvopohja%2C+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf>

THL 2020. Kotihoito. Viitattu 3.1.2021. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/muuttuvat-vanhuspalvelut/kotihoito>

THL 2021. THL:n kysely: Ulkoilun vähäisyys ja virikkeiden puute ovat vaikeuttaneet vanhuspalveluiden asiakkaiden elämää korona-aikana. Viitattu 18.4.2021. <https://thl.fi/fi/-/thl-n-kysely-ulkoilun-vahaisyyys-ja-virikkeiden-puute-ovat-vaikeuttaneet-vanhuspalveluiden-asiakkaiden-elamaa-korona-aikana-korona>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 1.5.2021. <https://tenk.fi/fi/ohjeet-ja-aineistot/HTK-ohje-2012>

UKK-instituutti 2020. Liikunta parantaa muistisairaana liikkumis- ja toimintakykyä sekä kotona että laitoksessa. Viitattu 27.4.2021. <https://ukkinstituutti.fi/liike-laakkeena/liikunta-ja-sairaudet/muistisairaudet/>

Vanhuus ja hoidon etiikka 2008. Etene-julkaisuja 20. Viitattu 28.3.2021. <https://etene.fi/documents/1429646/1559070/ETENE-julkaisuja+20+Vanhuus+ja+hoidon+etiikka.pdf/34d9870b-d612-4952-8265-dcb7961dc3ab>

Julkaisemattomat

Esihenkilö 2021. Lähipalvelualueen esihenkilön haastattelu. 23.3.2021. Helsingin kaupungin kotihoito. Helsinki.

Kuviot

Kuvio 1: Elämänlaadun ulottuvuudet (Räsänen 2019, 21).....	15
Kuvio 2: Teoriaohjaavan sisällönanalyysin eteneminen Tuomea ja Sarajärveä (2018,132-133) mukailleen	25

Taulukot

Taulukko 1: TunteVa®-toimintamallin soveltaminen Pohjavirtaa (2018, 61-66) mukailleen....	18
Taulukko 2: Esimerkki aineiston analyysistä alkuperäistekstistä pääluokkaan.....	26

Liitteet

Liite 1: Tutkimuslupa	45
Liite 2: Saatekirje teemahaastatteluun	47
Liite 3: Teemahaastattelun esitysmateriaali	48
Liite 4: Esimerkkejä sisällönanalyysin vaiheista.....	53

Liite 1: Tutkimuslupa



Helsingin kaupunki
Sosiaali- ja terveystoimiala
Sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelut -
palvelukokonaisuus
Lännen palvelualue

Pöytäkirjanote

1 (2)

06.11.2020

Palvelualueen johtaja

Katja Uusitalo

**20 §
Tutkimuslupa tutkimukseen "Muistisairaana eettinen kohtaaminen
kotihoitossa"**

HEL 2020-011874 T 13 02 01

Päätös

Lännen palvelualueen johtaja myönsi tutkimusluvan Katja Uusitalon ym. tutkimuslupahakemukselle " Muistisairaana eettinen kohtaaminen kotihoitossa" (tutkimuksen taso: amk-opinnäytetyö). Yhteyshenkilö on kotihoitohjaaja [REDACTED]. Tutkimuslupa on voimassa 31.10.2021 saakka.

Tutkimuslupaan sovelletaan seuraavia ehtoja:

Tutkimusraportista ei saa olla tunnistettavissa tutkimukseen osallistuneita henkilöitä.

Tutkimuksesta ei tule koitua kustannuksia sosiaali- ja terveystoimelle.

Tutkija sitoutuu noudattamaan EU:n yleisen tietosuoja-asetuksen, tietosuojalain (1050/2018) sekä muiden lakien ja asetusten tutkijalle asetamia vaatimuksia.

Tutkija saapuu pyydettyä maksutta esittelemään tutkimuksen tuloksia Helsingin sosiaali- ja terveystoimeen.

Sähköinen tutkimusraportti tai sen osoite toimitetaan sosiaali- ja terveystoimialan käyttöön osoitteella: tutkimusluvut.sote@hel.fi. Valmiit tutkimukset ovat henkilökunnan käytettävissä sosiaali- ja terveystoimen intrasivuilla.

Päätöksen perustelut

Opinnäytetyön tarkoituksena on edistää muistisairaana eettistä kohtaamista kotona tehtävässä hoitotyössä. Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää millaisia kotona tehtävän muistisairaanhoitotyön keskeisimmät

Postiosoite
PL 6000
00099 HELSINGIN KAUPUNKI
sosiaalijaterveys@hel.fi

Käyntiosoite
Toinen linja 4 A
Helsinki 53
www.hel.fi/sote

Puhelin
+358 9 310 5015
Faksi
+358 9 310 42504

Y-tunnus
0201256-6

Tilinro
FI1880001200052430
Alv.nro
FI02012566

11264: Puh
202111: (1) 20211104: CIEE
13:43:56
01
017
1:4



Helsingin kaupunki
 Sosiaali- ja terveystoimiala
 Sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelut -
 palvelukokonaisuus
 Lännen palvelualue

Pöytäkirjanote

2 (2)

06.11.2020

Palvelualueen johtaja

haasteet ovat hoitajan näkökulmasta ja löytää ratkaisuja näihin haasteisiin. Osallistuja rekrytoidaan yhteyshenkilön kanssa sovitulla tavalla. Aineisto kerätään teemahaastatteluin, joista tehdään muistinpanot. Haastattelut tehdään anonyymisti, eikä niitä nauhoiteta. Aineisto analysoidaan sisällönanalyysin menetelmin ja hävitetään opinnäytetyön valmistuttua.

Sosiaali- ja terveyslautakunnan päätöksen 8.5.2018 § 134 mukaan sosiaalihuollon asiakirjojen ja terveydenhuollon potilasasiakirjojen antamisesta päättää lännen palvelualueen johtaja (lännen palvelualueetta koskevat tutkimukset).

Lisätiedot

Mari Riila, erityissuunnittelija, puhelin: 310 46595
 mari.riila(a)hel.fi

Liitteet

- 1 Tutkimuslupahakemus 27.10.2020
- 2 Tutkimuslupahakemus 27.10.2020, liite, tutkimussuunnitelma

Muutoksenhaku

Oikaisuvaatimusohje, sosiaali- ja terveyslautakunta

Otteet

Ote	Otteen liitteet
Hakija	Oikaisuvaatimusohje, sosiaali- ja terveyslautakunta
Yhteyshenkilö	Liite 1 Liite 2

Pöytäkirjanote on lähetetty asianosaiselle 13.11.2020.

Palvelualueen johtaja

Maarit Rautio
 palvelualueen johtaja

Postiosoite
 PL 6000
 00099 HELSINGIN KAUPUNKI
 sosiaaliterveys@hel.fi

Käyntiosoite
 Toinen linja 4 A
 Helsinki 53
 www.hel.fi/sote

Puhelin
 +358 9 310 5015
Faksi
 +358 9 310 42504

Y-lunnus
 0201256-6

Tilinro
 FI1880001200052430
Ah.v.nro
 FI02012566

Liite 2: Saatekirje teemahaastatteluun

Helsinki 25.2.2021

Hyvä kotihoidon hoitaja,

opiskelemme Laurea-ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajiksi ja teemme opinnäytetyötä muistisairaana eettisestä kohtaamisesta kotihoidossa. Opinnäytetyössä selvitämme muistisairaana kohtaamiseen liittyviä haasteita hoitajan näkökulmasta ja pyrimme löytämään ratkaisuja näihin haasteisiin.

Kiitos, kun olet lupautunut mukaan teemahaastatteluun. Teemahaastattelun tavoite on kartoittaa kokemuksiasi muistisairaana kohtaamisesta ja kotona tehtävästä hoitotyöstä. Keskustelu on vapaamuotoista seuraaviin teemoihin liittyen:

- hoitokäynnin aika
- vuorovaikutus
- asiakkaan tunteminen
- omaiset ja yhteistyö
- osaamisen kehittäminen

Haastattelun muistiinpanot tehdään anonymisti emmekä kirjoita osallistujien nimiä ylös. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Muistiinpanot hävitetään analysoinnin jälkeen. Opinnäytetyössä ei yksilöidä kotihoidon lähipalvelualueita. Opinnäytetyön valmistuttua toimitamme yksikköön paperiversion luettavaksi.

Tervetuloa mukaan kehittämään muistisairaana asiakkaan hoitotyötä kotihoidossa!

T: Anne ja Katja

Yhteystiedot:

Anne Aittakallio

Katja Uusitalo

Liite 3: Teemahaastattelun esitysmateriaali



Teemahaastattelu: Muistisairaan eettinen kohtaaminen kotihoidossa

Laurea-ammattikorkeakoulu 3/2021
Anne Aittakallio ja
Katja Uusitalo




Mistä on kysymys?

- Muistisairaudet lisääntyvät väestön vanhefessa ja tavoitteena on, että muistisairaat asuisivat kotonaan niin pitkään kuin se vain on mahdollista.
- Olemassa oleva tutkittu tieto perustuu pääosin muistisairaan hoitotyöhön ympärivuorokautisessa palveluasumisessa.
- Kotihoidon palvelut ovat avainasemassa.
- Muistisairaan kohtaamiseen liittyy haasteita
 - Aikapula
 - Vaihtuvat hoitajat, paljon sijaisia
- Opinnäytetyömme tarkoitus on selvittää,
 - mitä haasteita muistisairaan kotona tehtävässä hoitotyössä on hoitajan näkökulmasta?
 - miten näitä haasteita voidaan ratkaista?




Haastattelut, tietojen suojaus ja tulosten raportointi

- Haastattelut tehdään työajalla pienryhmissä yksikön esimiehen kanssa sovitusti.
- Haastattelutehdään anonymistieikä osanottajien nimiä kirjata ylös.
- Haastattelusta ei tehdä äänitallennetta.
- Haastattelutehdään muistiinpanot, jotka hävitetään sisällönanalyysin jälkeen.
- Lopulliseen opinnäytetyöhön dokumentoidaan keskeiset sisällönanalyysin tulokset.
- Tarkoituksemme on saada opinnäytetyö valmiiksi toukokuun 2021 loppuun mennessä.



Haastattelun teemoja

- Hoitokäynnin aika
- Vuorovaikutus
- Asiakkaan tunteminen
- Omaiset ja yhteistyö
- Osaamisen kehittäminen




Hoitokäynnin aika

- Onko hoitokäynnille suunniteltu aika mielestäsi riittävä?
- Toteutuvatko suunnitellut käyntiajat sovitusti?
- Onko sinulla hyvä vinkkejä/käytäntöjä hyvästä ajan käytöstä?



Vuorovaikutus

- Millaiset tilanteet koet haastavina kohtaamisissa muistisairaiden kanssa?
- Jaetaanko onnistuneeseen kohtaamiseen liittyviä asioita tiimissä?



Asiakkaan tunteminen

- Tukeeko hoitosuunnitelma riittävästi muistisairaana luona tehtävää hoitotyötä?
- Minkälaisia näkökulmia sinulla on sijaisten perehdytykseen liittyen?
- Varataanko uuteen asiakkaaseen tutustumiseen riittävästi aikaa?



Omaiset ja yhteistyö

- Koetko omaisyhteistyön riittäväksi ja sujuvaksi?



Osaamisen kehittäminen

- Onko sinulla mielestäsi riittävästi tietoa muistisairauksista ja niiden vaikutuksesta asiakkaan toimintakykyyn ja käytökseen?
- Onko työpaikallasi mielestäsi tarjolla riittävästi koulutusta muistisairauksiin liittyen?

Liite 4: Esimerkkejä sisällönanalyysin vaiheista

Teema: Hoitokäynnin aika				
Alkuperäinen teksti	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
"Meillä käyntiaikaa lisätään, jos nähdään, että tarve vaatii"	Tarvittaessa käyntiaikaa lisätään	Käyntiaikaa lisätään tarvittaessa	Käyntiaika riittää	Käyntiaika
"Mun on onneksi mahdollisuus käyttää vähän enemmän aikaa ensikäyntiin ja käytän sen ajan, mikä siihen menee"	Sairaanhoitajalla on riittävästi aikaa ensikäynnille	Sairaanhoitaja voi paremmin suunnitella käynnin ajankäytön		
"Hoitajien poissaolot näkyvät ja silloin on kiire tehdä työ asiakkaan luona"	Poissaolot luovat kiirettä	Poissaolojen vaikutus näkyy kiireenä	Käyntiaika ei riitä	
"Kuntarista tullut uusi asiakas ja lääkkeet kaikki on sekaisin ja aikaa on vain 20 min selvittää hänen asiat, se ei kyllä mitenkään riitä"	20 min ei riitä uuden asiakkaan luona käyntiin	Uudelle asiakkaalle tarvitaan enemmän aikaa		

Teema: Ammattitaidon merkitys nostettiin haastatteluiden perusteella omaksi kokonaisuudeksi				
Alkuperäinen teksti	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
"Kokeneempi hoitaja osaa suunnitella asiakkaan luona käyntiä paremmin"	Kokemus tuo näkemystä käyntiajan suunnitteluun	Kokemus mahdollistaa hyvän suunnittelun	Hyvä ammattitaito	Ammattitaito
"Mietin tässä, mitä teen, kun oli kahden potilaan ruoan lämmityskäynti ja klo 14 piti alkaa apottikoulutus, että kumpi on tärkeämpi, eihän ihmisiä voi ilman ruokaa jättää"	Asiakkaat ovat aina etusijalla töiden priorisoinnissa	Asiakas on tärkein		
"Uudelle hoitajalle pitää pystyä aina kertomaan asioista"	Uusi hoitaja pitää informoida hyvin	Uuden hoitajan informointi	Vähäinen kokemus	
"Jos on sijainen kyseessä usein on nimenomaan ruoka, lääkkeet, wc ja ulos ovesta"	Sijainen hoitaa pakolliset hoitotoimet	Sijaiset tekevät pakolliset hoitotoimet		

Teema: Vuorovaikutus				
Alkuperäinen teksti	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
"Kyllä sä huomaat sellaisilta asiakkailta, jotka osaavat sanoa, että "olipa kivaa kun sulla oli aikaa vähän jutella mun kanssa, niitä hoitajia ei ole niin montaa, usein mulla annetaan vaan ne lääkkeet ja kysytään onko mitään erikoista, ja sitten lähdetään ulos"	Asiakkaat ilahtuvat hoitajan keskustellessa kiireettömästi	Kiireetön kohtaaminen		
"Pahinta ei ehkä ole se, että suihku jää tekemättä vaan se että asiakas hermostuu, jos alkaa jankkaamaan asiakkaan kanssa ja hoitajakin siinä hermostuu. Parempi aloittaa ihan muusta asiasta ja pikku hiljaa siirtyä aiheeseen esim. ruokailuun. Ei kannatta yhtään jäädä jankkaamaan asiakkaan kanssa"	Aihetta vaihtamalla voi päästä varsinaiseen asiaan	Asiakkaan huomioiminen hoitotoimissa	Vuorovaikutus	Ammattitaito
"Asiakas jää siihen tunnetilaan, mikä jäi hoitajan käynnistä, jos on ollut jankkaamista"	Jankutus jättää asiakkaan ikävään tunnetilaan	Asiakkaan tunnetilan huomioiminen		

Teema: Asiakkaan tunteminen				
Alkuperäinen teksti	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
"Joillekin ei voi sanoa, että ota lääkkeitä, ei voi tehdä siitä mitään numeroa, tai se ei ota ollenkaan lääkkeitä. Tänä oppii tietämään, kun tuntee asiakkaan"	Asiakkaan tunteminen helpottaa esim. lääkkeiden ottotavoissa	Asiakkaan tunteminen edesauttaa käynnin sujuvuutta	Asiakas tunnetaan	Ammattitaito
"Kohtaamiseen liittyvät asiat, kun eräs asiakas ei halua missään nimessä että häneen kosketaan, voisi olla hyvä että kirjataan hoitosuunnitelmaan, saako koskea vai ei"	Olisi hyvä kirjata asiakkaan toiveista	Tutun asiakkaan toiveita helpompi huomioida		
"Aluksi pitää selvittää kauppapalvelut ja tavaroiden paikat, läheiset tulee usein puheeksi. Kokonaisuuteen menee aikaa ja tutustumiseen uuden asiakkaan kanssa"	Uuden asiakkaan tilanteeseen tutustumiseen menee aikaa	Uuden asiakkaan toimintatavat opittava aluksi tuntemaan	Asiakasta ei tunneta	
"Tekemiseen painottuvaa kirjaamista on usein enemmän"	Enemmän kirjataan tekemisiä	Hoitosuunnitelmassa ei riittävästi tietoa		

Teema: Omaiset ja yhteistyö				
Alkuperäinen teksti	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
"On meillä aikaa soitella omaisille, mutta harvemmin kyllä illalla"	Omaisille ehditään soittamaan	Omaisten kanssa yhteydenpito toimii		Ammattitaito
"Omaiset on ikään kuin työkumppaneita ja yritetään pitää niiden kanssa hyvät välit, että me yhdessä hoidetaan asiakasta"	Hoidetaan yhdessä omaisten kanssa	Omaiset aktiivisia	Omaisyyhteistyö toimii	
"Kuka tekee hoitotuki hakemukset ja semmoset näistä on välillä epäselvyyksiä"	Epäselvää kenen kuuluu tiettyjä asioita hoitaa	Erimielisyydet hoidosta aiheuttavat haasteita	Omaisyyhteistyö ei toimi	
"Omaiset ei usein ymmärrä, mikä muistisairaus oikein on"	Omaisilla ei riittävästi tietoa muistisairauksista	Tiedon puute muistisairauksista aiheuttaa haasteita		

Teema: Osaamisen kehittäminen				
Alkuperäinen teksti	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
"Riippuu tietenkin millainen koulutus on mutta mielestäni kollegoiden kanssa hyvien käytäntöjen jakaminen yhdessä puhumalla on arvokasta"	Kollegoiden kanssa tapahtuva osaamisen jakaminen on arvokasta	Hoitajien tiedonvaihto tärkeää	Osaamisen kehittäminen	Ammattitaito
"Hyvistä käytännöistä keskustellaan kyllä, kun joku on jotain todennut hyväksi ja toimivaksi"	Hyvistä käytännöistä keskustellaan	Hyvien käytäntöjen jakaminen toimii		
"Aina voisi olla lisää tietoa ja tutkittua tietoa saatavilla"	Tutkittua tietoa voisi olla saatavilla enemmän	Tiedon saaminen tärkeää		
"Korona ja apotti on vienyt koulutuksia pois, se on harmi"	Korona ja Apotti vieneet koulutusaikaa	Korona-aika vähentänyt tiimien yhteistyötä		

Teema: Eettisyys nousi esiin haastatteluissa eri teemojen yhteydessä				
Alkuperäinen teksti	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka
"Itsemääräämisoikeus ja eettiset kysymykset ovat todella voimaakkaasti mielessä"	Itsemääräämisoikeus ja eettiset asiat todella tärkeitä	Itsemääräämisoikeus tärkeä huomioida		
"Vaikka ne on muistisairaita, niillä joillain on jokin ymmärrys, että pitää painaa hälytysnappia, mutta kaikki ei edes ymmärrä, silloin asiakkaalla ei ole mitään mikä turvais, jos apua tarvittaisi. Yksi asiakas vei mm. etälaitteen kukkakauppaan, josta se löytyi. Kotona pärjääminen on tosi hataraa. Ainoa turva saattaa olla ovihälytin"	Kaikki eivät osaa painaa hälytysranneketta	Hoitajan huoli asiakkaan pärjäämisestä	Eettinen huomioiminen	Ammattitaito
"Itsemääräämisoikeus toteutuu mun mielestä paremmin kotona kuin palveluasumisessa"	Itsemääräämisoikeus toteutuu kotona palveluasumista paremmin	Itsemääräämisoikeus toteutuu paremmin kotihoidossa		
"On tosi paha, jos asiakas sanoo "älä jätä minua" tai "miten minä pärjään"	Asiakkaan yksinäisyyden pelko on ahdistavaa	Asiakkaan pelot aiheuttavat huolta hoitajassa		