

Satu Soininen

MUISTIYHDYSHENKILÖVERKOSTON PERUSTAMINEN  
PORIN PERUSTURVA, POHJOINEN ALUE

Vanhustyön (ylempi AMK) koulutusohjelma  
2018

## MUISTIYHDYSHENKILÖVERKOSTON PERUSTAMINEN PORIN PERUSTURVA, POHJOINEN ALUE

Soininen, Satu  
Satakunnan ammattikorkeakoulu  
Vanhustyön (ylempi AMK) koulutusohjelma  
Tammikuu 2018  
Ohjaaja: Hautala, Päivi-Marja  
Sivumäärä: 80  
Liitteitä: 3

Asiasanat: muistisairaus, muistipotilaan hoitopolku, verkosto, moniammatillisuus

---

Muistisairaiden määrän kasvaminen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän muutos edellyttävät uusien toimintatapojen kehittämistä.

Kehittämistyön tavoitteena oli perustaa Porin perusturvan Pohjoiselle alueelle muistiyhdyshenkilöverkosto, jossa toimivat alueen kotihoidon tiimeistä ja perusturvan omista ympärivuorokautisen hoidon yksiköistä nimetyt muistivastaavat. Kehittämistyön tarkoituksena oli vahvistaa henkilökunnan muistiin liittyvää osaamista ja siten parantaa muistiasiakkaille ja heidän läheisille annettavan palvelun laatua ja oikea-aikaisuutta sairauden eri vaiheissa. Muistiyhdyshenkilöverkoston tarkoituksena oli yhteistyön lisääminen, muistisairauksien ennaltaehkäisy edistäminen, muistipotilaan hoitopolun toteuttaminen sairauden eri vaiheissa, käytäntöjen yhtenäistäminen ja osaamisen vahvistaminen.

Kehittämistyö toteutettiin toimintatutkimuksena Porin perusturvan Pohjoisella alueella, koska kehittämistyöntekijä toimi alueen muistihoitajana sekä samalla verkoston ylläpitäjänä ja yhdyshenkilönä. Kotihoidon henkilökunnalle suunnatussa kyselytutkimuksessa kartoitettiin osaamista, koulutustarpeita ja kehittämistoiveita. Muistiyhdyshenkilöverkoston ensimmäinen tapaaminen toteutettiin tulevaisuuden työpaja menetelmää käyttäen. Kehittämisisiltapäivässä pohdittiin muistipotilaan hoitopolun nykyistä toteutumista ja toiveita, miten se tulevaisuudessa toimisi sekä verkoston mahdollisuuksia ja konkreettisia toimia tämän mahdollistajana.

Tutkimusten mukaan verkostotoiminnalla voidaan vaikuttaa työelämän sosiaalisiin ja rakenteellisiin seikkoihin esim. selkiyttämällä vastuualueita ja työprosesseja. Verkostot edistävät yksilöiden, tiimien ja organisaatioiden oppimista. Sosiaali- ja terveydenhuollossa moniammatillinen ja eri sektorien välinen yhteistyö sekä verkostoituminen ovat laadukkaan ja kustannustehokkaan palvelujärjestelmän edellytys.

Kehittämistyön tuloksena jokaisessa kotihoidon tiimissä ja ympärivuorokautisen hoidon yksikössä on nimetty muistivastaava, joka on verkoston toiminnassa mukana. Muistiyhdyshenkilöverkoston toimintasuunnitelman mukaan yhteiset tapaamiset järjestetään säännöllisesti ja toimintamallia kehitetään jatkossakin yhteistyössä.

## ESTABLISHMENT OF A MEMORY CONTACT PERSON NETWORK, PORI'S HEALTH CARE, NORTHERN AREA

Soininen, Satu

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Master's Degree Programme in Elderly Care

January 2018

Supervisor: Hautala, Päivi-Marja

Number of pages: 80

Appendices: 3

Key words: memory disease, clinical pathway of persons suffering from memory disease, network, multi-professional working

---

New procedures should be developed due the changes of health care system and increasing amount of people who suffer from memory disease.

The aim of this development task was to establish a memory contact person network to the Northern area of Pori's health care. The network would be composed of the named contact persons from home care teams and round-the-clock treatment unit. The purpose of this task was to strengthen personnel's knowledge about memory and thereby improve the quality and timeliness of service given to clients and their families at different stages of the memory disease. The purpose of the memory contact person network was to increase co-operating, further prevention of memory diseases, implement the clinical pathway at different stages of the memory disease, integrate conventions and build up skilfulness.

This development task was executed as an operational research in the Northern area of Pori's health care because the person doing this task was working as a memory nurse of the area and also as the admin and main contact of the network. Survey made for home care personnel aimed to chart skilfulness, educational needs and wishes to develop. The first meeting of the memory contact person network was implemented by using a future workshop method. In the meeting was discussed about the realization and wishes of clinical pathway of person suffering from memory disease, how it would work in the future, possibilities of the network and concrete actions for making this possible.

According to researches network activity can affect on the social and structural matters of working life by for example making remits and work processes more clear. Networks further constant learning of individuals, teams and organizations. In social and health care multiprofessional working, co-operation of different sectors and networking are prerequisite of high-quality and cost-effective service system.

As a result of the development task there is now a named contact person in every home care team and round-the-clock treatment unit. According to the strategy of memory contact person network meetings will be organized regularly and formula will be developed by using co-operation also in the future.

# SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	5
2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	6
2.1 Lait, suositukset ja asetukset .....	6
2.2 Muistipotilaan hoitoketju .....	10
2.2.1 Aivoterveysten edistäminen ja muistisairauksien ennaltaehkäisy .....	12
2.2.2 Muistioireiden tunnistaminen ja jatkoahoito .....	14
2.2.3 Käyttösoireet ja muita hoidon haasteita .....	18
2.2.4 Muistisairaahan hyvinvointiin ja hoitoon liittyvät erityispiirteet .....	20
2.3 Verkostot ja moniammatillisuus .....	22
2.4 Aikaisempia muistiyhdyshenkilöverkoston liittyviä tutkimuksia.....	25
3 TOIMINTAYMPÄRISTÖNÄ PORIN PERUSTURVAN POHJOINEN ALUE ..	28
4 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS .....	30
4.1 Kehittämistyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset .....	30
4.2 Toimintatutkimus .....	32
4.2.1 Kysely kehittämistyön ja toimintatutkimuksen aineistonkeruumenetelmänä.....	36
4.2.2 Kyselytutkimuksen tulokset.....	39
4.2.3 Avointen kysymysten tulokset.....	48
4.2.4 Työpajamenetelmä muistiyhdyshenkilöverkoston toiminnan aloitusprosessissa .....	55
4.2.5 Aineistojen yhteenvetoa ja tulosten tarkastelua .....	59
4.3 Kehittämistyön yhteenvetoa ja pohdintaa .....	63
4.3.1 Kehittämistehtävän eettisyys ja luotettavuus .....	65
4.3.2 Tulevaisuudenvisioita ja kehittämisideoita .....	68
4.3.3 Muistiyhdyshenkilöverkoston toimintamalli .....	70
5 LOPUKSI.....	73
LÄHTEET .....	75
LIITTEET	

## 1 JOHDANTO

Muistisairaiden määrän kasvu on ajankohtainen ja keskeinen sosiaali- ja vanhuspoliittinen kysymys. Suomessa arvioidaan olevan 35 000 lievää ja 85 000 vähintään keski-vaiketta muistisairautta sairastavaa henkilöä, lisäksi noin 120 000 henkilöllä on lievää heikentymää tiedonkäsittelytoiminnoissa. Eurooppalaisten ennusteiden mukaan muistisairauksia sairastavien määrä kaksinkertaistuu vuoteen 2050 mennessä. (THL www-sivut 2017.) WHO:n arvion mukaan maailmanlaajuisesti muistisairaita arvioidaan olevan 35,6 miljoonaa, mutta määrän arvioidaan yli kolminkertaistuvan vuoteen 2050 mennessä. (WHO 2012, 5.)

Muistisairaudet ovat suurin ikääntyvien toimintakykyä heikentävä ja palvelun tarvetta lisäävä sairausryhmä Suomessa (Hellsten & Kortelahti 2016). Muistisairauksien hoidon järjestäminen on yksi suurimmista hoidollisista ja taloudellisista haasteita vanhus-työssä (Uusitalo 2013, 121.) Sosiaali- ja terveydenhuolto on suurten muutosten ja integraation kohteena tällä hetkellä erityisesti sote-uudistuksen takia (Lindholm & Vogt 2017, 260.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta muutetaan avohoitopainotteiseksi laitoshoidon vähentämällä. Tavoitteena on, että noin 92 % ikäihmisistä (yli 75-vuotiaista) asuisi kotona. (Tuominen & Tuuri 2017, 228–229, 238.)

Nykykäytännön mukaan yhä useampi muistisairas asuu kotona niin pitkään kuin mahdollista joko yksin tai omaishoidettavana parhaassa tapauksessa kotiin saatavan hoidon tukemana, mutta samalla myös laitoshoidossa ja palveluasumisessa olevien muistisairaiden määrä kasvaa. Tulevaisuudessa kotihoitopalveluiden tarve kasvaa ja myös palveluiden tarve muuttuu. Ikäihmisten terveydellisiin ja toimintakykyä heikentäviin tekijöihin tulisi osata vastata uudistuvien kotihoidon työmenetelmin. (Jyrkämä 2013, 87; Tuominen & Tuuri 2017, 228–229.) Alalla työskenteleviltä edellytetään monialaista ja moniammatillista sektorirajat ylittävää yhteistyötä sekä verkostoitumista (Helminen 2017, 17–18.).

Muistiystävällinen palvelujärjestelmä tarkoittaa sitä, että tarvittavat sosiaali- ja terveyspalvelut on sovitettu yhteen toimivaksi kokonaisuudeksi ja vastuu asiakkaan hoidosta on selkeä. Muistisairaiden kotona asuvien palvelutarpeen arviointi on usein haasteellista, mutta se onnistuu parhaiten moniammatillisesti arvioiden ja ottamalla huomioon asiakkaan oma näkemys. Muistisairas ihminen tulee kohdata kokonaisvaltaisesti ja usein hän tarvitsee arjen rutiineja ja pysyvyyttä, henkilökohtaista palvelua sekä kiireetöntä kohtaamista ja ymmärtävää asennetta. (THL www sivut 2017.)

Sosiaali- ja terveyspalvelualoilla yksi keskeisimpiä kehityskohteita ovat verkostot, joiden avulla voidaan moniammatillisen yhteistyön ja palvelujärjestelmän kehittämällä parantaa palveluiden laatua ja kustannustehokkuutta (Verkostojohtamisen opas 2010, 2). Tämän kehittämistyön tarkoituksena on perustaa muistiyhdyshenkilöverkosto Porin perusturvan Pohjoiselle alueelle, jossa itse toimin muistihoidajana. Tavoitteena on luoda muistiyhdyshenkilöverkosto ja laatia yhteistyöverkostolle toimintaperiaatteet. Muistiyhdyshenkilöverkoston avulla vahvistetaan henkilökunnan muistiin liittyvää osaamista ja siten parannetaan muistiasiakkaille ja heidän läheisille annettavan palvelun laatua ja oikea-aikaisuutta sairauden eri vaiheissa. Kehittämistyö on työelämälähtöinen, koska muistipotilaan hoitopolun toteutuminen edellyttää moniammatillista ja nykyistä tehokkaampaa toimintatapaa. Tavoitteena on toimintamallien yhtenäistäminen sekä hyvien käytäntöjen jakaminen ja käyttöönotto, jolloin verkoston toiminnasta hyötyvät sekä asiakkaat ja heidän läheiset sekä henkilökunta.

## 2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

### 2.1 Lait, suositukset ja asetukset

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (vanhuspalvelulaki) tuli voimaan 1.7.2013. Lain tarkoituksena on tukea ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista sekä parantaa toimintakyvyltään heikentyneen iäkkään henkilön mahdollisuutta saada laadukkaita, oikea-aikaisia ja yksilölliset tarpeet vastaavia palveluita. Laki edellyttää, että kunnissa järjestetään ikääntyneiden hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä

ja itsenäistä suoriutumista tukevia neuvontapalveluja ja riittävän monipuolista asiantuntemusta. Osallisuuden ja vaikuttamismahdollisuuksien huomioiminen on tärkeää. 1.1.2015 voimaan astunut lakimuutos korostaa kotiin annettavien palveluiden ensisijaisuutta. Palvelutarpeen selvittäminen sisältää iäkkään henkilön fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja kognitiivisen toimintakyvyn arvioinnin monipuolisesti ja luotettavia arviointivälineitä käyttäen. Pitkäaikaisen laitoshoidon edellytyksenä ovat lääketieteelliset, asiakas- tai potilasturvallisuuteen liittyvät perusteet sekä ennen laitoshoidon aloitusta selvitettynä mahdollisuudet vastata palvelutarpeeseen kotiin annettavilla palveluilla ja muilla sosiaali- ja terveydenhuollon avopalveluilla. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä sosiaali- ja terveystalouksista 980/2012, 1 §–15 §.)

Sosiaalihuoltolain tarkoituksena on edistää ja ylläpitää hyvinvointia ja sosiaalista turvallisuutta, vähentää eriarvoisuutta ja edistää osallisuutta, asiakaskeskeisyyttä sekä oikeutta hyvään palveluun ja kohteluun, turvata yhdenvertaisin perustein riittävät, tarpeenmukaiset ja laadukkaat sosiaalipalvelut sekä muut hyvinvointia edistävät toimenpiteet. Lain tarkoituksena on parantaa sosiaalihuollon ja kunnan eri toimialojen sekä muiden toimijoiden välistä yhteistyötä. Kunnallisina sosiaalipalveluina on järjestettävä mm. sosiaalityötä, sosiaaliohjausta, kotipalvelua, kotihoitoa, asumispalveluja, laitospalveluja ja liikkumista tukevia palveluja. Laki edellyttää, että yli 75-vuotiaiden palvelutarpeen arvioinnin tekeminen aloitetaan viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä siitä, kun yhteydenottopyyntö on tullut. Kiireellinen avuntarve arvioidaan välittömästi. (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 1 §– 36 §.)

Muita iäkkäiden ihmisten palveluja ja etuisuuksia koskevaa lainsäädäntöä ovat terveydenhuoltolaki, kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoitolaki. Laki omaishoidon tuesta määrittelee omaishoidon tuen järjestelyistä. Yksityisten palveluntuottajien toimintaa säätelee laki yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta. Lisäksi ovat mm. sotilasvammalaki, laki rintamaveteraanien kuntoutuksesta ja sairausvakuutuslaki. (STM lainsäädäntö sivut.)

Valvira (Sosiaali- ja terveystalouden lupa- ja valvontavirasto) on sosiaalihuollon valtakunnallinen ohjaus- ja valvontaviranomainen. Valvira ohjaa aluehallintovirastoja toteuttamaan vanhustenhuollon valvonnan ja ohjauksen yhdenmukaisesti Suomessa. Näin var-

mistetaan vanhustenhuollon palvelujen asianmukaisuus, laatu ja tasapuolisuus, asiakkaiden oikeusturva sekä tasapuolinen ja itsemääräämisoikeutta kunnioittava kohtelu. (Valvira www-sivut 2013.)

Sosiaali- ja terveysministeriön ja Kuntaliiton uusiin laatusuosituksiin hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi on julkaistu vuonna 2017. Laatusuositus tukee vanhuspalvelulakia ja kannustaa palvelurakennemuutokseen erityisesti kehittämällä kotiin annettavia palveluiden määrää ja sisältöä sekä laitoshoidon vähentämällä. Tällä hetkellä 65 vuotta täyttäneistä suurin osa, lähes miljoona, elää itsenäisesti ja noin 150 000 käyttää palveluita säännöllisesti. Säännöllistä kotihoitoa tai omaishoidon tukea saa noin 95 000 kansalaista ja tehostetussa palveluasumisessa, vanhainkodissa tai terveyskeskussairaaloitten pitkäaikaishoidossa ympärivuorokautista hoitoa saa reilut 50 000 henkilöä. Vuonna 2015 säännöllisten palveluiden kustannuksista 70 % kohdentui ympärivuorokautiseen hoitoon, 25 % kotihoitoon ja 3 % omaishoidon tukeen kokonaiskustannusten ollessa 4,5 miljardia euroa. Laatusuosituksella tavoitellaan julkiseen talouteen noin 33,5 miljoonan euron säästöä vuoden 2019 loppuun mennessä. Laatusuosituksessa huomioidaan lisäksi julkisen talouden ja hallitusohjelman suunnitelman tavoitteet sekä ohjaus- ja toimintaympäristön muutokset. Hallituksen kärkihanke ”Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa” toteutetaan vuosina 2016–2018 ja se mahdollistaa laatusuosituksen sisällön toteutumisen käytännössä. (Laatusuositus 2017:6, 7–13.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asettama työryhmä on laatinut Kansallisen muistiohjelman 2012–2020, jolla pyritään tukemaan kuntia varautumisessa muistisairaiden ihmisten määrän kasvuun sekä kehittämään sosiaalisesti, eettisesti ja taloudellisesti kestävä hoito- ja palvelujärjestelmä. Muistisairauksien aiheuttamat kustannukset johtuvat sairastuneiden suuresta määrästä ja erityisesti ympärivuorokautisen hoidon tarpeesta. Arvioiden mukaan puolet sairastuneista on ilman diagnoosia ja asianmukaisen lääkehoidon piirissä on noin neljäsosa Alzheimer-potilaista. Kansallisen muistiohjelman tavoitteena on rakentaa muistiystävällinen Suomi aivoterveiden edistämällä ja muistioireiden varhaisella tunnistamisella, muistisairauteen sairastuneiden asianmukaisen hoidon, kuntoutuksen ja huolenpidon avulla sekä osaamisen vahvistamisella. Sairastuneiden toimintakykyä ja elämänlaatua voidaan parantaa muistisairauksien varhai-



sella diagnoosilla, hoidolla ja kuntoutuksella sekä samalla ehkäistä kokonaiskustannusten kasvua. Aivoterveysten edistäminen ja ennaltaehkäisy vähentävät muistisairauksien ilmaantuvuutta. (Kansallinen muistiohjelma 2012–2020, 5–7.)

Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020 on Sosiaali- ja terveysministeriön laatima sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia. Tavoitteena on yhteiskunta, jossa ihmisiä kohdellaan yhdenvertaisesti ja varmistetaan kaikkien osallisuus, edistetään terveyttä ja toimintakykyä sekä annetaan tarvittavat palvelut ja turva. Väestön ikääntyminen vaikuttaa koko yhteiskuntaan ja erityisesti sosiaaliturvan kuten eläkkeiden, sosiaali- ja terveyspalveluiden kasvuna. Toimiva ja oikein mitoitettu sosiaaliturva on hyvinvointiyhteiskunnan vahvuus. Strategia korostaa yhdenvertaista oikeutta osallisuuteen, sosiaaliseen hyvinvointiin ja parhaaseen mahdolliseen terveyteen. (STM 2010, 3–5.)

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL) toimii sosiaali- ja terveysministeriön alaisuudessa itsenäisenä asiantuntijalaitoksena. THL kerää ja tuottaa väestön hyvinvoinnista, terveydestä ja niiden edistämisestä. Tätä tietoa ja asiantuntemusta voidaan käyttää apuna mm. poliittisessa päätöksenteossa. Työn painopisteinä ovat mm. eriarvoisuuden ja syrjäytymisen vähentäminen, hyvinvointiyhteiskunnan kestävyys ja palvelujärjestelmän muutos. (THL [www-sivut](http://www.thl.fi) 2017.)

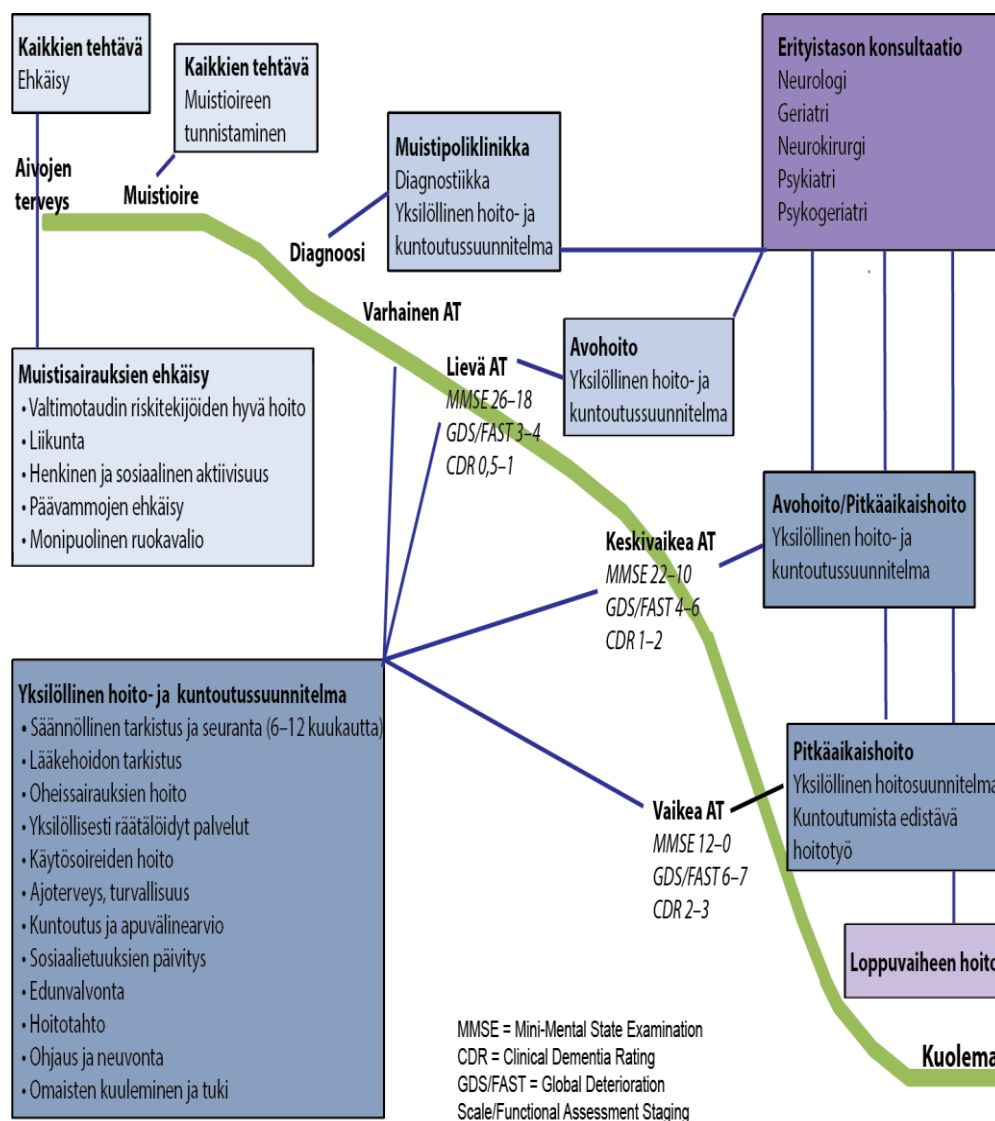
Käypä hoito -suositukset ovat tutkimusnäyttöön perustuvia riippumattomia kansallisia hoitosuosituksia. Muistisairauksien käypä hoito -suosituksen tavoitteena on yleisimpien muistisairauksien ennaltaehkäisyn, vaaratekijöiden tunnistamisen ja kokonaisvaltaisen hoidon edistäminen sekä etenevien muistisairauksien diagnosoinnin, lääkehoidon ja kuntoutuksen yhdenmukaistaminen ja tehostaminen. Suosituksessa korostetaan muistioireiden mahdollisimman varhaista tunnistamista ja ennaltaehkäisyä, aivoterveyttä sekä toimivaa hoitoketjua. Avohoidossa olevat muistisairaavat tarvitsevat paljon terveys- ja sosiaalihuollon palveluita ja loppuvaiheen ympärivuorokautinen hoito vaatii erityisosaamista ja resursseja. Tavoitteena on potilaan tarpeiden mukaan toteutetut oikeat palvelut, oikeassa paikassa, oikeaan aikaan niin kotona kuin pitkäaikaishoidossa. (Käypä hoito -suositus, Muistisairaudet 2017.)

Hyvän hoidon kriteeristö on Muistiliiton julkaisema työkirja ja se perustuu kansalliseen muistiohjelmaan 2012–2020, Käypä hoito -suositukseen ja ajantasaiseen lainsäädäntöön. Siinä kuvataan muistisairautta sairastavan ihmisen elämänlaadun ja hyvän hoidon perusteet. Niiden toteutumista tarkastellaan eri asumismuodoissa kuten kotihoidossa, hoiva-, hoito- ja yhteisökodeissa sekä pitkäaikaishoidossa. Muistisairaana ihmisen oikeudet ovat hyvän hoidon kriteeristön perusta. Hyvä hoiva, hoito ja kuntoutus eivät ole vain sairauden hoitoa vaan myös osallisuuden, toimintakyvyn ja elämänlaadun tukemista sekä ennaltaehkäisevää työtä. (Hyvän hoidon kriteeristö 2016, 3–9.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteiden uudistus (sote-uudistus) tulee voimaan vuoden 2020 alusta. Sote-uudistuksen keskeisiä tavoitteita ovat kansalaisten hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen sekä palveluiden yhdenvertaisempi ja parempi saatavuus. Asiakaslähtöiset ja integroidut sosiaali- ja terveyspalvelut edistävät yksilöllistä, kokonaisvaltaista ja asiakkaat helposti tavoitettavaa palvelua, joka on oikea-aikaista ja vaikuttavaa. Tavoitteena ovat sujuvat palvelupolut sekä asiakkaiden avun ja tuen tarpeen monipuolinen arviointi. (Helminen 2017, 16–18.)

## 2.2 Muistipotilaan hoitoketju

Muistipotilaan hoitoketjulla (Kuvio 1) tarkoitetaan sovittua palvelukokonaisuutta, jonka avulla hoito ja tutkiminen toteutetaan sosiaali- ja terveydenhuollon eri tasoilla. Valtakunnalliset hoitosuositukset ovat lähtökohtana alueellisille muistipotilaan hoitoketjuille. Hoitoketju muodostuu palveluiden kokonaisuudesta. Muistipotilaan hyvä hoito vaatii muistisairauksiin perehtynyttä ammattihenkilöstöä ja moniammatillista tiimityötä, toimintamuotoja ovat mm. muistipoliklinikat ja muistitiimit. Hoitoketjun järjestämiseen liittyviä erityiskysymyksiä ovat mm. aivoterveysten edistäminen ja muistisairauksien ehkäiseminen, oireiden tunnistus, muistioireen selvittely ja lähete jatkotutkimuksiin. Käytännön toimintana toteutetaan muistipotilaan hoito- ja kuntoutustoiminta, käytösoireiden tunnistaminen, kohtaaminen ja läheisten kanssa tehtävä yhteistyö ja heidän tukemisensa. (Muistipotilaan hoitoketju 2011, 1107–16.)



Kuvio 1. Muistipotilaan hoitoketju, esimerkkinä Alzheimerin tauti (AT) (Käypä hoito -suositus, Muistisairaudet 2017)

Aivoterveys ja muistisairauksien ennaltaehkäisy ovat tärkeä osa muistipotilaan hoitoketjua, koska niiden avulla voidaan vähentää muistisairauksien ilmaantuvuutta. Tutkimusten mukaan elämäntapoihin vaikuttamalla voidaan pienentää muistisairauden riskiä ja viivästyttää sairauden oireiden ilmaantumista jopa 3–5 vuodella. (Muistiliitto www-sivut 2017.)

Muistisairaudella tarkoitetaan sairautta, joka heikentää muistia ja muita tiedonkäsittelyn alueita (kielelliset toiminnot, hahmottaminen, toiminnanohjaus). Etenevät muistisairaudet johtavat useimmiten dementia-asteiseen heikentymiseen. Yleisimmät muistisairaudet ovat Alzheimerin tauti, aivoverenkiertosairaudet, Lewyn kappale tauti, Parkinsonin taudin muistisairaus ja otsa-ohimolohkorappeuma. Etenevän muistisairauden vaikeusastetta on arvioitu yleensä jaotteleamalla sairaus lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan. (Käypä hoito -suositus, Muistisairaudet 2017.)

Käypä hoito -suosituksessa käytetyn määritelmän mukaan muistihoitajalla tarkoitetaan etenevien muistisairauksien hoitoon perehtynyttä terveydenhuollon henkilöä, joka toimii lääkärin työparina muistisairauksien tunnistamisessa, diagnosoinnissa, hoidossa, seurannassa ja ohjannassa. Muistikoordinaattorilla tarkoitetaan etenevien muistisairauksien hoitoon perehtynyttä terveydenhuollon tai sosiaalialan ammattihenkilöä, jonka vastuulla on muistipotilaan hoidon koordinointi, ongelmien ennakointi ja ratkaiseminen yhdessä perheen kanssa kotona asumisen eri vaiheissa. Lääkäri on koordinaattorin työpari. Muistikoordinaattori toimii potilaan asuinalueella, varmistaa avohoidon sujuvuuden ja ohjaa muistipotilasta ja omaisia arjen ongelmissa. (Käypä hoito -suositus, Muistisairaudet 2017.)

Muistisairauksien hoidon arviointi ja diagnostiikka edellyttävät kokemusta ja erityisosaamista, joten tutkimukset ja hoito tulee keskittää asiaan perehtyneisiin hoitopaikkoihin kuten alueellisiin muistipoliklinikoihin tai neurologian poliklinikalle, jonne ohjataan erityisesti työikäiset. (Uusitalo 2013, 132.) Muistisairauksien käypä hoito -suosituksen mukaan muistipoliklinikka ja muistitiimi ovat muistipotilaan hoitoketjun keskeisiä toimijoita. Muistitiimin kokoonpano muuttuu sairauden edetessä sekä hoivan ja palvelujen tarpeen muuttuessa. (Käypä hoito -suositus, Muistisairaudet 2017.)

### 2.2.1 Aivoterveysten edistäminen ja muistisairauksien ennaltaehkäisy

Nykytutkimusten mukaan aivojen terveyttä voidaan edistää. Uusien tutkimustulosten mukaan elintavoilla ja sydän- ja verisuonisairauksilla on yhteys eteneviin muistisairauksiin, joten erityisesti näihin tekijöihin kannattaa suunnata ennaltaehkäisyä. Nykyään korostetaan ajatusta, että huolehtimalla sydämen terveydestä voidaan edistää

aivojen terveyttä. Aivoterveyttä ja kognitiivisia toimintoja voidaan edistää liikunnalla, terveellisellä ja monipuolisella ruokavaliolla, aivojen vammoilta suojaamisella, aivojen käyttämisellä kaikissa ikävaiheissa ja huolehtimalla sydän- ja verisuonitautien ennaltaehkäisystä. Mitä varhaisemmassa vaiheessa ehkäisytyö aloitetaan, sitä paremmin voidaan vaikuttaa aivoterveeseen. (Kivipelto & Ngandu 2014, 26.)

Kaikki terveyden edistämiseen liittyvä työ esim. äitiys- ja lastenneuvoloissa, koulu-, opiskelija- ja työterveyshuollossa ja ikäihmisten terveysneuvonnassa ovat työtä aivoterveyden hyväksi. (Virjonen & Kankare 2013, 83–84.) Muistisairauksien ennaltaehkäisyssä korostetaan riskitekijöiden huomioimista viimeistään keski-iässä ja esimerkiksi keski-iässä harrastettu säännöllinen liikunta (vähintään 30 min kerralla ja vähintään kaksi kertaa viikossa) pienentää merkittävästi pienentää riskiä sairastua muistisairauteen myöhäsiässä. (Kivipelto & Ngandu 2014, 26–28.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut tukevat monin tavoin aivoterveyttä, mutta tärkeintä ovat kuitenkin ihmisen tekemät omat valinnat fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen aktiivisuuteen liittyen. (Virjonen & Kankare 2013, 83–84.)

Korkea ikä ja perimä ovat niitä muistisairauksien riskitekijöitä, joihin ei voi itse vaikuttaa. Muistisairaudet lisääntyvät iän myötä ja Suomessa keskivaikeaa tai vaikeaa dementiaa sairastaa 65–74 -vuotiaista alle viisi prosenttia, 75–84 -vuotiaista noin 10 prosenttia ja yli 85-vuotiaista noin kolmannes. Perimä vaikuttaa vaaraan sairastua ja riski sairastua on 2–3 kertainen, mikäli lähisuvussa on Alzheimerin tautia tai muuta muistisairautta. (Kivipelto & Ngandu 2014, 26–27; THL www sivut 2017.)

Viime vuosina on enenevässä määrin tutkittu muokattavissa ja hoidettavissa olevia riskitekijöitä. (Kivipelto & Ngandu 2014, 27.) Muistisairauksien riskiä lisäävät erityisesti korkea verenpaine, korkea kolesteroli, diabetes, ylipaino ja tupakointi (THL www-sivut 2017), mutta myös matala koulutustaso, masentuneisuus, vähäinen fyysinen aktiivisuus, yksinäisyys ja sosiaalisen verkoston puute ja runsas alkoholin käyttö lisäävät riskiä. (Käypä hoito -suositus, muistisairaudet 2017.) Aivoja suojaavat korkea koulutus, sosiaaliset verkostot, henkinen aktiivisuus, liikunta ja statiinit (kolesterolilääkitys). Ruokavaliolla on suuri merkitys aivoterveeseen ja tutkimusten mukaan erityisesti vitamiinit, ravintoaineet ja tyydyttymättömät rasvat voivat suojata sairautelta, joten esimerkiksi kalaa suositellaan syötävän 2–3 kertaa viikossa. (Kivipelto & Ngandu 2014, 27.)

Laajassa suomalaisessa FINGER-tutkimuksessa todetaan, että mikäli muistiongelmat on ajoissa tunnistettu, voidaan aktiivisen elintapaneuvonnalla ehkäistä muistin heikentymistä ja parantaa kokonaisvaltaisesti iäkkäiden hyvinvointia ja terveyttä. Tehostettu neuvonta tarkoittaa osallistumista liikunta- ja muistiharjoitteluun, tukea sydän- ja verenkiertosairauksien riskin hallintaan sekä ravitsemusohjausta. (Ngandu ym. 2015.)

Tutkimustulosten mukaan fyysiset aktiviteetit, musiikin kuuntelu, oikea ruokavalio esim. Välimeren ruokavalion noudattaminen tai ristisanatehtävien ratkaiseminen eli ei-lääkkeettömät hoidot voivat viivästyttää kognitiivista heikkenemistä. Paras hyöty saavutetaan, jos nämä ovat säännöllisiä, toistuvat useita kertoja viikossa ja mitä useampaa näistä käytetään. (Klimova, Valis & Kuca 2017, 903–910.)

### 2.2.2 Muistioireiden tunnistaminen ja jatkohoito

Joka kolmannella yli 65-vuotiaalla on muistioireita, mutta aina syy ei ole muistisairaus (Muistiliitto www-sivut 2016.) Muistioire tulisi aina selvittää, mikäli se huolestuttaa itseä ja/tai omaisia, läheisiä ja se haittaa toimintakykyä kuten arkiaskareita tai töitä. Muistioire voi ilmentyä eri tavoin kuten sanojen löytämisen, ymmärtämisen ja muistamisen vaikeutena, toistuvina kysymyksinä samoista asioista, ajan ja paikan tunnistamisen vaikeutena, unohteluna, tavaroiden hukkaamisena, uusien asioiden opetteluun vaikeutena ja muistin ongelmien peittelynä tai vähättelynä. (Hallikainen 2014, 33.) Lisäksi muistisairauteen viittavia oireita ovat mielialamuutokset, apaattisuus ja ahdistuneisuus yhdessä lähimuistin heikkenemisen kanssa, epäluuloisuus, pelokkuus, sekavuus ja persoonallisuuden muuttuminen sekä aloitekyvyn heikkeneminen ja vetäytyminen. (Käypä hoito -suositus, Muistisairaudet 2017.)

Muistiongelmiin syy tulee aina selvittää, koska hoito on sitä tehokkaampaa, mitä varhaisemmassa vaiheessa se aloitetaan. (Muistiliitto www-sivut 2017.) Muistioireiden syyt voivat olla hoidolla parannettavissa olevia (esim. masennus, aineenvaihdunnan häiriöt, puutostilat, keskushermostoinfektiot, lääkkeet ja keskushermostomyrkyt), ohimeneviä (esim. epileptinen kohtaus, päihteet, sekavuus ja eräät psykiatriset häiriöt), pysyviä jälkitiloja (esim. aivovamma ja alkoholiin liittyvä aivovaurio) tai eteneviä muistisairauksia. (Käypä hoito -suositus, Muistisairaudet 2017.)

Maailman Alzheimer-raportti 2016 tarkastelee muistisairauteen sairastuneiden eri terveydenhuollon osa-alueilla tehtyjä tutkimuksia ja tulosten mukaan muistisairaat pääsevät heikosti asianmukaiseen hoitoon. Korkean tulotason maissa noin 50 % muistisairauteen sairastuneista saa diagnoosin, alhaisissa ja keskituloisissa maissa diagnosoidaan alle 10 % sairastuneista. (World Alzheimer Report 2016, 6.)

Tutkimusten mukaan Suomessa perusterveydenhuollossa jää tunnistamatta 55 % keskivaikeista ja 67 % lievistä dementiaoireista. Oireiden tunnistamista vaikeuttaa erityisesti muistipotilaan haastatteluun perustuva kartoitus, koska muistiongelmien kokemusta voivat vääristää mielialaongelmat, oireiden tiedostamisen heikkous, muistiongelmien esiintymisen unohtaminen tai sairaudentunnottomuus, joka aiheuttaa ongelmien vähättelyä tai kieltämistä. (Hänninen, Paajanen & Kuikka 2015.)

Muistioireiden havaitseminen ja muistisairauden tunnistamista vaikeuttaa muutosten tapahtuminen hiljakseen ja usein niiden ajatellaan johtuvan ikääntymisestä tai muista syistä kuten kiireestä tai kuormittuneisuudesta. Omassa kodissa arki voi sujua eikä lyhyillä käynneillä olevat välttämättä huomaa oireita. Ikääntyneissä on paljon yksin asuvia ja yksinäisiä, joilla ei ole oireita huomaavia läheisiä. (Uusitalo 2013, 37–38.)

Diagnosoimaton muistipotilas on yhteiskunnalle kaikkein kallein potilas, koska se johtaa hallitsemattomaan sosiaali- ja terveystalouden käyttöön. Tavoitteena on se, että muistioireet tunnistetaan, ohjataan jatkotutkimuksiin, tehdään diagnoosi ja aloitetaan asianmukainen lääke- ja muu hoito jo taudin varhaisessa vaiheessa. (Kansallinen muistiohjelma 2012–2020, 2012, 12–13.) Muistioireisen asiakkaan ensimmäinen yhteydenottoaika on perusterveydenhuollossa, jossa aloitetaan muistioireiden selvittely. (Sormunen & Topo 2008, 28.) Muistihoitaja tekee tavallisimmin tutkimukset ja haastattelut joko vastaanotolla tai kotikäyntinä. (Koivisto 2014, 38.)

Muistitutkimukset ovat laaja kokonaisuus ja perusterveydenhuollossa niihin sisältyvät esitiedot, haastattelu, muistikysely läheiselle, CERAD-tehtäväsarja, toimintakyvyn arviointi, mielialan kartoitus, laboratoriotutkimukset ja EKG. Esitiedoilla tarkoitetaan muistioireiden ja käytösoireiden, sosiaalisten taustatietojen, lääkityksen, ravitsemuksen, painon, käytössä olevien palveluiden ja etuisuuksien selvittelyä. Tutkittavan lisäksi haastatellaan aina hänen läheinen sekä yhdessä että erikseen. (Koivisto 2014,

37.) Potilaan läheiset tekevät usein tarkkoja havaintoja muistioireista ja muistiin liittyvistä ongelmista, joten omaisten täyttämä kyselylomake ja heidän haastattelunsa antavat tärkeää tietoa potilaan muistista. (Hänninen, Paajanen & Kuikka 2015.)

MMSE (Mini-Mental State Examination) on lyhyt muistin ja tiedonkäsittelyn arviointiin tarkoitettu testi. Se on helppokäyttöinen ja nopea, sitä voivat käyttää terveydenhuollon ammattilaiset tai menetelmään käyttöön perehdytetyt terveydenhuollossa toimivat muut henkilöt. Se soveltuu parhaiten ikääntyneiden kognitiivisen toimintakyvyn arviointiin erityisesti etenevien muistisairauksien seurannassa. MMSE-tulokseen vaikuttavat testattavan koulutus, ikä ja testaustilanne. Se ei sovellu muistisairauksien diagnosointiin, mutta sitä voidaan käyttää seulonnassa jatkotutkimuksiin ohjauksen välineenä. Testin kokonaispistemäärä on 30 ja jatkoselvittelyjä tehdään yleensä, jos pisteitä on 24 tai vähemmän, mutta myös korkeammilla pisteillä mikäli tutkittavalla on selkeä muistioire. (Toimia tietokanta [www-sivut](#) 2014.)

CERAD (Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease) -tehtäväsarjaa käytetään kognitiivisen toimintakyvyn arvioinnissa ja seurannassa. Tehtävät arvioivat välitöntä ja viivästettyä muistia, nimeämistä, toiminnan ohjausta ja sujuvuutta. Tehtäväsarjan avulla voidaan havaita varhaisia kognitiivisia muutoksia ja arvioimaan ne, joille jatkotutkimukset ovat aiheellisia tai joille on tarpeen tehdä seurantatutkimus myöhemmin tai ne, joilla muistisairaus ei ole todennäköinen. Cerad-tehtäväsarjaa voivat tehdä terveydenhuollon ammattilaiset (lähinnä psykologit, muistihoitajat, lääkärit), jotka ovat perehtyneet muistihäiriöiden arviointiin. Myös kokenut menetelmän käyttäjän antama perehdytys ja harjoittelu riittävät koulutukseksi. Tehtäväsarjan hinta vuonna 2010 oli noin 104 euroa. (Cerad [www-sivut](#); Toimia tietokanta [www-sivut](#) 2014.)

GDS 15 ja 30 (Geriatric Depression Scale) ovat ikääntyneiden masennusoireiden tunnistamiseen käytettyjä mittareita, joissa on joko 15 tai 30 kysymystä. Kysymykset ovat päteviä masennusoireita tunnistettaessa ja masennuksen jatkotutkimusten tarpeen arvioinnissa. Masennusoireita arvioidaan viimeksi kuluneen viikon ajalta ja kysymyksiin vastataan kyllä tai ei, mittarin käyttö on helppoa ja nopeaa. Mielialan kartoitus on tärkeää erotusdiagnoosinnin ja hoidon kannalta. (Muistiasiantuntijat [www-sivut](#); THL



toimia tietokanta 2011.) Kansainvälisten tutkimusten mukaan muistisairailta henkilöillä on kaksi kertaa todennäköisemmin masennusta kuin henkilöillä, joilla ei ole muistisairautta (Andreasen, Lönnroos & von Euler-Chelpin 2014, 40–44).

Toimintakyvyn arvioinnissa käytetään ADL- ja IADL -kaavakkeita. Päivittäisten perustoimintojen kuten peseytyminen, pukeutuminen ja riisuminen, WC-käynnit, liikkuminen, ruokailu arvioidaan ADL-kaavakkeen (Activities of Daily Living) avulla pisteyttämällä toiminnot avun tarpeen mukaan. Lawtonin ja Brodyn IADL-kaavakkeen (Instrumental Activities of Daily Living) avulla arvioidaan toimintakykyä ja avun tarvetta puhelimen käytössä, kaupassa käynnissä, ruoan valmistuksessa, kodin hoitamisessa ja pyykinpesussa, kodin ulkopuolella liikkumisessa, lääkkeitä ja raha-asioista huolehtimisessa. (Käypä hoito suositus, Muistisairaudet 2017.)

Muistisairauksien lisätutkimukset, diagnoosi ja hoidon aloitus tehdään muistisairaaksi erikoistuneessa hoitopaikassa, yleensä muistipoliklinikalla, jossa toimii moniammatillinen työryhmä. (Koivisto 2014, 40–41.) Perustutkimuksiin kuuluu lisäksi aivojen kuvantaminen. Lisätutkimuksia ja muiden erikoisalojen erityisosaamista käytetään tarvittaessa (Käypä hoito -suositus, muistisairaudet 2017.)

Mitä varhaisemmassa vaiheessa sairaus havaitaan, sitä paremmin hoidolla ja kuntoutuksella voidaan vaikuttaa sairauden etenemiseen. Muistisairautta ei voi parantaa tai pysäyttää kokonaan, mutta sairauden etenemistä voidaan hidastaa ja siten vaikuttaa toimintakyvyn ja elämänlaadun ylläpitämiseen. Muistisairauksien hoito sisältää lääkkeellisen ja lääkkeettömän hoidon, jotka molemmat ovat vähintään yhtä tärkeitä. (Muistiliitto www-sivut 2017.)

Lääkehoidolla pyritään lievässä vaiheessa tilan vakiinnuttamiseen ja hidastamaan oireiden etenemistä, keskivaikeassa vaiheessa säilyttämään tai parantamaan omatoimisuutta ja arkitoimien sujuvuutta sekä vaikeassa vaiheessa säilyttämään omatoimisuutta ja helpottamaan käytösoireiden hoitoa. Muistisairauslääkkeitä ovat asetyylikoliinesterasaasin estäjät (AKE-estäjät) donepetsiili, galantamiini ja rivastigmiini sekä memantiini, jota voidaan käyttää yhdessä AKE-estäjien kanssa. Lääkityksellä on mahdollista vaikuttaa erityisesti Alzheimerin taudin etenemiseen ja tutkimusten mukaan varhain

aloitettu lääkitys voi siirtää laitoshoidon siirtymistä 8–12 kuukaudella. Kaikilla lääkkeillä on sivuvaikutuksia ja muistilääkkeiden yleisimmät sivuvaikutukset ovat vatsavaivat kuten ripuli ja pahoinvointi. Sivuvaikutukset usein vähenevät ajan myötä, mutta hidaskäyttö ja lääkkeen ottaminen ruokailun yhteydessä voivat lievittää niitä. Muistilääkkeet vaikuttavat yleensä virkistävästi, mutta joskus sivuvaikutuksena on levottomuus ja kiihtyneisyys. Muistisairauksien lääkehoidossa arvioidaan mm. lääkityksen hoitovastetta, vasta-aiheita, lääkkeiden yhteisvaikutuksia ja sivuvaikutuksia sekä hoidon toteutumista käytännössä. Muistisairaudesta edetessä tarvitaan usein muiden tukea (omaiset, läheiset, kotihoito) turvallisen lääkehoidon toteutumiseen. (Käypä hoito-suositus, muistisairaudet 2017; Muistiliitto www-sivut 2017.)

Lääkkeiden hoito tarkoittaa toimintakyvyn ja omatoimisuuden säilyttämisen tukemista, hyvinvoinnista huolehtimista monipuolisen ja riittävän ravitsemuksen, tasapainoisen liikunnan ja levon, hyvän hygienian avulla ja perusteetonta rajoittamista välttämällä. Mielekäs tekeminen, turvallinen ympäristö, musiikki ja taide voivat tukea sairastuneen ja hänen läheisten elämänlaatua. (Muistiliitto www-sivut 2017.)

### 2.2.3 Käyttöoireet ja muita hoidon haasteita

Kaikissa etenevissä muistisairauksissa esiintyy käyttöoireita ja noin 90 % muistipotilaista kärsii niistä jossakin sairauden vaiheessa. Käyttöoireilla tarkoitetaan muistipotilaan haitallisia psykologisia oireita sekä käyttäytymisen muutoksia. Tavallisimpia käyttöoireita dementiapotilailla ovat masennus, apatia, levottomuus, ahdistuneisuus, ajoittainen aggressiivisuus, psykoottiset oireet, persoonallisuuden muuttuminen, univälerytmin muuttuminen, seksuaaliset käyttöoireet ja syömishäiriöt. Käyttöoireet ovat tavallisin syy siirtymiselle laitoshoidon, koska ne kuormittavat omaisia ja hoitajia eniten. Käyttöoireiden kehittymiseen vaikuttavat potilaan persoonallisuus, suhteet omaisiin ja hoitajiin, lääkitys ja muu terveydentila sekä fyysinen hoitoympäristö. (Vataja & Koponen 2015.)

Käyttöoireista käytetään kansainvälisessä kirjallisuudessa nimitystä tarpeiden kohtamattomuudesta johtuva käyttäytyminen (unmet need's behaviour). Tutkimusten mukaan muistisairaudesta tarpeet poikkeavat omaisten ja hoitajien tarpeista, jolloin ristiriita

tarpeisiin vastaamisessa aiheuttaa normitonta käyttäytymistä, nk. käytösoireita. Kansainvälisen CANE (The Camberwell Assessment of Need for the Elderly) -tutkimuksen mukaan muistisairaat kokivat yleisimmäksi kohtaamattomaksi tarpeeksi ”psykologisen ahdistuksen”, jolla tarkoitetaan sairastumisen aiheuttamia negatiivisia tunteita kuten viha, suru, yksinäisyys, sekavuus ja huolestuneisuus (Miranda-Castillo, Woods & Orrell 2013, 43). Psykososiaalisten tarpeiden (psykkiseen hätään saatu tuki, tiedon ja seuran tarve) lisäksi arkisten aktiviteettien tarve jää vastaamatta sekä kotona että pitkäaikaishoidossa asuvien muistisairaiden keskuudessa. Tarpeiden ymmärrystä auttaa tunneherkkyys, halu kuulla muistisairaahan ihmisen viestejä, persoonan ja elämäntunteminen sekä kohtaaminen ensisijaisesti ihmisenä. (Eloniemi-Sulkava 2016, 10–12.)

Kotona asumisen päättymiseen ja laitoshoidon siirtymiseen vaikuttavat yleensä monet tekijät samanaikaisesti ja moniulotteisesti. Ympäri vuorokautiseen hoitoon siirtymistä ennakoivia vaaratekijöitä ovat hoidettavaan liittyvät (mm. yksin asuminen, käytösoireet, kävelyvaikeus, päivittäisen toimintakyvyn vaikeudet), omaishoitajaan liittyvät (kuormittuneisuuden ja hoidon sitovuuden kokemukset, oman terveydentilan ongelmat), psykososiaaliset (parisuhteen huono laatu, perheenjäsenten huonot keskinäiset välit) ja hoito- ja palvelujärjestelmään (riittämättömät palvelut, epäonnistunut lyhytaikaishoito, järjestelmän byrokraattisuus ja joustamattomuus) liittyvät tekijät. (Eloniemi-Sulkava, Juva & Mäkelä 2015.)

Ympäri vuorokautisen hoidon asiakkaista suurimmalla osalla on muistisairaus. Vähintään keskivaikea muistisairaus on 69 % tehostetun palveluasumisen, 74 % vanhainkotien ja 80 % terveyskeskusten pitkäaikaissosastolla hoidettavista. Henkilökunnan osaaminen ja arvot turvaavat muistisairaahan hyvän elämän- ja kuolemanlaadun. Muistisairaahan ihmisen toimintakykyä ja jäljellä olevia voimavaroja tulee osata tunnistaa ja tukea niiden tavoitteelliseen käyttöön huomioimalla myös hänen omat tapansa, toiveensa ja halunsa. Muistisairauden loppuvaiheessa palliatiivinen ja saattohoito ovat osa kokonaisvaltaista hoitoa. Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2010 antamien saattohoitosuosituksen mukaan saattohoitoa on annettava siellä, missä henkilö on ollut hoidossa esim. vanhainkodissa. (Käypä hoito -suositus, Muistisairaudet 2017.)

#### 2.2.4 Muistisairaahan hyvinvointiin ja hoitoon liittyvät erityispiirteet

Muistisairaahan hyvän hoidon edellytyksenä on osaava ja ammattitaitoinen henkilökunta. Eettisesti kestävä kokonaisvaltaisen hoidon mahdollistaa ammattihenkilöstön tiedot, taidot ja asenteet. Palvelujärjestelmän kaikilla tasoilla toimivien tulisi edistää aivoterveyttä, tunnistaa muistioireet ja ohjata muistioireiset jatkotutkimuksiin suositusten mukaisesti. Muistisairaahan ja hänen läheisensä kohtaamisessa korostuvat arvostus, muistisairaahan identiteetin ja elämänlaadun tukeminen. Ammatillisilla edellytetään olevan riittävää osaamista muistisairauden mukanaan tuomien muutosten huomioon ottamiseen, käytösoireiden ennakointiin ja hallitsemiseen sekä muistisairaahan toimintakyvyn tukemiseen sairauden eri vaiheissa. (Kansallinen muistiohjelma 2012–2020, 2012, 16.)

Muistisairaahan nykyisessä hoitojärjestelmässä on paljon hyvin toimivaa, mutta paljon on vielä kehitettävää. Kunnat ovat vastuussa sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä, mutta tällä hetkellä on mm. on puutteita muistisairauksien varhaisen vaiheen diagnoosiin tarvittavista tutkimuksista ja kotihoidon henkilöstön huonosta saatavuudesta tai liian vähäisestä määrästä. Ennaltaehkäisevää ja kuntouttavaa hoitoa tulisi kehittää, koska se on sekä inhimillistä että taloudellista. Hyvä, oikea-aikainen, ennaltaehkäisevä ja kuntouttava hoito sekä riittävä tuki ja oikein mitoitettut palvelut mahdollistavat kotona asumisen mahdollisimman pitkään. Muistisairaahan hyvä hoito edellyttää käytännön toiminnan kehittämistä ja erityisesti moniammatillisen työryhmän avulla voidaan edistää ja tukea sekä sairastuneen että hänen läheisen kokonaisvaltaista hyvinvointia. Muistisairaahan hoitoryhmän muodostavat sairastuneen ja hänen läheisen lisäksi moniammatillinen työryhmä, johon kuuluvat mm. hoitava lääkäri, konsultoiva erikoislääkäri, muistihoitaja, muistikoordinaattori, ravitsemusterapeutti, psykologi, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, kotihoidon asiantuntijat ja hoitajat, hoitopaikan hoitavat henkilöt. Hoitoketjussa voi olla mm. kolmannen sektorin toimijoita ja vapaaehtoistyöntekijöitä. (Hallikainen & Nukari 2014, 21–24.) Porin perusturvassa näiden lisäksi moniammatilliseen työryhmään kuuluvat mm. palveluohjaajat, jotka tekevät palvelutarpeen arviointeja, hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä sekä omaishoitoon liittyvää ohjausta ja päätöksentekoa.

Muistisairaat ovat erityisen haavoittuva ryhmä, koska heillä tapahtuu kognitiivisten kykyjen heikkenemisen lisäksi muutoksia vuorovaikutuksessa ja ihmissuhteissa. Muistisairaus heikentää toimintakykyä, itsenäisyyttä ja itsemääräämistä. Muistisairaahan kohtaamisessa haavoittuvuuden ja sen yksilöllisen merkityksen ymmärtäminen ovat haastavia hoitajille. Muistisairauden alkaessa sairastunut tarvitsee ohjausta arjen toiminnoissa, mutta sairauden edetessä yhä enemmän säännöllistä tukea ja vähitellen jatkuvaa apua. Toimintakyvyn heikkeneminen, luopuminen itselle merkityksellisistä asioista, muutokset sosiaalisissa suhteissa ja vaikeus toteuttaa totuttuja aktiviteetteja vaikuttavat sairastuneen minäkuvaan ja kokemukseen elämän mielekkyydestä. (Sarvimäki, Heimonen & Mäki-Petäjä-Leinonen 2010, 67–75.)

Suomessa tehtyjen tutkimusten mukaan noin puolet 75 vuotta täyttäneistä ihmisistä kokee itsensä yksinäiseksi. Mitä iäkkäämmäksi ihminen elää, sitä todennäköisemmin hänen läheltään häviävät merkitykselliset ihmiset kuten puoliso tai elämänkumppani, sisarukset ja ystävät. Vanhimmissa ikäluokissa myös yksin asuminen on yleisempää ja kontakteja saman ikäisiin on harvemmin. (Sarvimäki, Heimonen & Mäki-Petäjä-Leinonen 2010, 41.) Suomalainen yhteiskunta tarjoaa monipuolista toimintaa kaikenikäisille ja lisäksi seurakunnat, eläkeläisjärjestöt ym. järjestävät toimintaa. Iän myötä sekä liikkumis- ja muistiongelmiin vuoksi osallistuminen usein vähenee, mutta iäkkäitä kannattaa aktivoida toimintaan mukaan. (Uusitalo 2013, 40.) Aivoja aktivoiva sosiaalinen kanssakäyminen, ystävyysuhteiden ylläpito, sosiaalisiin suhteisiin liittyvät harrastukset piristävät mieltä ja edistävät aivoterveyttä. (Muistiliitto [www-sivut](http://www.muistiliitto.fi) 2016.)

Tärkeää on muistisairaahan voimavaralähtöinen kohtaaminen (jäljellä olevan toimintakyvyn ja voimavarojen tavoittaminen) sekä yksilöllisyyden huomioon ottaminen (identiteetin tukeminen, elämäntarinan tunteminen, tapojen ja tottumusten huomiointi). Muistisairaahan ihmisen elämän mielekkyyttä voidaan tukea hoitoympäristön hyväksyvällä ja lämpimällä ilmapiirillä, jossa muistisairas voi tuntea itsensä toimijaksi, tuntea luottamusta ja kokea toivoa. (Sarvimäki, Heimonen & Mäki-Petäjä-Leinonen 2010, 83–85.) Sosiaalisella ympäristöllä on tutkimusten mukaan yhteys muistisairaahan ihmisen elämänlaatuun. Yhteydet perheeseen ja muihin läheisiin sekä laitoshoidossa muihin asukkaisiin ovat tärkeitä ja edistävät elämänlaatua. (Holopainen & Siltanen 2015, 10.)

Sairauden eri vaiheissa sairastunut ja hänen omaisensa tarvitsevat monipuolista tiedollista, sosiaalista hyvinvointia edistävää ja kotona asumista turvaavaa tukea. Muistisairaana omaisena eläminen on vaativaa, koska muistisairaus vaikuttaa omaisen elämässä vastuun jakamiseen, vapaa-aikaan, tulevaisuuden suunnitelmiin, perheen sisäisiin rooleihin ja kumppanuuteen. Omaisen jaksamista heikentäviä asioita ovat hoitamisen sitovuus, kuormitus, jatkuva varuillaan olo, unen ja levon puute, taloudelliset huolet, vuorovaikutussuhteen ongelmat sekä ristiriidat perheen sisällä sekä palvelujärjestelmässä. Omaishoitajuus voi olla myös palkitsevaa, jaksamiseen vaikuttaa paljon käytössä olevat selviytymisstrategiat ja kokemus omaishoitajuudesta. (Sarvimäki, Heimonen & Mäki-Petäjä-Leinonen 2010, 78–80.)

### 2.3 Verkostot ja moniammatillisuus

Erilaisia ja eriasteisia verkostoja on ollut niin kauan kuin on ollut ihmisiä (Hakanen, Heinonen & Sipilä 2007, 9–11.) Ihmiset kuuluvat erilaisiin sosiaalisiin suhdekokonaisuuksiin sekä yksilöinä että työyhteisöjen jäseninä. Verkosto-käsitteen luoja pidetään John Barnesia, joka 1950-luvulla tutkimuksissaan loi verkostokäsitteen. Verkostotyö-nimike vakiintui käyttöön 1970-luvulla, mutta verkoston systemaattinen jäsentäminen ja tutkiminen nostettiin vasta 2000-luvulla esiin. (Seikkula & Arnkil 2011, 12.) Yhteiskunta muuttuu myös nopeasti ja tällä hetkellä ollaan siirtymässä tietoyhteiskunnasta verkostoyhteiskuntaan, jossa verkottuminen on mahdollista kenelle tahansa, missä tahansa ja minkä välityksellä tahansa (Sydänmaanlakka 2009, 13–14.)

Verkostoituminen ja yhteistyöhalukkuus ovat maailmanlaajuinen kehitystrendi nykyään. Verkostotoimintaa voidaan tarkastella useiden eri lähestymistapojen ja näkökulmien kautta, mutta ilmiön hallinta, kehittäminen ja johtaminen vaativat monitieteellisen lähestymistavan. (Hakanen, Heinonen & Sipilä 2007, 9–11.) Verkostot voivat olla tietoisesti rakennettuja tai vapaasti kehittyviä ja ne voidaan jaotella niiden tavoitteiden mukaan joko tuotanto- tai kehittämisverkostoihin. Verkosto on toimiva silloin, kun se vastaa toimijoiden tarpeisiin. Toimivuuden edellytyksenä ovat keskinäinen luottamus ja sitoutuminen sekä ihmisten että organisaatioiden ja sen eri yksiköiden välillä. Luottamus rakentuu pitkäjänteisen ja toistuvan yhteistyön kautta, joten sen muodostumiseksi pitää antaa kaikille osapuolille tarpeeksi aikaa. Luottamus ja sitoutuminen

ovat edellytyksenä avoimelle keskustelulle ja tiedonvälitykselle, mikä puolestaan on kaiken kehittämistoiminnan lähtökohta. Verkosto toimii parhaiten, jos sillä on johdon antama mahdollisuus tehdä itsenäisiä päätöksiä yhdessä kaikkien kesken sekä suunnitella ja päättää verkoston toimintamuodoista. Verkoston toiminnasta vastaavan tulisi mahdollisimman pitkään välttää tekemästä päätöksiä verkoston puolesta, koska paras osaaminen ja keinot haasteiden ratkaisemiseen löytyvät verkostolta itseltään. (Verkostojohtamisen opas 2010, 12–18.)

Verkostoituminen voidaan kuvata prosessina, jonka muodostavat verkoston haasteen kartoittaminen ja verkoston koollekutsuminen, yhteisen tavoitteen määrittely ja toimintatapojen suunnittelu, systemaattinen verkostotyöskentely tavoitteiden saavuttamiseksi ja seuraamiseksi sekä verkoston tuotosten levittäminen. (Verkostojohtamisen opas 2010, 3.)

Monialaisuudella tarkoitetaan yleensä eri koulutustaustan omaavien yhteistyöhön ja moniammatillisuudella tarkoitetaan saman koulutustaustan, mutta eri ammattiryhmien väliseen yhteistyöhön. (Helminen 2017, 17–18.) Moniammatillisen työn kehittäminen vaatii työntekijöiltä uudenlaista asennoitumista ja osaamista, mutta myös johtamiselta vaaditaan uudenlaista, yhteen sovittavaa tapaa. Moniammatillisessa työryhmässä olennaista on työntekijöiden osaamisen hyödyntäminen ja käyttöönotto. (Lindholm & Vogt 2017, 260.) Sosiaali- ja terveystieteiden toimijoiden välinen moniammatillinen ja monialainen yhteistyö edellyttää toimijoiden välistä vuorovaikutusta, kumppanuuteen sitoutumista ja tahtoa sekä ymmärrystä toimijoiden keskinäisistä riippuvuuksista kuten asiakkaan ongelmien ratkaisusta. (Helminen 2017, 17.)

Ikääntyneen, geriatrisen potilaan hoito on haastavaa monisairastavuuden, oireiden epäselvyyden ja erityisesti kognitiivisten tekijöiden merkittävästä vaikutuksesta hoidon onnistumiseen. Ikääntyneillä myös sosiaaliset ja henkilökohtaiset tekijät usein ohjaavat tavoitteita ja itsenäistä elämää. Geriatristen potilaiden hoidossa korostuu tiimityöskentely. Hyvin toimiva tiimi on monialainen eli jokaisen tiimin jäsenen työ liittyy toisen tiimin jäsenen työhön ja eri ammattihenkilöiden työnkuva tunnetaan, arvostetaan ja kunnioitetaan toisen ammattitaitoa sekä toimitaan joustavasti. (Snaedal 2010, 379–380.)

Tutkimustulosten mukaan verkostotoiminnalla on vaikutusta sosiaalisiin (esim. arvo-keskustelu, vuorovaikutus) ja rakenteellisiin (esim. vastuualueiden ja työprosessien selkiytyminen) seikkoihin. Verkostot edistävät yksilöiden, tiimien ja organisaatioiden oppimista. Konstruktivistisen näkemyksen mukaan työssäoppiminen on yksilöiden ja yhteisön välinen suhde, joka liittyy osallisuuteen ja työyhteisöissä toimimiseen. Ryhmässä tapahtuva luovuus ja innovointi tuottavat paljon enemmän kuin mitä yksittäinen jäsen saisi yksin aikaan. Parhaiten luovuus tulee esiin yhteistoimintana, jossa keskustelun kautta yhteisen tehtävän tai haasteen ympärille kokoontuneet yksiköt saavat toisiltaan inspiraatioita ja vaikutteita. Luovuutta tukevia tekijöitä ovat mm. luottamus, ryhmän jäsenten samankaltainen osaaminen ja tietopohja, ryhmän jäsenten tasavertaisuus, yhteiset tavoitteet ja positiivinen vuorovaikutus. (Colin, Paloniemi, Rasku-Puttonen & Tynjälä 2010, 19, 218–220.)

Yrjö Engeströmin ekspansiiviseen oppimiseen ja kehittävään työntutkimukseen perustuvassa mallissa toimintaa kehitetään yhdessä eri toimijoiden kanssa prosessimaisesti. Kehittävä työntutkimus ei tuota valmiita malleja työpaikoille, vaan osallistaa työntekijät analysoimaan ja muuttamaan omaa työtään. Ekspansiivisen oppimisen tunnuspiirteitä ovat oppimisprosessin kollektiivisuus, pitkäkestoisuus, oppimisen kohteena oleva kokonainen toimintajärjestelmä ja se laadullinen muutos. Ekspansiivinen oppiminen on monivaiheinen prosessi, joka johtaa työyhteisöjen ja toimintajärjestelmien muuttumiseen. Työyhteisöissä esiintyy monenlaisia oppimisprosesseja ja eri yksilöt ja ryhmät kokevat oppimissyklin eri tavoin. Ekspansiivinen oppimissyklin tarkoitus on kyseenalaistaa ja hahmottaa uudelleen toiminnan tavoitteita ja perusteita. Tähän liittyy työyhteisöjen jäsenten totuttujen toimenkuvien rajojen ylittämistä sekä uudenlaista sektori- ja ammattirajat rikkovaa yhteistyösuhteiden ja vuorovaikutteisen asiantuntijuuden kokonaisuuksien muodostuminen. Ekspansiiviselle oppimissyklille on tyypillistä muutoksen sosiaalinen perusta, joka alkuvaiheessa koskee pientä määrää työyhteisön jäseniä, mutta toiminnan soveltamis- ja vakiinnuttamisvaiheessa koskee yhä useampia ja lopulta kaikkia työyhteisön jäseniä. (Engeström 1998, 11–12, 87–99.)

Tulevaisuudessa parhaiten menestyvät ne organisaatiot ja yritykset, joilla on verkostokyvykkyyttä. Verkostokyvykkyydellä tarkoitetaan teknistä ja sosiaalista kykyä luoda, johtaa ja kehittää organisaatioverkkoja ja -suhteita. (Hakanen, Heinonen & Sipilä 2007, 279.)



## 2.4 Aikaisempia muistiyhdyshenkilöverkoston liittyviä tutkimuksia

Aiheesta tehtyjä aikaisempia tutkimuksia etsittiin kirjallisuuskatsauksen avulla. Kirjallisuuskatsaukset ovat koottua tietoa joltakin rajatulta alueelta ja yleensä katsauksessa haetaan vastausta johonkin kysymykseen, tutkimusongelmaan. (Leino-Kilpi 2007, 2). Kirjallisuuskatsauksessa kirjallista lähdeaineistoa ovat tieteelliset tutkimukset kuten väitöskirjat, kirjallisuus ja ammattikirjallisuus, tieteelliset artikkelit ja lehdet. (Salminen 2011, 31.)

Liitteessä yksi (LIITE 1) kuvataan kartoitettavaa tietokantahakua ja liite kaksi (LIITE 2) sisältää yhteenvedon tähän kehittämistehtävään soveltuvista lähteistä. Suomalaisia ja kansainvälisiä julkaisuja muistisairauksista ja niiden hoidosta löytyi paljon, mutta verkosto-käsitteeseen liittyvä aiherajaus vähensi merkittävästi tuloksia. Muistiyhdyshenkilöverkostoista tehtyjä tutkimuksia oli vähän löydettävissä, mutta ammattikorkeakouluissa oli tehty aiheeseen liittyviä opinnäytetöitä sekä ammattilehdistä löytyi artikkeleja ja julkaisuja.

Muistihoitaja- ja muistiyhdyshenkilöverkoston toimivuutta, vaikuttavuutta ja kehittämistarpeita on arvioitu Tarja Lindvallin ja Ninan Suman sosiaali-alan koulutusohjelmassa tehdyssä opinnäytetyössä (AMK). Opinnäytetyön toimeksiantajana oli Varsinais-Suomen Muistiluotsi-hanke ja kohderyhmänä olivat tämän hankkeen muistihoitaja- ja muistiyhdyshenkilöverkoston 62 jäsentä, joista 25 vastasi kyselyyn. Vastanneet olivat tyytyväisiä verkoston toimintaan ja se koettiin erityisesti ammatillisuutta vahvistavana vuorovaikutuskanavana. Verkostossa toimivat saivat vertaistukea, välineitä omaan työhön ja he lisäsivät tiedonvälistystä omiin työyksiköihin. (Lindvall & Suma 2010, 6–60.)

Jaana Kariojan ja Jenni Koskisen hoitotyön koulutusohjelmassa tehdyssä opinnäytetyössä (AMK) kartoitettiin muistihoitajien osaamista ja kehittämistarpeita ennaltaehkäisevässä työssä. Opinnäytetyössä haastateltiin muistihoitajia ja heidän näkemyksen mukaan ennaltaehkäisevän muistihoitotyön kehittyminen edellyttää muistiosaajien lisäämistä ja muistiasian näkyväksi tekemistä. Tärkeinä pidettiin myös muistiasiakkaiden ohjausta, aktiivista kuntouttamista, omaisten tukemista ja erilaisten ryhmätoimin-

tojen kehittämistä. Muistipotilaiden hoitoketju ja nimetyt yhteistyötahot ovat osa kokonaisvaltaista, vastuullista hoitoa ja palkitsee asiakkaan ja hänen läheisensä lisäksi myös hoitajan. Muistihoitajat pitivät eri ammattilaisten muodostamia yhteistyöverkostoja tarpeellisina. (Karioja & Koskinen 2012, 3–35.)

Katarina Sandströmin hoitotyön (AMK) koulutusohjelman opinnäytetyössä ”Muistihoitajien kokemuksia verkostoitumisesta muistisairaahan potilaan hoitoketjussa” saatujen tutkimustulosten mukaan verkostoituminen koetaan monin tavoin hyödyllisenä. Verkostoituminen lisäsi ammatillista yhteenkuuluvuutta ja teki yhteistyöstä sujuvaa, yhtenäisti hoitokäytäntöjä, mahdollisti vertaistuen ja lisäsi tiedon määrää. Verkostokokoukset toimivat työnohjauksellisena dialogina, koska niissä voi jakaa ajatuksia ja asiantuntijuutta. Kehittämisehdotuksina oli mm. koulutuksen lisääminen, työpajatyöskentely ja useammin järjestetyt verkostotapaamiset, mutta osa vastanneista oli tyytyväisiä nykyiseen toimintaan. (Sandström 2012, 4–45.)

Maire Forstenin hyvinvointiteknologian koulutusohjelman (ylempi AMK) opinnäytetyössä ”Muistihäiriöiden varhaisen tunnistamisen kehittäminen” kartoitettiin kotihoidon työntekijöiden toimintatapoja ja tekijöitä, jotka viivästyttivät tai estivät hoitoon pääsyä. Opinnäytetyössä korostettiin muistisairauden varhaisen tunnistamisen vaikuttavuutta sekä kotihoidon suurta merkitystä iäkkäiden muistihäiriöiden tunnistamisessa ja hoitoon ohjauksessa. Tutkimusaineisto osoitti, että kotihoidossa muistihäiriöitä potevan hoito- ja palvelujärjestelmässä on puutteita eikä asiakaslähtöisyys aina toteudu. Muistitutkimusten viivästyminen tai estymisen syitä olivat mm. tehtäväkeskeinen toiminta, vuorovaikutustaitojen tai havaintokyvyn puutteellisuus, hoitajien asenne ja tiedon puutteen. Kotihoidon työntekijöiden osaaminen vaihteli ja koulutusarvetta ilmeni erityisesti muistisairauksien kokonaisvaltaisessa hoidossa, kuntoutuksessa ja lääkkeettömässä hoidossa. Yhteistyö koettiin tärkeänä, mutta moniammatillisen yhteistyön lisäämistä toivottiin. (Forsten 2013, 3–29.)

Päivi Karvasen vanhustyön koulutusohjelmassa tekemässä opinnäytetyössä (AMK) ”Muistisairaahan hoitopolku Pohjois-Satakunnan peruspalvelukuntayhtymässä -kuvasta, arviointia ja kehittämissuunnitelma” kuvataan muistipotilaan katkeamattomaan hoitopolun toteutumista. Keskeisiä asioita ovat mm. muistisairauksien ennaltaehkäisy, lääkkeettömät hoidot, osaava suhteutuminen haasteelliseen käyttäytymiseen

sekä tieto muistisairaana oikeuksista ja hyvästä hoidosta. Alueella toimii muistikoordinaattori ja muistivastaavia on eri toimintapisteissä, suurin osa heistä on palvelukohteissa ja kotihoidossa. Muistivastaavan työnkuvassa korostuu vastuunottaminen oman alueen muistisairaasta ja hänen läheisistään, jotta muistisairauden eteneminen ja muutokset hoidossa ja palvelutarpeessa voidaan huomioida mahdollisimman kattavasti. Muistikoordinaattori on näiden asiakkaiden kohdalla lähinnä muistivastaavien konsulttija, jotta hänelle jää enemmän aikaa avosairaanhoidon asiakkaiden ja läheisten tukemiseen. (Karvanen 2016, 43.)

”Käytäntöjä ja toimintamalleja muistisairaana hoitopolun varrelta” on tiivistelmä haastatteluista, joissa kartoitettiin muistisairaana hoidon järjestelyjä 15 eri kaupungissa Suomessa. Haastattelujen avulla selvitettiin mm. minkälaisia käytäntöjä on muistisairauksien toteamiseksi mahdollisimman varhain, kenen vastuulla on muistisairaana seuranta ja kotona asumisen tukeminen, minkälaisia tukimuotoja on muistiasiakkaan kotona asumisen tueksi, minkälaista yhteistyötä muistihoitaja/muistikoordinaattori ja kotihoito tekevät. Vastauksissa tulee esiin erityisesti hoitopolkujen erilaisuus eri kaupungeissa sekä vaihtelut muistihoitajien ja muistikoordinaattorien määrissä, toimenkuvissa ja työnjaossa. (Käytäntöjä ja toimintamalleja muistisairaana hoitopolun varrelta 10.3.2014.)

Kirja ”Muistikoordinaattorin työ pintaa syvemältä” on tehty Muistikoordinaattorin työn vaatimukset ja voimavaratekijät -hankkeessa, joka toteutettiin Suomen muistiasiantuntijat ry:n ja Työterveyslaitoksen yhteistyönä. Kirjan tarkoituksena oli selkeyttää muistikoordinaattoreiden työnkuvaa sekä vahvistaa muistikoordinaattoreiden verkostoitumista. Kirjassa keskityttiin kolmeen muistikoordinaattoreiden työn haasteeseen, jotka liittyivät eettisyyteen, yksintyöskentelyyn ja monien odotusten ristipaineessa työskentelyyn. Muistikoordinaattorin työn hallintaa edistävät selkeä hoitopolku, vastuutahojen määrittely ja mahdollisuus työn delegointiin. Verkostoituminen samantyyppistä työtä tekevien kanssa koettiin tärkeäksi, koska yksintyöskentely vaikeuttaa reflektiota ja toisilta oppimista. Vertaisuudesta koettiin olevan hyötyä kokemuksellisen tiedon jakamisessa, käytännön ongelmien ratkaisemisessa ja ymmärretyksi tulemisessa. (Virta 2013, 4–48.)

Kirjallisuuskatsauksen yhteenvetona voidaan todeta, että ammatillinen verkostoituminen koetaan hyödylliseksi ja tarpeelliseksi. Verkostoista saatiin vertaistukea, opittiin toisilta ja jaettiin omaa osaamista, oma ammatillisuus vahvistui, työtä voitiin delegoida verkostojen avulla ja käytäntöjä saatiin yhtenäistettyä. Kaikissa julkaisuissa tuli esiin koulutuksen tarve ja lisää tietoa tarvitaan erityisesti muistisairauksien tunnistamiseen, kaikenlaiseen muistiosaamiseen ja toiminnan kehittämiseen. Toimiva hoitopolku on edellytys laadukkaalle toiminnalle. Muistisairaiden hoito on vaativaa ja työntekijöiden jaksamista, työhyvinvointia ja työssä viihtymistä voidaan parantaa verkostoitumisen avulla.

### 3 TOIMINTAYMPÄRISTÖNÄ PORIN PERUSTURVAN POHJOINEN ALUE

Porin perusturvan toiminta-ajatuksena on tukea ja edistää asukkaiden hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta. Toiminta pohjautuu alueelliseen ja moniammatilliseen yhteistyöhön. Porin perusturvakeskuksen yhteistoiminta-alueen kunnat ovat Pori, Merikarvia ja Ulvila. Yhteistoiminta-alueella on yhteensä noin 102 000 asukasta ja alueet on jaettu pohjoiseen, itäiseen ja läntiseen alueeseen. Porin perusturvakeskuksen palvelualueet ovat terveys- ja sairaalapalvelut, sosiaali- ja perhepalvelut sekä vanhuspalvelut. (Toimintakertomus 2016, 5.)

Vanhuspalvelut sisältävät kotihoitopalvelut, ympärivuorokautisen hoidon (tehostettu palveluasuminen, vanhainkodit ja pitkäaikaishoito) ja keskitetyt palvelut (mm. Ikäpiste, vapaaehtoistyön koordinointi, muistihoitajat, SAS-toimisto ja päivätoiminnan koordinointi). Kotihoitopalvelut tuottavat asiakkaiden tarpeista lähteviä palveluita, joiden tarkoituksena on tukea kotona selviytymistä ja hyvinvointia. Ympärivuorokautisessa hoidossa järjestetään hoitoa ja hoivaa niille vanhuksille ja pitkäaikaissairaille, joiden kotona asuminen ei käytettävissä olevien palveluiden turvin ole mahdollista. Vanhuspalveluiden henkilöstömäärä vuonna 2016 oli 903. Vanhuspalveluita johtaa keskitetysti vanhuspalveluiden johtaja ja palveluiden toteuttamisesta vastaavat vanhuspalveluiden päälliköt ja esimiehet. (Toimintakertomus 2016, 5–8, 20.)

Vanhuspalveluiden toimintaa ohjaavat Porin perusturvakeskuksen Vanhuspalveluiden suunnitelma vuoteen 2020 ja Porin perusturvan Pohjoisen alueen vanhuspalveluihin laadittu toimintasuunnitelma. Opinnäytetyön tekeminen alkoi syksyllä 2016 ja silloin Pohjoisen alueen kotihoidon tiimit olivat Noormarkun, Merikarvian, Pohjois-Porin ja Porkan, Viikkarin, Länsi-Puiston ja Pohjois-Puiston tiimit. Alueella toimivia Perusturvan omia ympärivuorokautisen hoidon yksiköitä olivat Kiilarinteen palveluasunnot Merikarvialla (60 paikkaa, joista 2 lyhytaikaispaikka), Noormarkussa Mäntylinnan vanhainkoti (31 paikkaa), Mäntylinnan palveluasunnot (9 paikkaa), Palvelukoti Snällintupa (24 paikkaa) ja Noormarkun lähipalvelukeskuksen osasto, jossa oli vanhuspalveluiden käytössä 28 paikkaa, joista 19 oli lyhytaikaispaikkoja.

Porin perusturvassa muistipotilaan hoitopolku on laadittu vuosina 2014–2015 ja päivitetty 25.1.2016. Muistipotilaan hoitopolun vaiheet ovat ennaltaehkäisy keski-ikästä alkaen, varhainen tunnistaminen, diagnoosi ja kuntouttava suunnitelma sekä seuranta. Hoitopolkuun sisältyy myös muistisairaana hyvä kuolema. 65 vuotta täyttäneillä muistihäiriöiden seulonta ja perustutkimukset tapahtuvat perusterveydenhuollossa muistihoitajien ja terveyskeskuslääkäreiden vastaanotoilla. Potilas ohjataan oman lähipalvelukeskuksen muistihoitajalle muistiselvityksiin, kun herää epäily muistisairaudesta. Ajan voi varata esim. asiakas itse, omainen/läheinen tai työntekijä. Mikäli muistihoitajalla herää epäily muistisairaudesta testien ja selvitysten perusteella, ohjaa hän potilaan verikokeisiin ja tekee lähetteen geriatrian poliklinikalle. Muistihoitaja ohjaa potilaan terveyskeskuslääkärille, jos herää epäily masennuksesta, laboratorioarvo on poikkeava tai muun syyn takia. Kotihoidon asiakkaalle kotihoidon työntekijä tekee MMSE-testin ja täyttää toimintakykykaavakkeet, mikäli epäilee muistisairautta. Mikäli MMSE-pisteet ovat yli 16, ohjaa kotihoidon työntekijä asiakkaan oman lähipalvelualueen muistihoitajalle testaukseen ja arvioon. MMSE-pisteiden ollessa 16 tai alle, tekee kotihoidon työntekijä lähetteen suoraan geriatrian poliklinikalle. Mikäli kotihoidon asiakas ei halua muistitutkimuksiin, kotihoidon työntekijä konsultoi muistihoitajaa tai mobiililääkärää. (Muistipotilaan hoitopolku Porin perusturvakeskuksen YTA-alueella 2016, 9–18.)

Geriatrian poliklinikalla tapahtuu muistisairauden diagnostiikka ja ensimmäisen hoitosuunnitelman laatiminen. Erikoissairaanhoidon lähetetään tarvittaessa jatkotutki-

muksiin, yleisimmin neurologian poliklinikalle. Lääkärin lisäksi kotihoidon työntekijä, muistihoitaja tai palveluohjaaja voivat tehdä asiakkaasta lähetteen arviointiyksikköön kolme päivää kestäväälle moniammatilliselle arviointi/tutkimusjaksolle tai muistipotilaan kuntouttavalle osastolle esim. käytösoireiden, pitkittyneen sekavuuden tai hoidon vaikeutumisen vuoksi. Kuntouttavaan työhön osallistuvat kaikki muistipotilaan ja hänen läheisensä kanssa toimivat työntekijät. (Muistipotilaan hoitopolku Porin perusturvakeskuksen YTA-alueella 2016, 18–20.)

Muistipotilaan hoitopolulla on kehitettävää ja erityisesti muistisairauksien varhaisen vaiheen tunnistamista tulisi parantaa ja muistioireiden selvittelyn aloittaminen tulisi tapahtua mahdollisimman varhain. Muistipotilaiden muistitutkimuksiin lähettäminen tapahtuu nykyisin useimmiten lievän tai keskivaikean dementiaan asteella ja kotihoidon asiakkaiden muistioireet diagnosoidaan liian usein vasta sairauden keskivaikeassa dementiaavaiheessa. Muita kehittämistarpeita ovat mm. muistihoitajien/muistikoordinaattoreiden määrän lisääminen, muistipotilaan suunnitelmallista seurantaa ja kuntouttavaa hoitoa tulisi tehostaa ja eri palvelualueiden ja eri ammattiryhmien välistä yhteistä ja yhtenäistä toimintaa kehittää. (Muistipotilaan hoitopolku Porin perusturvakeskuksen YTA-alueella 2016, 9.)

## 4 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS

### 4.1 Kehittämistyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Kehittämistoiminnan tavoitteena on muutos, jolla tavoitellaan jotain tehokkaampaa ja parempaa kuin aikaisemmat toimintatavat ja -rakenteet. Perinteisesti kehittäminen on kohdistunut työorganisaatioihin, yrityksiin ja työyhteisöihin, mutta nykyään kehittämistoiminta tapahtuu usein erilaisissa verkostoissa. Verkostomalleilla tavoitellaan uusia ideoita ja innovaatioita, joita eri näkökulmista asioita tarkastelevat asiantuntijat voivat yhdessä kehittää. (Toikko & Rantanen 2009, 17.)

Kehittämistehtävänä ja samalla tutkimuksellisenä ongelmana on muistiyhdyshenkilöverkoston ja sen toimintaperiaatteiden luominen Porin perusturvan pohjoiselle alueelle.

Kehittämistyöni tarkoituksena on luoda Porin perusturvan Pohjoiselle alueelle muistiyhdyshenkilöverkosto ja laatia sille toimintamalli. Kehittämistyö toteutetaan toimintatutkimuksena, jossa yhdistyvät käytännön kehittämistyö ja tutkimus. Toimintatutkimus pyrkii löytämään tietoa, jonka avulla voidaan kehittää käytäntöjä ja joka kertoo, miten asiat voisi tehdä paremmin. Tämän tiedon saamiseen voidaan käyttää erilaisia tutkimusmenetelmiä. Tässä kehittämistyössä käytettiin triangulaatiota, joka on monimetodinen lähestymistapa, jossa samassa tutkimuksessa yhdistetään erilaisia tutkimuksellisia aineistonkeruumenetelmiä kuten laadullinen ja määrällinen tutkimusmenetelmä, erilaisia tutkimusaineistoja ja lähestymistapoja. (Heikkinen 2015, 204.; Vilka 2015, 227.)

Tarkoituksena on saada jokaisesta kotihoitotiimistä sekä perusturvan omasta ympäristövuorikautista hoitoa antavasta yksiköstä muistivastaava mukaan verkostoon. Verkostoon tulisi yhteensä noin 12 henkilöä. Pohjoisen alueen muistihoitaja toimii verkoston ylläpitäjänä ja yhdyshenkilönä. Muistihoitaja vastaa verkoston kokoontumisista ja niiden sisällöstä sekä kartoittaa muistivastaavien koulutustarpeet ja kehittämisideat. Muistihoitaja päivittää muistivastaavina toimivien yhteystiedot sekä jakaa tätä tietoa muille yhteistyötahoille.

Alueella toimivilla ammattilaisilla on muistisairauksiin liittyvää osaamista ja koulutusta, jota on kartoitettu osaamiskartoituksella vuoden 2016 aikana, mutta sen tuloksia ei ole vielä hyödynnetty. Kehittämistyössä keskeisenä ajatuksena on, että työntekijöillä ja työyhteisöillä on valtavasti osaamista, tietoa ja taitoa. Hiljaisella tiedolla tarkoitetaan puhumatonta, kokemuksellista, henkilökohtaista ja tilannesidonnaista tietoa, joka liittyy ihmisten toimintaan, kokemuksiin, arvoihin ja tunteisiin. Sitä on usein vaikea ilmaista tai jakaa, mutta erilaisia dialogisia menetelmiä käyttäen voidaan hiljaista tietoa saada esiin. Verkostomaisessa yhteistyössä ihmisiä rohkaista jakamaan omia kokemuksia ja kokemuksia, mutta samalla opitaan, saadaan uusia näkökulmia ja oivalluksia sekä toimintatapoja. Ihmisten välisen kanssakäymisen avulla saadaan hyviä ja vaikuttavia käytäntöjä jaettua. (Koskimies, Pyhäjoki & Arnkill 2012, 9–15.)

Kehittämistyön tavoitteena on myös muistiyhdyshenkilöverkoston avulla lisätä yhteistyötä, edistää muistisairauksien ennaltaehkäisyä, toteuttaa muistipotilaan hoitopolkua sairauden eri vaiheissa ja vahvistaa työntekijöiden osaamista. Tavoitteena on, että uudet muistisairaudet tunnistetaan ja ohjataan jatkotutkimuksiin entistä aiemmin, muistiasiakkaiden seuranta toteutetaan kotihoidossa ja laitoshoidossa oman henkilökunnan toimesta säännöllisesti ja oikeita mittareita käyttäen. Verkostossa toimivat jakavat tietoa ja kokemuksia sekä keskenään että työyhteisössä. Kehittämistehtävä hyödyntää asiakkaita, työntekijöitä ja työyhteisöjä Porin perusturvan yhteistoiminta-alueella.

Kehittämistyön yhtenä osana oli kotihoidon henkilökunnalle suunnattu kysely, jonka avulla kartoitettiin muistiasiakkaan hoitopolkuun liittyvää osaamista ja koulutustarpeita. Tämän tiedon perusteella voidaan kehittämistä jatkossa suunnata oikeisiin osa-alueisiin, jotta toimintaa saadaan parannettua. Muistivastaavien nimeäminen tapahtui yhteistyössä muistivastaavaksi haluavien ja heidän esimiesten kanssa. Muistiyhdyshenkilöverkoston ensimmäinen tapaaminen toteutettiin tulevaisuuden työpaja -menetelmää käyttäen ja tavoitteena oli saada tietoa siitä, miten muistivastaavat toivoisivat muistiasiakkaan hoitopolun käytäntöjen olevan tulevaisuudessa ja miten verkoston toiminnalla voidaan edistää parempaa ja laadukkaampaa muistiasiakkaan hoitopolkua.

## 4.2 Toimintatutkimus

Opinnäytetyön toteuttamistavaksi valikoitui toimintatutkimus, koska opinnäytetyö täytti toimintatutkimukselle asetetut kriteerit. Toimintatutkimuksen kriteereiksi on määriteltä, että tutkimuksen kohteena on muutoksille altis sosiaalinen käytäntö, toiminta etenee suunnittelun, toiminnan havainnoinnin ja reflektoinnin spiraalisena kehänä, jossa jokaista vaihetta suhteutetaan toisiinsa ja toteutetaan kriittisesti ja systemaattisesti sekä osallistujat ovat jokaisessa vaiheessa vastuullisia toiminnastaan (Metsämuuronen 2008, 29–30.)

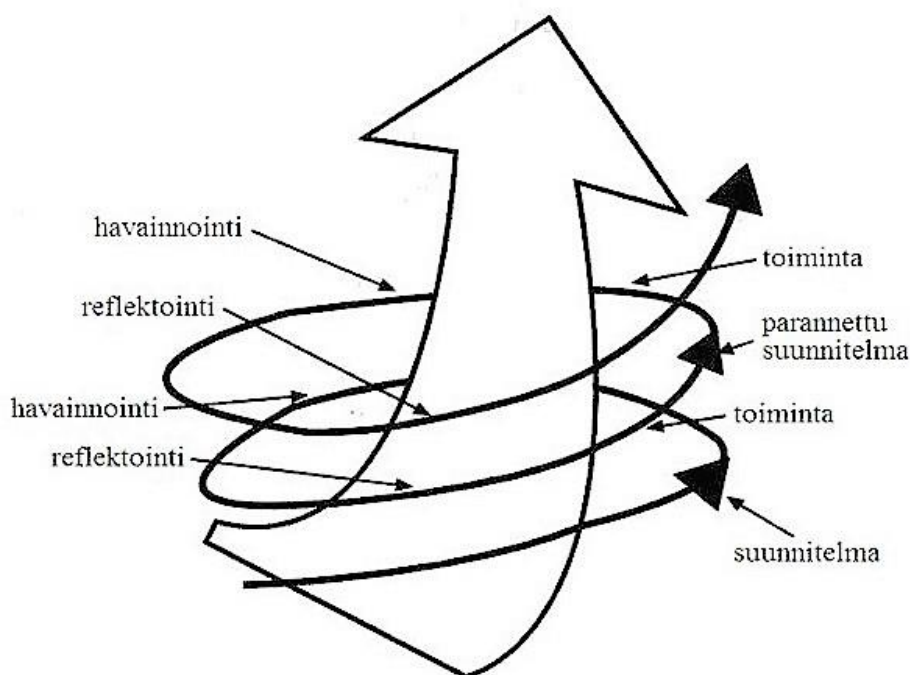
Toimintatutkimus on Kurt Lewinin kehittämä suuntaus, joka korostaa todellisuuden muuttamista osana tutkimusprosessia (Toikko & Rantanen 2009, 29). Toimintatutkimus kuvataan tavallisimmin tieteellisen tutkimuksen ja kehittämistyön yhdistelmäksi, jossa keskiössä on jokin ongelma tai kehittämistehtävä. Tutkimus on osa ratkaisemisen



tai kehittämisen prosessia ja tyypillisesti siinä on kyseessä ihmisyhteisön toiminta, yhteistyö tai toimintatapa. (Ronkainen ym. 2011, 69). Toimintatutkimus yhdistää teorian ja käytännön. Toimintatutkimuksen tavoitteena on käytännöllisen tiedon tuottaminen. (Toikko & Rantanen 2009, 30.)

Toimintatutkimus on interventioon perustuva, osallistava, käytännönläheinen, reflektiivinen ja sosiaalinen prosessi (Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2006, 27). Tutkija aktivoi ja kehittää toimintaa sekä keskustelee johdon ja työntekijöiden kanssa. Toimintatutkimuksessa tutkija on osallisena tutkimusta esim. tekemällä aloitteita ja vaikuttamalla asioihin, tätä muutokseen tähtäävää toimintaa kutsutaan muutosinterventioksi. (Heikkinen ym. 2006, 29–30.)

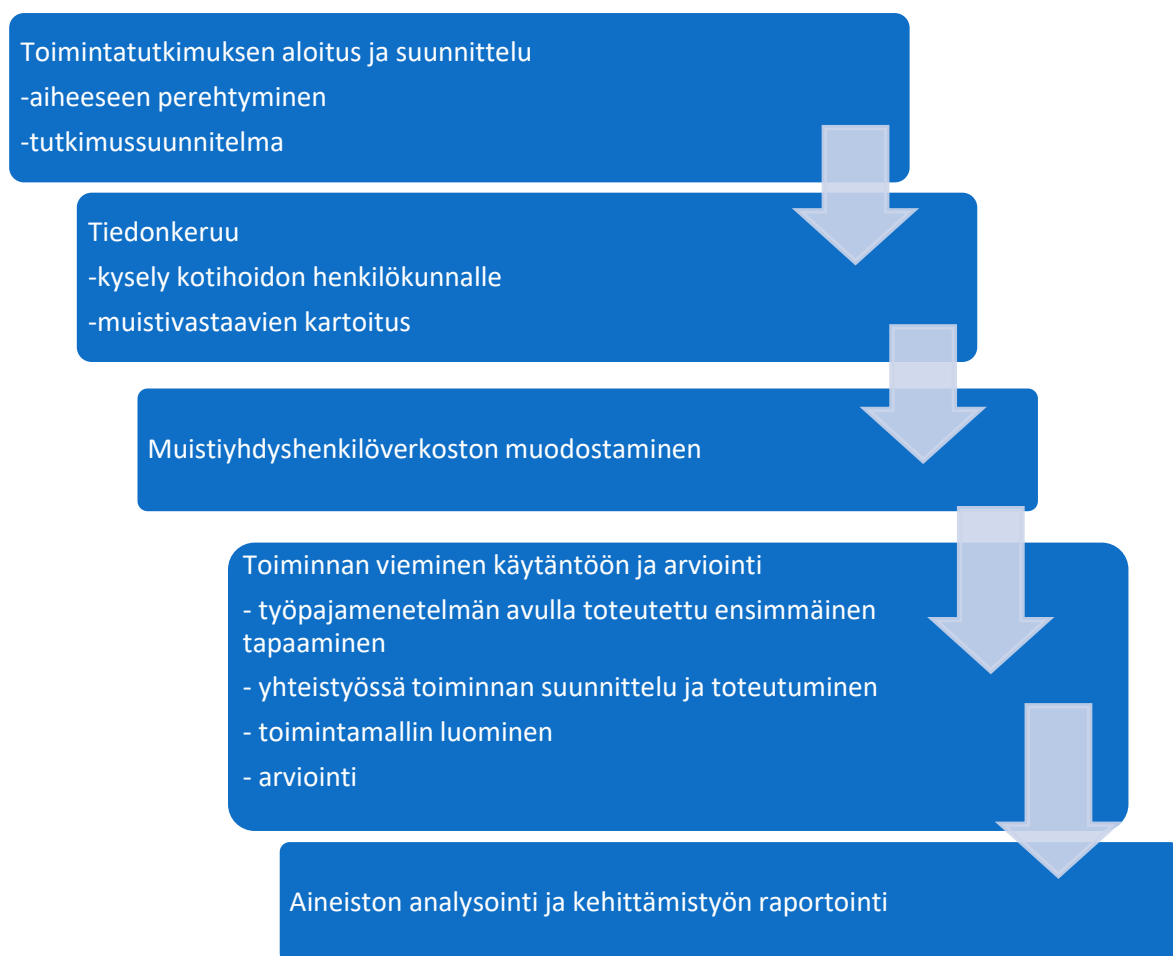
Toimintatutkimuksen lähtökohtana on reflektiivinen ajattelu, jolla tarkoitetaan toimintatutkimuksen hahmottamista toiminnan, sen havainnoinnin, reflektoinnin ja uudelleensuuntautumisen muodostamaa kehänä. Reflektion eli omien uskomusten, ajatustapojen ja kokemusten katsomista uudesta näkökulmasta, avulla pyritään toiminnan kehittämiseen uudenlaisen ymmärryksen kautta. Reflektiivisestä kehästä muodostuu spiraali (Kuvio 2), joka kuvaa miten toiminta ja ajattelu liittyvät toisiinsa erilaisten syklien muodossa. (Valli & Aaltola 2015, 211–213.)



Kuvio 2. Toimintatutkimuksen spiraali (Valli & Aaltola 2015, 212.)

Toimintatutkimus on prosessi ja se hahmotetaan usein sykleinä, joihin kuuluu konstruoivia ja rekonstruoivia vaiheita. Rekonstruoivissa vaiheissa havainnoidaan ja arvioidaan toteutunutta toimintaa ja konstruoivissa vaiheissa toiminta on tulevaisuuteen suuntaavaa, uutta rakentavaa. (Heikkinen ym. 2006, 78.) Toimintatutkimuksen syklit voidaan jakaa eri vaiheisiin kuten aloitusvaihe, suunnitteluvaihe, esivaihe, työstövaihe, tarkistusvaihe ja viimeistelyvaihe. Kehittämishankkeen tuloksena syntyy usein jokin konkreettinen tuote. (Salonen 2014, 17–19.)

Kehittämistyö eteneminen tapahtui viiden syklin muodostaman kokonaisuuden kautta (Kuvio 3). Kehittämistyön syklit olivat toimintatutkimuksen aloittaminen ja suunnittelu, tiedonkeruu, muistiyhdyshenkilöverkoston muodostaminen, toiminnan vieminen käytäntöön, toimintamallin luominen, aineiston analysointi ja kehittämistyön raportointi. Arviointia ja reflektiota tapahtui jokaisessa syklissä arvioimalla asetettujen tavoitteiden sekä prosessin tulosten ja toteutumisen suhteen.



Kuvio 3. Kehittämistyön prosessi.

Toimintatutkimuksena tehtävän kehittämistyön aloitusvaihe sisältää kehittämistarpeen kartoituksen ja ilmaisun, alustavan kehittämistehtävän, toimintaympäristön sekä ajatuksen kehittämistehtävässä mukana olevista toimijoista ja heidän osallistumisestaan. Näiden lisäksi on hyvä sopia aiheen rajauksesta, tuesta ja sitoutumisesta. (Salonen 2014, 17.) Aiheen valinta perustui omaan mielenkiintoon ja näkemykseen muistiyhdyshenkilöverkoston tarpeellisuudesta, josta oli jo aiemmin käyty keskustelua Pohjoisen alueen vanhuspalveluiden päällikön ja vanhuspalveluiden johtajan kanssa.

Muistisairaudet ja niihin liittyvät asiat ovat erittäin laaja aihealue ja koin tarpeelliseksi rajata aihetta niin, että kehittämistyö suuntautuu ammattilaisiin ja toimintatapojen kehittämiseen. Syksyn aikana perehdyin aiheeseen ja tein tutkimussuunnitelman, mikä hyväksyttiin helmikuussa 2017. Toimintatutkimuksesta ei voida laatia täsmällistä suunnitelmaa eikä sen etenemistä voida kuvata tarkasti. Tutkimusongelmat ja -menetelmät voivat muuntua ja kehittyä. (Anttila 2006, 85–86.) Suunnitteluvaiheessa asioista keskusteltiin yhdessä alueen vanhuspalveluiden päällikön kanssa ja sovimme, miten kehittämistyö käytännössä toteutetaan. Tässä vaiheessa yhteistyö ja keskustelu muiden toimijoiden kanssa oli vielä vähäistä.

Toisessa vaiheessa opinnäytetyön tekijät siirtyvät ”kentälle” eli siihen ympäristöön, jossa varsinainen työskentely tapahtuu. Tämä on yleensä nopea vaihe. (Salonen 2014, 17.) Toinen sykli sisälsi tiedonkeruun, jolla tarkoitetaan Pohjoisen alueen kotihoidon henkilökunnalle suunnattua kyselytutkimusta ja muistivastaavien kartoitusta. Vanhuspalveluiden päällikkö informoi vanhuspalveluiden esimiehiä opinnäytetyöstä ja olin heihin itse myöhemmin yhteydessä. Kotihoidon kyselytutkimus toteutettiin keväällä 2017. Muistivastaavien kartoitus tapahtui kotihoidossa kyselytutkimuksella ja ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä esimiesten avulla.

Työstövaiheessa kaikki kehittämishankeen osatekijät (toimijat, materiaalit, menetelmät ym.) realisoituvat (Salonen 2014, 18). Työstövaihe eli käytännön toteutus tapahtui kolmannessa ja neljännessä syklissä, jotka sisälsivät muistiyhdyshenkilöverkoston perustamisen, toiminnan viemisen käytäntöön ja toimintamallin luomisen. Muistivastaavien nimeäminen tehtiin yhteistyössä esimiesten kanssa ja muistiyhdyshenkilöverkosto muodostettiin kevään 2017 aikana.

Siihen tulivat mukaan jo aiemmin muistivastaavana toimineet, kyselyn perusteella halukkaaksi ilmoittautuneet tai esimiesten valinnan perusteella muistivastaavaksi nimetyt. Kahteen kotihoidon tiimiin ei tässä vaiheessa nimetty muistivastaavia, mutta esimiehen kautta välitettiin tietoa verkoston toiminnasta ja mahdollisuudesta liittyä myöhemmin mukaan.

Toiminnan vieminen käytäntöön tapahtui muistiyhdyshenkilöverkoston muodostamisen jälkeen, jolloin muistivastaavat kutsuttiin kehittämissiltapäivään. Työpajamenetelmällä toteutettu ensimmäinen tapaaminen oli muistivastaavia osallistava. Verkoston toimintaperiaatteiden ja toimintamallin luominen on tapahtunut yhteistyössä muistivastaavien, heidän esimiesten, johdon ja kehittämistyön tekijän kanssa. Seuraavan koontumisen sisältö toteutettiin muistivastaavien toiveiden mukaisesti ja myös jatkossa on tarkoitus toimintaa jatkaa samoin. Toiminnan vieminen käytäntöön tarkoittaa myös verkostossa toimivien muistivastaavien osallisuutta mm. tiedon jakamisessa omiin työyhteisöihin, yhteistyössä toimimista ja toimintatapojen yhdenmukaistamista muistisairaalan hoitopolun mukaiseksi. Kaikkia tässä asetettuja tavoitteita ei voida toteuttaa opinnäytetyön aikana vaan toiminta jatkuu opinnäytetyön valmistuttua.

Viides sykli oli aineiston analysointi ja raportointi. Aineiston hankinta ja analysointi tuottavat uutta tietoa ja muokkaavat työn etenemisen suuntaa. Toimintatutkimus on onnistunut silloin, kun asiat ovat eri tavalla kuin ennen sitä. (Anttila 2006, 85–86.) Verkoston toiminta kehittyy myös jatkossa toimintatutkimuksen spiraalimallin mukaisesti. Verkostotoiminta muotoutuu siinä toimivien ammattilaisten sekä organisaation ja asiakkaiden/potilaiden toiveiden, tarpeiden ja arvioiden mukaan.

#### 4.2.1 Kysely kehittämistyön ja toimintatutkimuksen aineistonkeruumenetelmänä

Toimintatutkimuksessa voidaan yhdistää määrällisiä ja laadullisia menetelmiä (Heikkinen ym. 2006, 37). Määrällisellä tutkimusmenetelmällä tehdyssä tutkimuksessa tärkein asia on kyselylomake eli mittari, jonka suunnittelussa tulee tietää tutkimuksen tavoite eli se, mihin kysymyksiin etsitään vastuksia. Näin voidaan määritellä selitettävät tekijät eli taustamuuttujat ja tutkittavat asiat eli selittävät muuttujat. Muuttujilla tarkoitetaan niitä havaintoyksikköön liittyviä ominaisuuksia, jotka ovat luotettavasti

mitattavissa. Kyselylomakkeen kysymykset voivat olla avoimia, monivalinta tai seka-  
muotoisia kysymyksiä. Monivalintakysymyksissä vastaajalle annetaan valmiit vas-  
tausvaihtoehdot ja avoimissa kysymyksissä vastauksia rajataan mahdollisimman vä-  
hän. (Vilkkä 2015, 105–106.)

Avoimet kysymykset käsitellään sisällönanalyysillä, jota voidaan käyttää kaikissa laa-  
dullisen aineiston analyysissä. Sisällönanalyysillä voidaan analysoida erilaisia doku-  
mentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Sen avulla voidaan hajanainen aineisto jär-  
jestää tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Ai-  
neistolähtöinen sisällönanalyysi voidaan kuvata prosessina, joka sisältää aineiston pel-  
kistämisen, klusteroinnin eli ryhmittelyn ja abstrahoinnin eli teoreettisten käsiteiden  
luomisen. Aineiston pelkistäminen tarkoittaa analysoitavan informaation pilkkomista  
osiin, tiivistämistä ja pelkistämistä tutkimustehtävälle olennaiset ilmaukset. Aineiston  
ryhmittelyssä alkuperäisilmaukset ryhmitellään samankaltaisuutta tai eroavaisuutta  
kuvaaviin käsitteisiin, käsitteitä luokitellaan ja yhdistetään sekä sisällytetään yksittäi-  
set tekijät yleisempiin käsitteisiin. Klusteroinnissa käsitteet ryhmitellään ala-, ylä- ja  
pääluokiksi. Abstrahoinnissa muodostetaan teoreettisia käsitteitä jatkamalla luokitte-  
lua. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91, 103,108–112.)

Laatimani kyselylomake (LIITE 3) ja saatekirje (LIITE 4) annettiin kaikille Pohjoisen  
alueen kotihoidossa työskenteleville (n=117). Kysely oli tarkoitus toteuttaa sähköisenä  
sähköpostin välityksellä, mutta sähköpostin käytön vähäisyyden vuoksi kysely toteu-  
tettiin paperisena. Kyselylomakkeessa tutkimuksellinen osuus aineiston keräämisen  
perusteella oli osin määrällinen. Kyselyssä on sekä strukturoituja että avoimia kysy-  
myksiä. Strukturoiduilla kysymyksillä selvitettiin kotihoidon henkilökunnan taustatie-  
toja, osaamista, koulutustarpeita ja halukkuutta aloittaa tiimin muistivastaavana. Avoi-  
milla kysymyksillä kartoitettiin koulutustoiveita, miten työntekijä toimii huomates-  
saan aiemmin hyvämuistisella asiakkaalla muistioireita sekä kehittämiseen liittyviä  
toiveita ja tarpeita.

Kyselylomake tulee aina testata ennen mittauksia ja testaamisella tarkoitetaan testaajien  
tekemää kriittistä arviointia mm. kysymyksistä ja vastausohjeista, vastausvaihtohto-  
jen toimivuudesta sekä kyselylomakkeen pituudesta ja vastaamiseen käytetyn ajan

kohtuullisuudesta. (Vilkkä 2015, 108.) Koska kyselytutkimus oli tarkoitus tehdä sähköisenä, laadin sähköisen lomakkeen ja sen esitestasivat samaan opinnäytetyön ohjausryhmään kuuluvat opiskelijat sekä Porin perusturvan Itäisen alueen muistihoitaja Marita Rantala. Heidän antaman palautteen perusteella kysymyksiä muokattiin ja vastausvaihtoehtoja tarkennettiin. Kyselylomake muokattiin sähköisestä muodosta paperimuotoon muuttamatta sisältöä. Kyselylomake ja saatekirje hyväksyttiin tutkimuslupahakemuksen yhteydessä.

Kyselyn suunnitteluvaiheessa päätettiin kyselylomakkeessa olevien tietojen käsittelystä antamalla muuttujille arvot, päätettiin lomakkeiden numeroinnista ja havaintomatriisiin muodostamisesta. Havaintomatriisi on taulukkomuodossa oleva muuttujien arvoja sisältävä havaintoaineisto, jossa kyselykaavakkeet on numeroitu. Numeroinnin avulla voidaan tarkistaa jälkikäteen tallennukset ja poikkeavat havainnot. Havaintomatriisin avulla voidaan laskea keskiarvoja, mediaaneja ja moodeja. (Vilkkä 2015, 109–113.)

Kyselytutkimuksen kohderyhmän muodostivat Porin perusturvan Pohjoisen alueen kotihoidon henkilökunta. Esimiesten tai tiimivastaavien kanssa sovimme kyselyn ajankohdat, toimitin kyselylomakkeet heidän toimipisteisiin ja loppumispäivinä hain ne pois. Länsi- ja Pohjoispuiston sekä Viikkarin tiimeissä esimies kertoi henkilökunnalle kehittämistehtävästä ja jakoi kyselylomakkeet, siellä kysely toteutettiin 22.2.–7.3.2017. Muissa tiimeissä kävin itse kertomassa henkilökunnalle kehittämistehtävästä ja annoin kyselylomakkeet samalla jaettavaksi. Noormarkun tiimissä kysely toteutettiin 27.2.–13.3.2017, Merikarvialla 28.2.–16.3.2017 ja Pohjois-Porin ja Porkan tiimissä 1.3.–15.3.2017. Kyselykaavakkeita jaettiin yhteensä 117 (n=117).

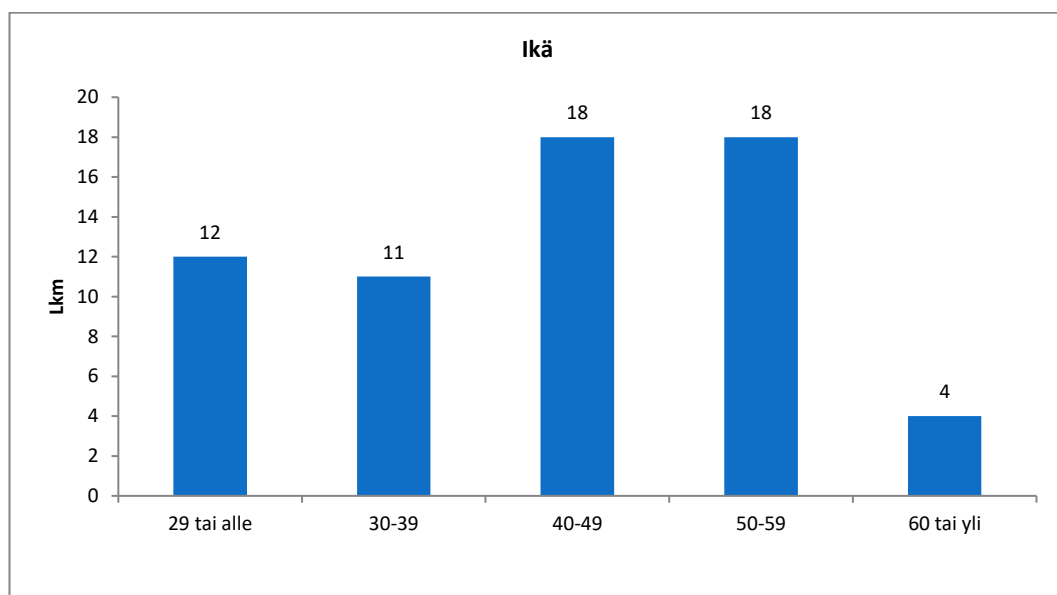
Havaintomatriisin tiedot eli tutkimusaineisto tarkastettiin ja sen jälkeen se käsiteltiin TIXEL-tilausohjelmalla. Aineiston analysoinnissa käytettiin ristiintaulukointia ja mitta-asteikkoja (luokittelu- ja järjestysasteikkoja). Avoimet kysymykset käsiteltiin laadullisin menetelmin.

#### 4.2.2 Kyselytutkimuksen tulokset

Kyselytutkimuksella haettiin vastauksia kotihoidon henkilökunnan muistipotilaan hoitoon liittyvään osaamiseen, testien tekemiseen, koulutustarpeisiin ja halukkuuteen toimia tiimin muistivastaavana. Avoimilla kysymyksillä kysyttiin muistitutkimukseen ohjaukseen liittyvää osaamista, muistiin liittyvän toiminnan kehittämideoita ja tarkennettiin koulutustoiveita.

Kyselykaavakkeita jaettiin yhteensä 117 ja kyselyyn vastasi 63 henkilöä (n=63), kokonaisvastausprosentti oli 54 %. Vastausprosentit olivat Noormarkussa 75 %, Merikarvialla 39 %, Länsi- ja Pohjoispuiston sekä Viikkarin tiimeissä yhteensä 58 % ja Pohjois-Porin ja Porkan tiimeissä 43 %.

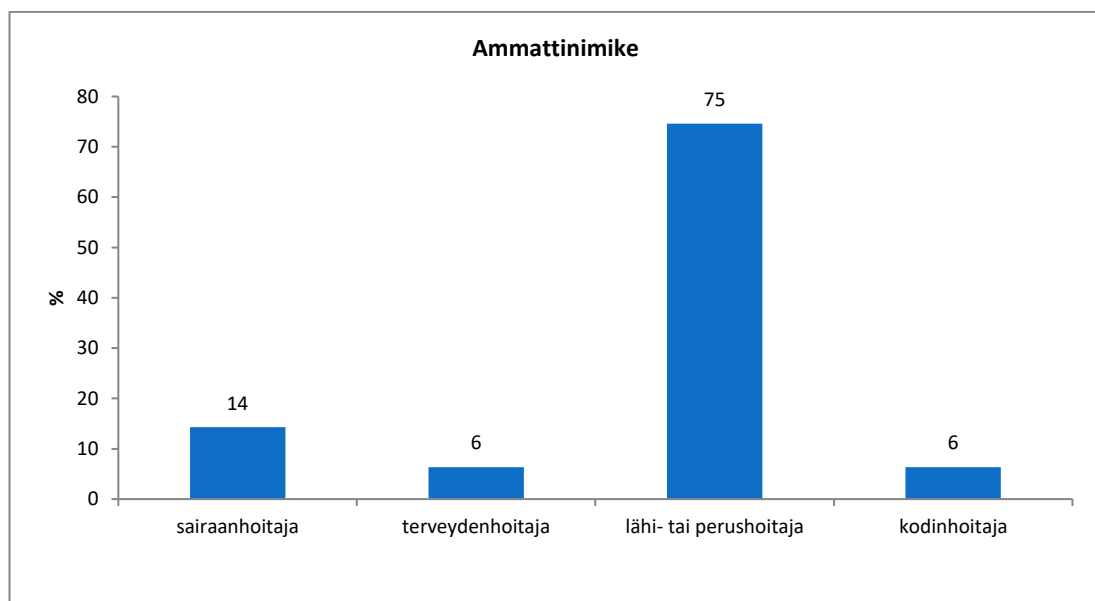
Kuviosta 4 ilmenee kotihoidon henkilökunnan ikäjakauma. Kyselyyn vastanneista 19 % oli alle 30-vuotiaita ja 17 % 30–39-vuotiaita. 40–49 -vuotiaita ja 50–59-vuotiaita oli molempia 29 % eli suurin osa vastanneista. 6 % eli 4 vastaajaa oli täyttänyt 60 vuotta (Kuvio 4). Porin kaupungin Henkilöstöraportin mukaan kunta-alalla työskentelevien keski-ikä oli 45,8 vuotta vuonna 2015. Porin kaupungin koko henkilöstöstä 45,3 % on iältään 50-vuotiaita tai yli ja 50-59-vuotiaat ovat myös suurin yksittäinen ikäryhmä vuonna 2016, kuten aiemminkin. (Porin kaupunki Henkilöstöraportti 2016, 7.)



Kuvio 4. Kotihoidon henkilökunnan ikäjakauma (n=63). Kuviossa on esitetty lukumäärät.

Vastaajista suurimman osan (47) ammattinimike oli lähi- tai perushoitaja (Kuvio 5). Sairaanhoitajia oli 9, terveydenhoitajia 4, kodinhoitajia 4 ja yksi vastaaja ilmoitti sekä lähi- tai perushoitaja että kodinhoitaja. Tämän takia n=64.

Tämä on hyvin yhteneväinen Porin kaupunkiorganisaation henkilöstörakenteen kanssa, koska vuonna 2016 suurin yksittäinen ammattiryhmä oli lähihoitajat ja toiseksi yleisin oli sairaanhoitajat. (Porin kaupunki Henkilöstöraportti 2016, 6.)



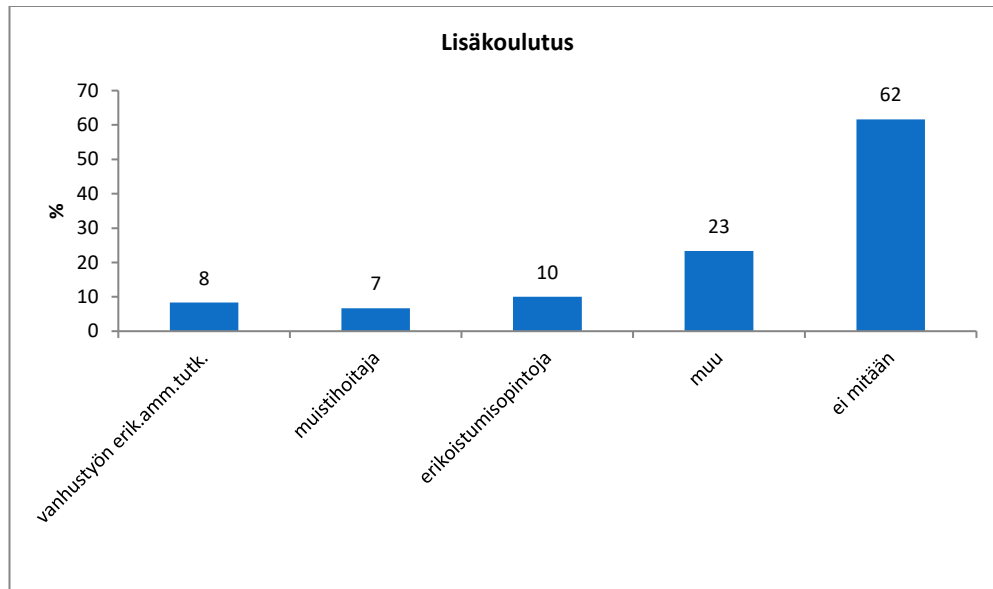
Kuvio 5. Vastaajien ammattinimike tällä hetkellä. (n=64), vastaukset prosentteina.

Vastaajista suurimmalla osalla (62 %) ei ollut muuta lisäkoulutusta (Kuvio 6). Vanhustyön erikoisammattitutkinto oli viidellä, muistihoitajakoulutus oli neljällä ja heistä kolmella lisäksi jokin muu koulutus, erikoistumisopinnoista oli kuudella, 14 oli suorittanut muita opintoja ja kaksi oli suorittanut vähintään kaksi lisäkoulutusta, mutta eivät muistihoitajakoulutusta. Kolme vastaajaa ei vastannut kysymykseen.

Muita opintoja ja lisäkoulutusta olivat mm. jakojenhoidon ammattitutkinto, syöpäpotilaan hoitotyö, lähihoitajan suorittamat sairaanhoitajaopinnot, sosionomi, kehitysvammaisten mielenterveystyö ja yksi vastaajista opiskeli parhaillaan. Ylempi AMK-tutkinto oli yhdellä vastaajista ja maisteritutkinto oli myös yhdellä.



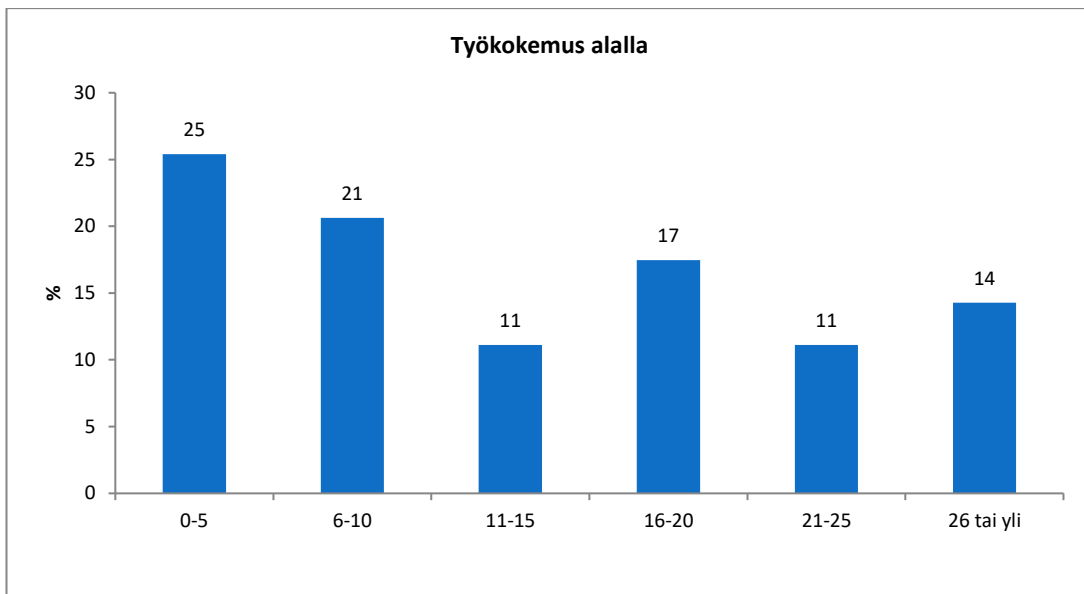
Porin kaupunkiorganisaatiossa yleisin tutkintotaso vuonna 2016 oli keskiaste, johon kuuluvat esim. 1-3 -vuotiset ammatilliset tutkinnot. (Porin kaupunki Henkilöstöraportti 2016, 9–10.)



Kuvio 6. Vastaajien lisäkoulutus (n=60), vastaukset prosentteina.

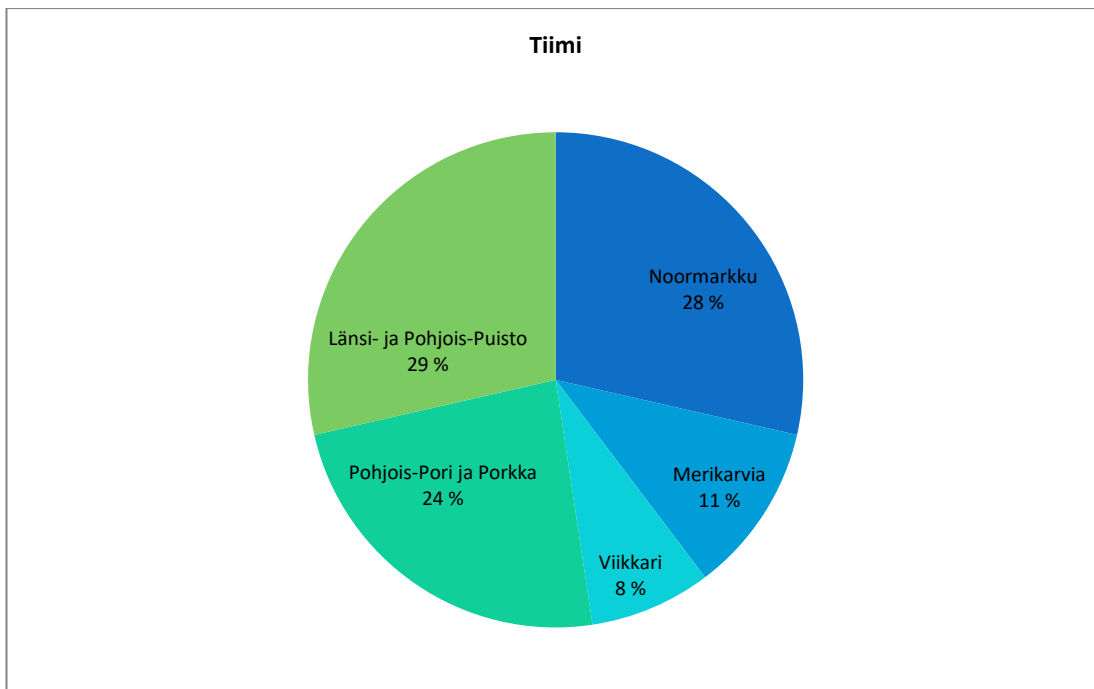
Työkokemusta vastaajista neljäsosalla (25 %) oli 5 vuotta tai vähemmän, tämä oli määrällisesti suurin ryhmä (Kuvio 7). Toiseksi suurimman ryhmän muodostivat ne, joilla oli työkokemusta 6–10 vuotta (21 %). Alalla 11–15 vuotta olleita oli 11 %, 16–20 vuotta oli 17 % ja tämän yli oli yhteensä 25 %.

Kunta-alalla henkilöstön vaihtuvuus on vähäistä ja kolme neljäsosaa vakinaisesta henkilöstöstä on työskennellyt alalla vähintään kymmenen vuotta. Porin kaupunkiorganisaatiossa vuonna 2016 vakinaisen henkilöstön keskimääräinen palvelusuhteen kesto oli 18,6 vuotta. (Porin kaupunki Henkilöstöraportti 2016, 7.) Tähän verrattuna kotihoidossa on keskimääräistä enemmän niitä, joilla on vähäinen työkokemus.



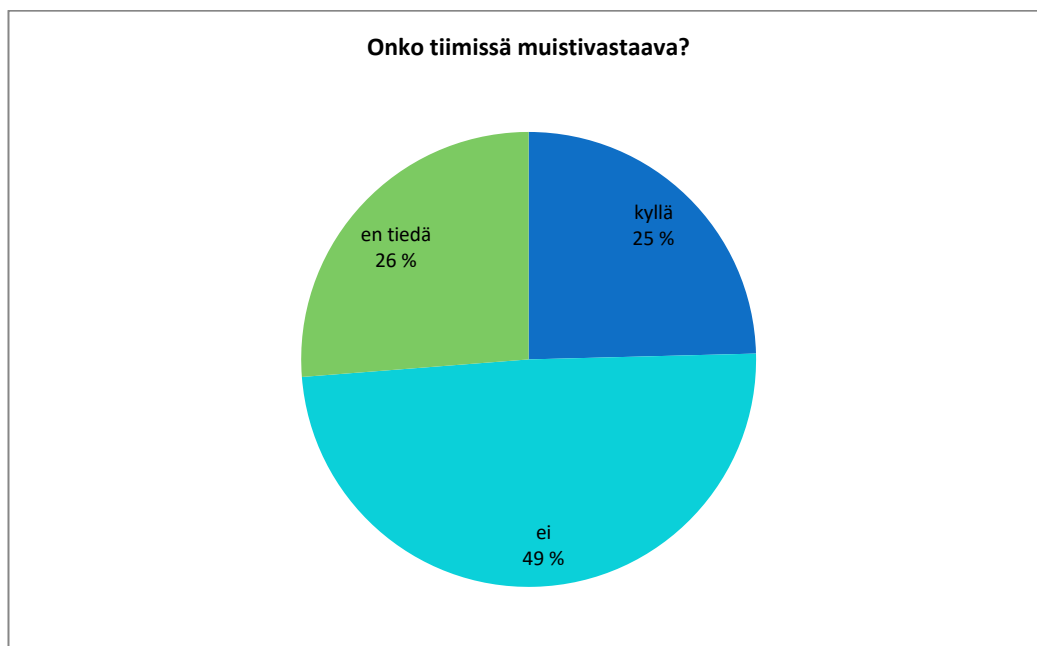
Kuvio 7. Vastaajien työkokemus alalla (n=63). Kuviossa esitetty prosenttiosuudet.

Vastaajista lähes yhtä suuret osuudet olivat Noormarkun, Länsi- ja Pohjois-Puiston sekä Pohjois-Porin ja Porkkan tiimeissä. Merikarvian ja Viikkarin tiimit muodostivat lähes yhtä suuret osuudet. (Kuvio 8).



Kuvio 8. Vastaajien prosenttiosuudet tiimien mukaan.

Kaikista vastaajista noin puolet (49 %) vastasi, ettei omaan tiimiin ole nimetty muistivastaavaa/muistiyhdyshenkilöä, noin neljäsosa (26 %) ei tiennyt onko nimetty vai ei, neljäsosa (25 %) vastasi, että on nimetty ja tyhjiä vastauksia oli kaksi (Kuvio 9). Yhdessä kotihoidon tiimissä oli nimettynä muistivastaava jo aiemmin eli ennen kyselytutkimuksen aloittamista. Niissä tiimeissä, joissa ei ollut aiemmin nimettyä muistivastaavaa, vastasi viisi (n=5), että on nimettynä muistivastaava.



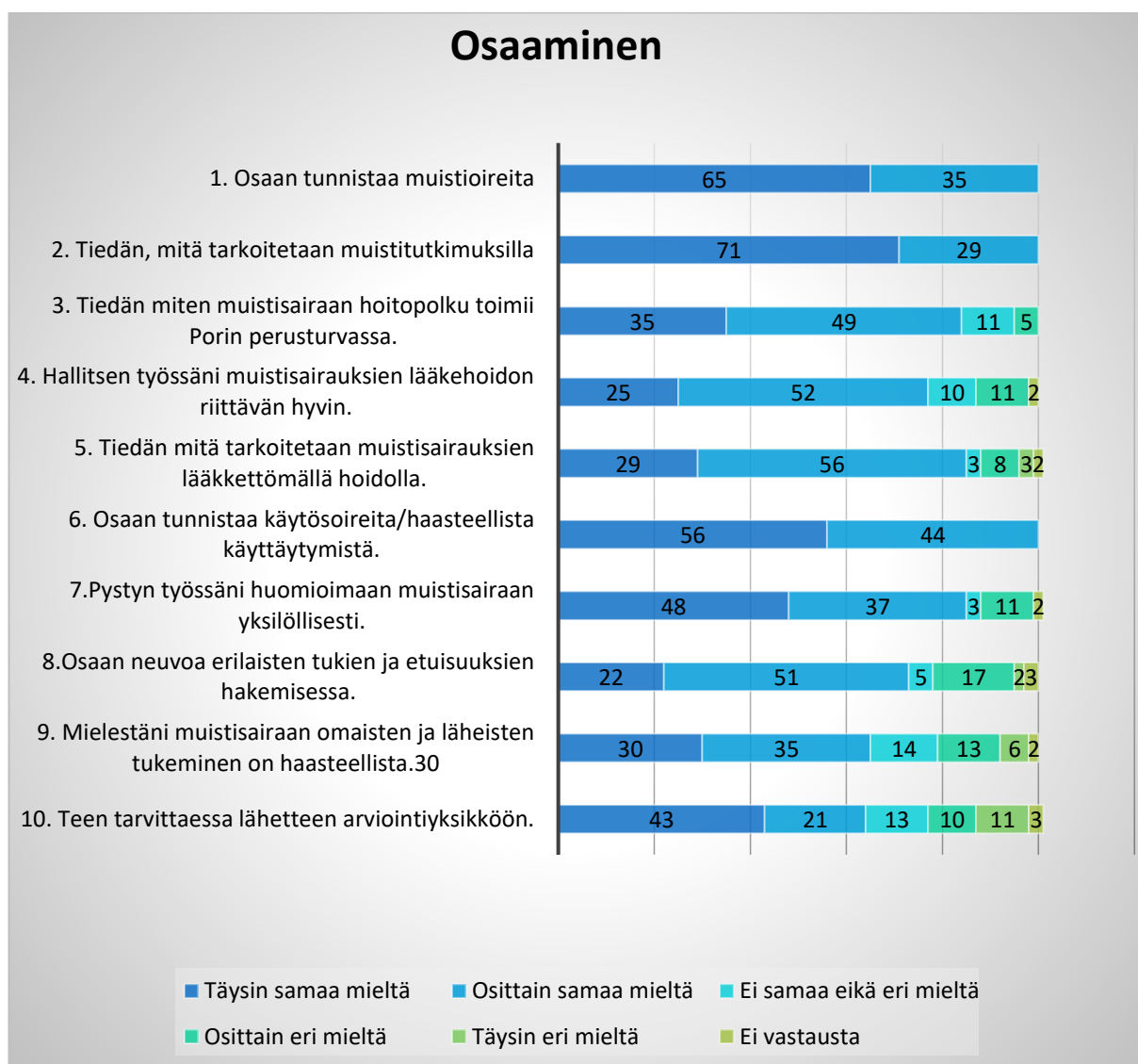
Kuvio 9. Onko omassa tiimissäsi nimetty muistivastaava/muistiyhdyshenkilö? Vastaukset prosentteina (n=61).

Kotihoidossa työskentelevien osaamista kartoitettiin kymmenen väittämän avulla (Kuvio 10). Vastanneista kaikki osasivat tunnistaa muistioireita, 65 % oli täysin samaa mieltä ja 35 % oli osittain samaa mieltä. Kaikki tiesivät, mitä tarkoitetaan muistitutkimuksilla, 71 % oli täysin samaa mieltä ja 29 % osittain samaa mieltä. Muistisairaahan hoitopolun toiminnan tiesi 35 % vastaajista täysin ja noin puolet (49 %) tiesi osittain, 11 % ei ollut eri eikä samaa mieltä ja yksi vastaaja oli täysin eri mieltä. Vastaajista neljäsosa (25 %) oli täysin samaa mieltä ja noin puolet (52 %) osittain samaa mieltä kysyttäessä, hallitseeko työssään riittävän hyvin muistisairauksien lääkehoidon.

Vastaajista 85 % tiesi mitä tarkoitetaan muistisairauksien lääkkeettömällä hoidolla ja heistä 29 % oli täysin samaa mieltä ja 56 % osittain samaa mieltä. Kaikki vastaajat osasivat tunnistaa käytösoireita/haasteellista käyttäytymistä, 56 % oli täysin samaa

mieltä ja 44 % osittain samaa mieltä. 85 % vastaajista pystyi huomioimaan asiakkaan yksilöllisesti, 48 % oli täysin samaa mieltä ja 37 % osittain, 11 % vastaajista oli täysin eri mieltä.

Eniten koettiin osaamattomuutta erilaisten tukien ja etuisuuksien hakemisessa, 17 % vastanneista oli täysin eri mieltä osaamista kysyttäessä, mutta 22 % oli täysin samaa mieltä ja puolet (51 %) osittain. Muistisairaana omaisten ja läheisten tukemisen kokivat haasteelliseksi 65 %, mutta 27 % ei kokenut sitä haasteelliseksi. 64 % vastaajista teki tarvittaessa lähetteen arviointiyksikköön, ammattiryhmistä sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat eniten.

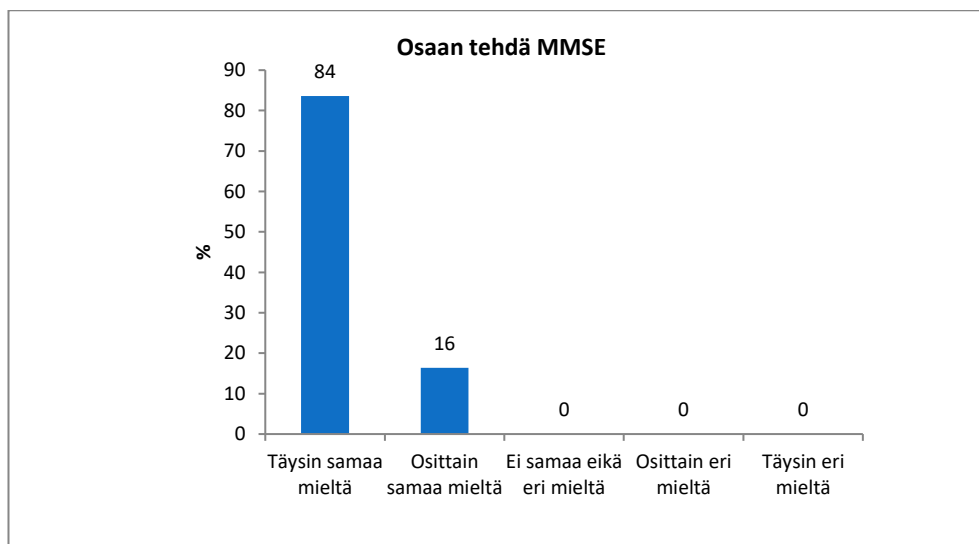


Kuvio 10. Osaamisen kartoitus väittämien perusteella. Vastaukset prosentteina (n=63).

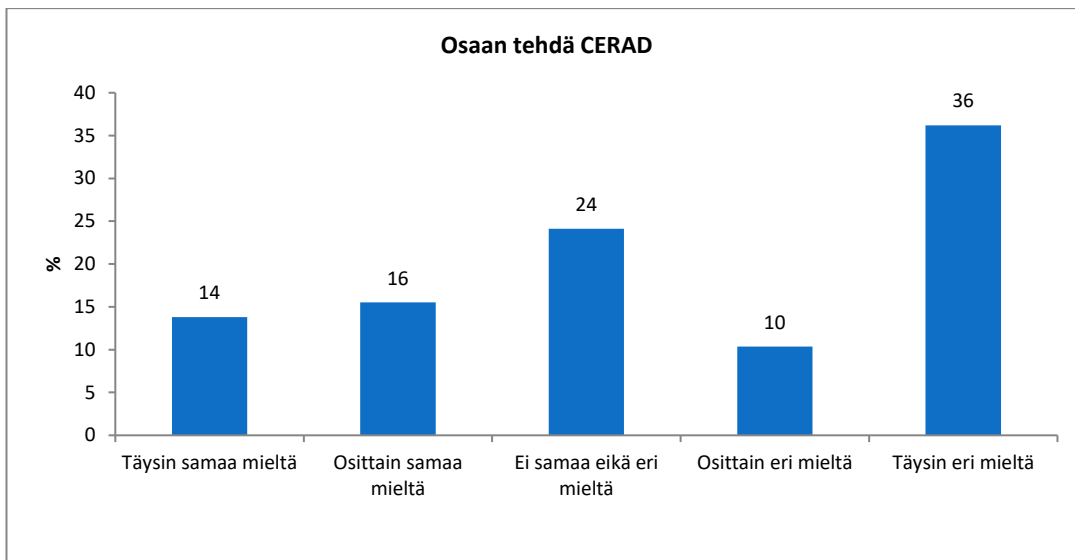
Iäkkäiden ihmisten ja heidän läheisten huoli samoin kuin ammattihenkilöiden osoittama huoli muistitoimintojen heikkenemisestä tulisi ottaa vakavasti. Iäkkään ihmisen kognitiivisen toimintakyvyn kartoittaminen tulisi tehdä järjestelmällisesti esim. MMSE-mittarilla ja tarvittaessa laajemmalla CERAD-tehtäväsarjalla. (Toimia tietokanta www-sivut 2014.)

Vastaajista suurin osa (83 %) teki MMSE-testiä työssään (n=60) ja kaikki vastanneet osasivat sen tehdä, 84 % oli täysin samaa mieltä ja 16 % osittain samaa mieltä (Kuvio 11). CERAD-testiä teki työssään kaksi (n=59). Osaan tehdä CERAD-testin (Kuvio 12) vastasi 14 % (n=8) olevansa täysin samaa mieltä ja 16 % (n=9) osittain samaa mieltä, joten lähes kolmasosa vastanneista (30 %) koki osaavansa sen tehdä. Noin neljäsosa (24 %) ei ollut samaa eikä eri mieltä ja yhteensä lähes puolet (46 %) oli eri mieltä.

Osaamisen kokeminen vaihteli eri tiimien välillä, täysin samaa mieltä ja osittain samaa mieltä vastanneiden määrä vaihteli tiimien kesken, vaihteluvälin ollessa 12 prosentista 42 prosenttiin. Samoin niiden kohdalla, jotka ovat osaamisesta joko täysin tai osittain eri mieltä vaihteli 25 prosentista 65 prosenttiin.

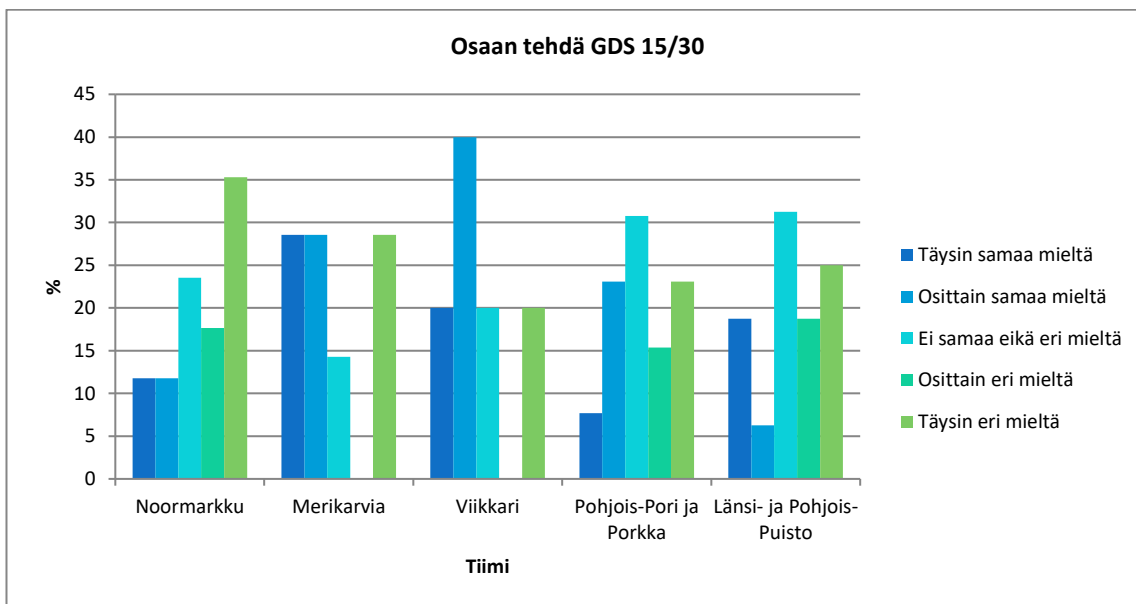


Kuvio 11. Osaan tehdä MMSE-testin (n=61).



Kuvio 12. Osaan tehdä CERAD-testin. (n=58)

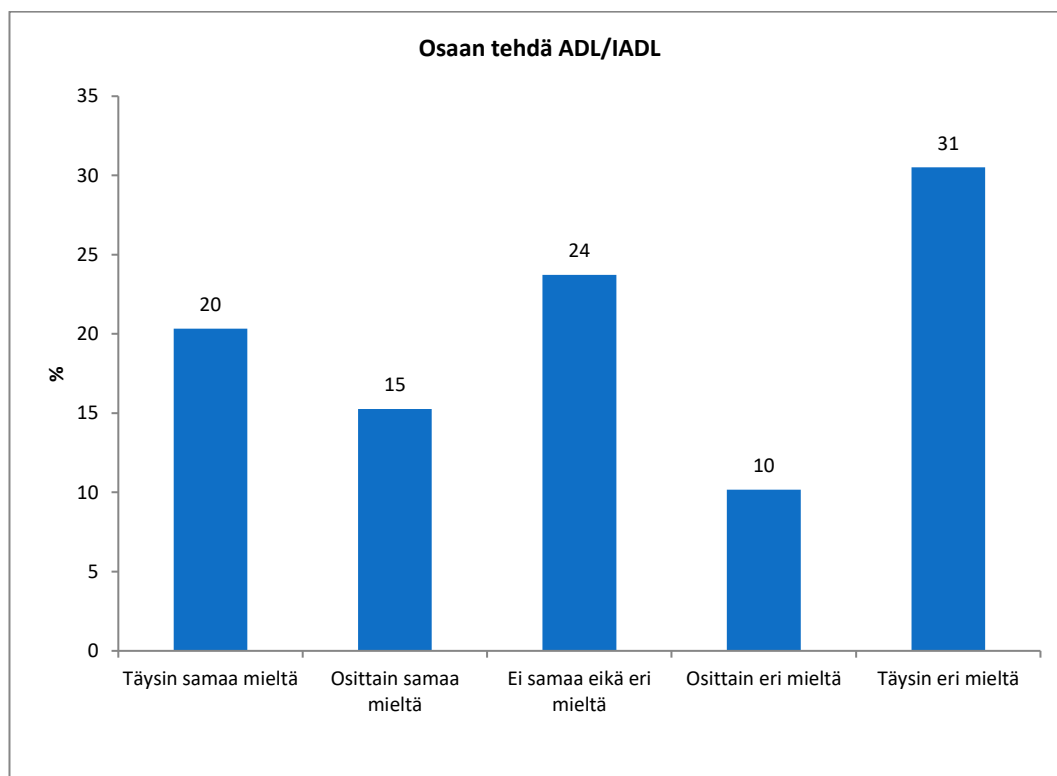
Iäkkään henkilön psyykkisen toimintakyvyn ongelmat ilmenevät usein epäluuloisuus ja harhaluuloisuusoireina, masennuksena tai alkoholin käyttönä. GDS 15/30 soveltuu hyvin iäkkään henkilön psyykkisen toimintakyvyn arviointiin. (Toimia tietokanta www-sivut 2014.) Vastaajista 81 % (n=58) ei tee GDS 15/30 testiä. Vastaajien näkemys osaamisesta oli joka tiimissä tasaisen vaihtelevaa, yhteensä 42 % vastasi olevansa eri mieltä (Kuvio 13).



Kuvio 13. Osaan tehdä GDS 15/30 (n=58).

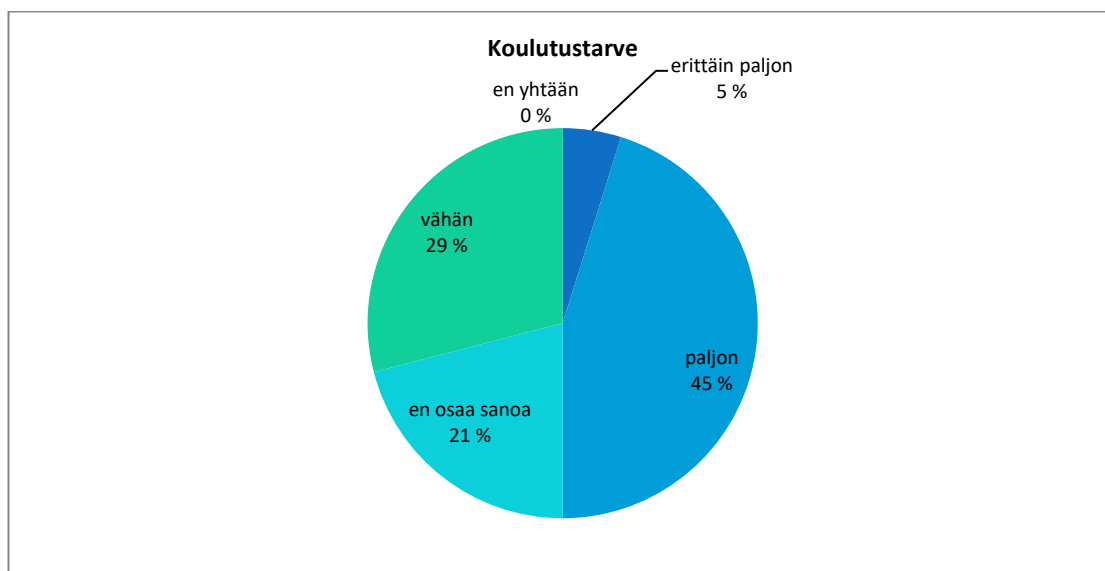
Toimintakyvyn systemaattinen arviointi edellyttää selkeästi sovittuja käytäntöjä kuten mitä arviointimenetelmiä käytetään ja koulutusta niiden käyttöön. Toimintakyvyn arvioinnilla pyritään mm. tunnistamaan toimintakyvyssä tapahtunutta heikkenemistä ja muutosta, jotta tarvittavat jatkotutkimukset voidaan käynnistää viiveettä. IADL ja ADL -kaavakkeiden avulla voidaan arvioida jokapäiväisistä arkitoimista suoriutumista. Näiden kysymysten lisäksi on tärkeää havainnoida iäkkään ihmisen toimintaa omassa ympäristössä. (Toimia tietokanta www-sivut 2014.)

Vastaajista 81 % (n=59) ei täytä IADL ja ADL -kaavakkeita. Kysyttäessä osaako tehdä nämä kaavakkeet vastaajista 20 % oli täysin samaa mieltä, 15 % osittain samaa mieltä ja 24 % ei ollut samaa eikä eri mieltä, osittain eri mieltä oli 10 % ja lähes kolmasosa (31 %) oli täysin eri mieltä. Osaaminen vaihteli tiimien välillä ja vaihteluväli täysin samaa mieltä olevien kesken oli 12–57 %, osittain eri mieltä olevien kesken 6–40 %, osittain tai täysin eri mieltä olevien kohdalla 12–47 % (Kuvio 14).



Kuvio 14. Osaan tehdä ADL ja IADL (n=59)

Kysymykseen kuinka paljon koet tarvitsevasi muistiasioihin liittyvää koulutusta, puolet vastaajista koki tarvitsevasa paljon tai erittäin paljon, 21 % ei osannut sanoa ja 29 % koki tarvitsevasa vähän (Kuvio 15). Yksi tiimeistä erottui ”en osaa sanoa” vastausvaihdon runsaudella, 47 % tämän tiimin vastanneista koki, ettei osaa sanoa. Kukaan ei vastannut, ettei tarvitse ollenkaan koulutusta.



Kuvio 15. Kuinka paljon koet tarvitsevasi muistiasioihin liittyvää koulutusta? (n=62)

#### 4.2.3 Avointen kysymysten tulokset

Kyselykaavakkeessa oli kolme avointa kysymystä, joiden avulla selvitettiin muistiin liittyvää lisäkoulutustarvetta, muistioireisen asiakkaan jatkotutkimuksiin ohjausta ja toiminnan kehittämiseen liittyviä ideoita ja tarpeita.

Avoimessa kysymyksessä 11 haettiin vastausta siihen, mistä muistiin liittyvistä asioista haluaisi lisäkoulutusta. Vastaajista 37 % (n=23) jätti vastaamatta ja yksi vastasi ”ei osaa sanoa”.

Eniten haluttiin koulutusta **lääkehoidosta**. Lääkitys sisältää monia eri asioita kuten muistisairauksien lääkehoidon, miten muut lääkkeet vaikuttavat muistiin ja sopivat yhteen muistilääkkeiden kanssa.



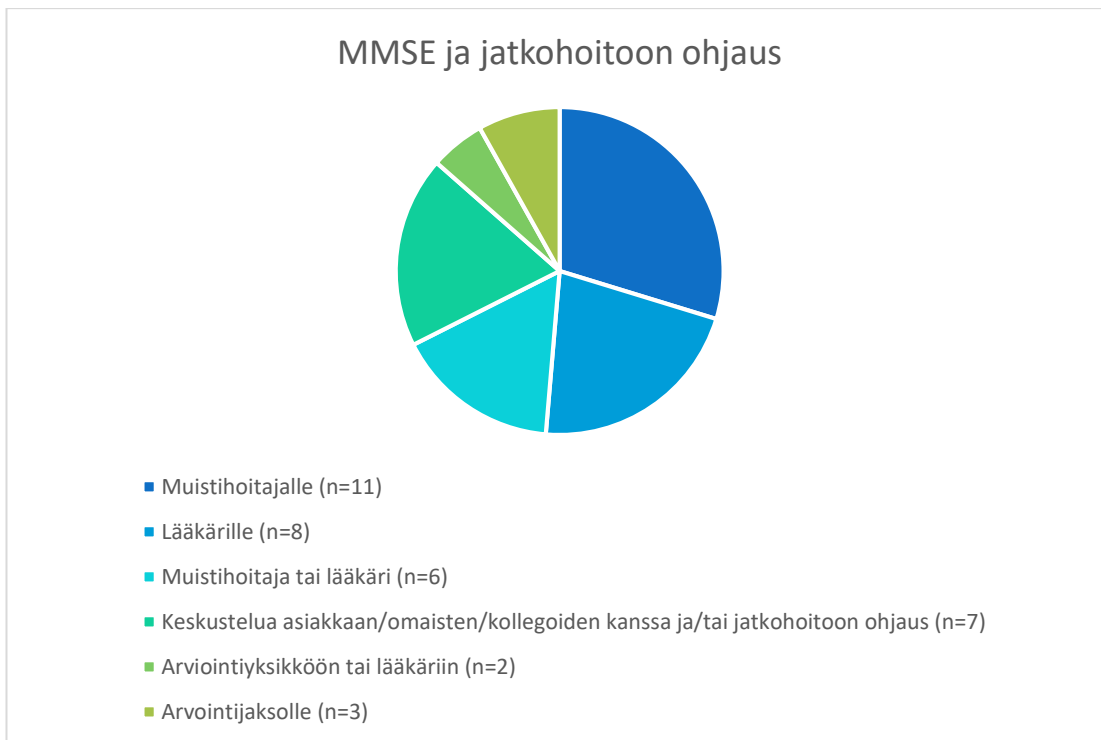
Lisäkoulutusta toivottiin yleisesti kaikista **muistisairauteen** liittyvistä asioista ja eriteltynä eri muistisairauksista, niiden tunnistamisesta, oireista ja eri vaiheista. **Lääkkeetön hoito** oli myös toivottu aihe ja erityisesti toivottiin koulutusta muistia tukevista ei-lääkkeellisistä toiminnoista ja harjoitteista. Lisäkoulutusta toivottiin **Testeistä** ja ohjeistusta niiden tekemiseen. **Käyttöoireista** ja käyttöoireisen asiakkaan kanssa toimimisesta haluttiin lisäkoulutusta.

**Hoitopolku**, tutkimukset ja hoitoon ohjaus, etuisuudet ja tuet olivat toivottuja aiheita. Yksittäisiä koulutustoiveja olivat muistisairaahan ravitseminen, kuntoutusmahdollisuudet/tavat, kolmas sektori, muistisairauden etenemisen seuranta kotihoidossa järjestelmällisesti, omaisten ja läheisten tukeminen, asiakkaan huomioiminen päivittäisissä toiminnoissa, palvelut ja hoitotahto.

Kysymys 12 kartoitti, miten toimitaan huomattaessa aiemmin hyvämuistisella asiakkaalla muistioireita? Tähän kysymykseen vastasi 94 % (n=59). Vastausten perusteella luokittelu tapahtui kahteen ryhmään, joissa toisessa tehtiin MMSE (Kuvio 16) ja toisessa ei tehty (Kuvio 17).

MMSE sisältyi yhteensä 37 vastanneen (63 %) vastaukseen niin, että joko sen tekee itse tai joku muu esim. tiimin sairaanhoitaja. Osa vastanneista kuvaili tekevänsä sen heti huomattuaan muistioireita ja osa seurasi tilannetta. Muistihoitajalle ohjasi jatkotutkimuksiin 11 vastaajaa, lääkärille 8 ja joko muistihoitajalle tai lääkärille 6. Kolme vastaajaa ohjasi arviointijaksolle ja kaksi joko arviointijaksolle tai lääkäriin. 7 vastaajaa keskusteli omaisten, työkavereiden tai asiakkaan kanssa muistitilanteesta ja osa ohjasi jatkotutkimuksiin, mutta ei tarkentanut minne.

Vastanneista 22 (37 %) ei ilmoittanut MMSE-testiä. Heistä suurin osa eli 19 keskusteli asiasta työyhteisössä, tiimissä kollegoiden kanssa. Tämän lisäksi kaksi keskusteli omaisten kanssa ja yksi asiakkaan kanssa. 6 vastaajaa pohti tilannetta yhdessä kollegoiden kanssa ja 9 ohjasi jatkotutkimuksiin lääkärille, muistihoitajalle, arviointiyksiköön, mobiililääkärille tai mobiilihoitajalle. Näiden lisäksi yksi vastaaja otti yhteyttä omaisiin tai jollei ole omaisia niin lääkäriin ja yhdessä vastauksessa poissuljetaan muut syyt esim. infektiot/unettomuus.



Kuvio 16. MMSE ja jatkohoitoon ohjaaminen (n= 37)



Kuvio 17. Jatkotutkimukset ilman MMSE-testiä (n=22)

Avoin kysymys 13 kartoitti, miten kehittäisit muistiin liittyvää toimintaa? (Kehittämisideoita ja -tarpeita, mitä turhaa tehdään, mitä pitäisi tehdä toisin tms.) Kysymykseen vastasi 32 ja vastaamatta jätti 31. Tiimien välillä ei ollut juurikaan eroja vastausprosentteissa, vaan kaikissa noin puolet vastasi tähän kysymykseen. Vastaajista kaksi oli sitä mieltä, että asiat ovat perusturvassa hyvin.

Vastausten luokittelussa käytettiin pelkistettyjen ilmausten ryhmittelyä ala-, ylä- ja pääluokkiin (Kuvio 18). Vastausten sisällönanalyysin tuloksena vastaukset jaettiin kahteen pääluokkaan: asiakasta osallistavaan ja toimintakykyä ylläpitävään tai parantavaan toimintaan sekä muistisairaahan hyvän sekä laadukkaan hoidon mahdollistaviin tekijöihin. Pääluokat muodostuivat alaluokista, joita olivat kognitiivinen, sosiaalinen, fyysinen ja psyykkinen toimintakyky sekä asiakkaan kohtaaminen, osaamisen vahvistaminen, tiedon lisääminen, organisaation toiminta ja muistisairaahan hoitopolku.

Vastaajien suoria lainauksia on esitetty pääluokkien sisällön kuvausten jälkeen ja vastaajat on luokiteltu kyselykaavakkeen numeroinnin mukaisesti V1-V63.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Ristikot Lukeminen Ongelmanratkaisutehtävät Tehtävät Pelit/Tabletin kautta pelattavat pelit Muistelu Muistikuntoutusohjelma	Ajattelu Pohdinta Ongelmanratkaisu	Kognitiivinen toimintakyky	Asiakasta osallistava ja toimintakykyä ylläpitävä tai parantava toiminta
Hoitajan kanssa yhdessä tekeminen Hoitajan kanssa keskustelu Omaiset Yhdessäolo Kerhotoiminta Vertaistukiryhmät Keskustelupiirit Päivätoiminta Pienet ryhmät Vapaaehtoiset	Yhdessä olo Omaiset ja läheiset Ammattilaiset Vapaaehtoiset Muut sairastuneet Muut ikääntyneet Omanikäiset	Sosiaalinen toimintakyky	
Ulkoilutus Liikunta Jumppa	Fyysinen tekeminen	Fyysinen toimintakyky	
Kaikkea, mikä virkistää mieltä Ajan antaminen Päiväruutiinit Virikkeet Kotiin tuotava toiminta	Virkistys Ajan käyttö	Psyykinen toimintakyky	
Kohtelu Kohtaaminen Ymmärrys Kuuntelu Yksilöllisyyden huomiointi Elämäntarinan huomioiminen	Eettisyys Arvostus Kunnioitus Vuorovaikutus	Asiakkaan kohtaaminen	Muistisairaahan asiakkaan hyvä ja laadukas hoito
Konkreettista tietoa Koulutusta Infotilaisuuksia Osallistuminen vuorotellen koulutuksiin Informaatiota työpaikoille Tietoa ja ohjeita Lomakkeita Omaisille tietoa	Henkilökunnan ja omaisten tiedon lisääminen  Koulutus	Osaamisen vahvistaminen  Tiedon lisääminen	
Omat ja tutut hoitajat muistisairaille Lisää hoitajia Vähäinen hoitajien vaihtuvuus Riittävästi aikaa Aikaa olla läsnä  Järjestelmällinen arviointi Muistitestit Toimintamalli Yhteistyön lisääminen Muistivastaava	Resurssit: Henkilökunta Aika  Muistitutkimukset ja seuranta  Moniammatillinen yhteistyö	Organisaation toiminta  Muistisairaahan hoitopolku	

Kuvio 18. Sisällönanalyysi muistiin liittyvän toiminnan kehittämisestä.

Asiakasta osallistava ja toimintakykyä ylläpitävä tai parantava toiminta sisältää fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja kognitiivisen toimintakyvyn ylläpitämiseen ja parantamiseen. Fyysisen toimintakyvyn alaluokka fyysinen tekeminen muodostui ulkoilutuksesta, liikunnasta ja jumpasta. Psyykkinen toimintakyky piti sisällään virkistyksen ja ajan käytön kuten ajan antamisen, päivärutiinit, virikkeet, kotiin tuotavan toiminnan ja kaiken, mikä virkistää mieltä. Sosiaalisen toimintakyvyn alaluokkia oli monia: yhdessä olo, omaiset ja läheiset, ammattilaiset, vapaaehtoiset, muut sairastuneet, muut ikääntyneet ja omanikäiset. Sosiaalista toimintakykyä voidaan ylläpitää ja parantaa hoitajan kanssa yhdessä tekemisellä ja keskustelulla, yhdessäololla, kerhotoiminnalla, päivätoiminnalla ja muulla ryhmätoiminnalla sekä omaisten ja vapaaehtoisen avulla. Kognitiivinen toimintakyky muodostui ajattelusta, pohdinnasta ja ongelmanratkaisusta sekä keinoina olivat mm. ristikot, lukeminen, ongelmanratkaisutehtävä, pelit, muistelu ja muistikuntoutusohjelma.

*”Riittävästi virikkeitä, ulkoilua, liikuntaa, aivojumppaa, ristisanatehtäviä/lukemista/pelejä/ongelmanratkaisutehtäviä. Tekemistä mielelle, että pysyisi vireänä.” (V8)*

*”Muistisairaavat tarvitsevat enemmän virikkeitä, ulkoilua, kaikkea mikä virkistää mieltä. Kotihoidon työntekijät voisivat tehdä näitä ja välillä siihen pystytäänkin, mutta aikaa ei usein ulkoilutuksiin yms. Asiakkaat välillä silti kieltäytyvät virikkeistä/päivätoiminnoista. Voi johtua pelosta, kun muistisairas ei täysin ymmärrä mitä tapahtuu ja siksi kieltäytyvät. Hienoa olisi, jos yksilöllisesti voitaisiin suunnitella muistikuntoutusohjelmia. (V34)*

*”Muistisairaille sopivaa kerhotoimintaa, pelejä, yhdessäoloa ym. mukavaa.” (V52)*

Muistisairaahan asiakkaan hyvä ja laadukas hoito muodostui monesta eri osa-alueesta, jotka ovat asiakkaan kohtaaminen, osaamisen vahvistaminen, tiedon lisääminen, organisaation toiminta ja muistisairaahan hoitopolku. Asiakkaan kohtaamisessa korostuivat

eettisyys, arvostus, kunnioitus ja vuorovaikutus. Henkilökunnalta toivottiin ymmärtävää suhtautumista muistisairasta asiakasta kohtaan, yksilöllisyyden huomioon ottamista ja asiakkaan elämäntarinan tuntemista. Osaamisen vahvistaminen ja tiedon lisääminen koskivat sekä hoitohenkilökuntaa että omaisia. Vastaajat halusivat infotilaisuuksia, koulutuksia, konkreettista tietoa, ohjeita ja lomakkeita. Henkilökunnan koulutuksiin toivottiin osallistumista vuorotellen. Myös omaisille toivottiin samoja asioita ja koulutusta. Organisaation toiminnan alaluokaksi luokiteltiin resurssit, jotka muodostuivat henkilökunnasta ja ajasta. Vastaajat toivoivat henkilökunnalla olevan riittävästi aikaa ja aikaa olla läsnä. Henkilökuntaan liittyvissä vastauksissa toivottiin lisää hoitajia ja vähäistä hoitajien vaihtuvuutta, jolloin omat ja tutut hoitajat osallistuisivat muistisairaahan hoitoon. Muistisairaahan hoitopolussa erityisesti muistitutkimukset ja seuranta sekä moniammatillinen yhteistyö tulivat vastauksissa esiin. Muistipolkuun liittyviä kehittämistarpeina olivat mm. muistitestit, toimintamalli, muistivastaava ja järjestelmällinen arviointi.

*”Jotenkin tuntuu, että muistisairaudet ovat edelleen tabu-asia (hävettäviä), joten avoimuus muistisairauden suhteen (lehtijutut, omakohtaiset asiakkaan ja omaisen kertomukset) voisivat olla hyväksi ja tuoda sairautta yleisön tietoon, jolloin ”tabukynnys” alenee” (V5)*

*”Muistilääkkeiden tai muistilaastareiden käyttö ei välttämättä ole niin tarpeellinen kaikille” (V23)*

*”Ensinnäkin omaisten tulisi saada enemmän tietoa muistisairaudesta. Eivät aina ymmärrä miksi omaisen käyttäytyy erilailla ym. ” (V29)*

*” Kotihoidossa muistipotilaalle pitäisi antaa enemmän aikaa, mutta nyt ei ole mahdollista tiukkojen aikataulujen takia”(V63)*

*”Kotihoidosta puuttuu järjestelmällinen arviointi sen jälkeen, kun asiakas on päässyt geriatrin arvioon ja saanut mahd. diagnoosin. Toimintamalli?”(V9)*

*”Kaipaen neuvoa miten muistipotilaan kanssa toimitaan, lähinnä hoitopolkua. Riittääkö yhteydenotto muistihoitajaan? Pitääkö kysyä lääkäriltä, koska yhteydenotto geriatrian pkl:lle. Tarviiko lähetteen? (V21)*

*”Kotihoidon ja muistihoitajan yhteistyötä voisi kehittää, nyt kotihoidon osuudeksi jää lähinnä varmistaa muistilääkkeen saaminen” (V63)*

Viimeisenä kysymyksenä kysyttiin halukkuudesta alkaa oman tiimin muistivastavaksi/muistiyhdyshenkilöksi, mikäli sellaista ei vielä ole. Kysymykseen tuli 55 vastausta, 47 ei halunnut ja 8 oli halukasta. Lomakkeessa olleen ohjeistuksen mukaan halukkaat laittoivat omat yhteystiedot sähköpostitse, jotta vastauslomake pysyy nimettömänä. Yhdessä tiimissä oli jo nimetty muistivastaava ja hän ilmoitti halunsa jatkaa. Omat yhteystiedot lähetti yhteensä viisi henkilöä.

#### 4.2.4 Työpajamenetelmä muistiyhdyshenkilöverkoston toiminnan aloitusprosessissa

Kyselytutkimuksen päätyttyä kartoitimme yhdessä kotihoidon tiimien esimiesten muistivastavaksi ilmoittautuneet ja sovimme, että kaikki halukkaat voivat toimia muistivastaavina/muistiyhdyshenkilöinä. Pohjois-Puiston ja Viikkarin tiimeistä ei löytynyt halukasta, vaikka tiimin esimies vielä myöhemmin informoi asiasta henkilökuntaa.

Porin perusturvan omia ympärivuorokautisen hoidon yksiköitä Pohjoisella alueella ovat Kiilarinteen palveluasunnot Merikarvialla, Noormarkussa Mäntylinnan vanhainkoti ja Mäntylinnan palveluasunnot, Palvelukoti Snällintupa ja Noormarkun lähipalvelukeskuksen osasto. Yhteistyössä yksiköiden esimiesten kanssa kartoitettiin muistivastavia/muistiyhdyshenkilöitä, joita osassa yksiköistä oli jo aiemmin nimettynä ja osaan nimettiin tässä yhteydessä. Kesäkuun 2017 alussa jokaisessa yksikössä oli nimettynä muistivastaava, joka tuli mukaan muistiyhdysverkostoon. Kahdessa yksikössä oli nimettynä kaksi muistivastaavaa.

Muistiyhdyshenkilöverkoston ilmoittautui kesäkuun alkuun mennessä mukaan viisi kotihoidosta ja kuusi ympärivuorokautisen hoidon yksiköistä, joten verkoston aloittaessa toiminnan mukana oli 11 muistivastaavaa. Verkoston ensimmäinen tapaaminen järjestettiin 8.6.2017 Noormarkussa. Kesälomien ja sairauslomien vuoksi muistivastaavia oli paikalla seitsemän. Tutkimussuunnitelman mukaan kehittämissiltapäivä oli tarkoitus toteuttaa Learning cafe eli oppimiskahvila menetelmällä. Tämä on tarkoitettu noin 12 hengen tai isommalle ryhmälle ja menetelmän tavoitteena on keskustelun ja omien näkemysten selittämisen kautta löytää yhteinen ymmärrys, ratkaisu käsiteltävään teemaan. (Innokylä www-sivut 2017.) Learning Cafe ei ollut käyttökelpoinen vähäisen osallistujamäärän vuoksi, joten kehittämisspäivässä käytettiin tulevaisuustyöpaja -menetelmää.

Työpajamenetelmää voidaan käyttää mm. jonkin tulevaisuuteen liittyvän asian jäsentämiseksi ja ratkaisemiseksi, kehitysstrategian rakentamiseksi, tiedon kartoittamiseksi ja sosiaalisen oppimisen apuvälineenä. Se sopii hyvin esim. työpaikan henkilökunnalle. Tulevaisuustyöpaja tai -verstaas toimii aivoriihen tavoin ja jokainen osallistuja voi esittää oman mielipiteen sekä ratkaisuehdotuksen asioista. Osallistujamäärä ei saisi ylittää kahtakymmentä, mutta liian pieni ryhmä ei tuo riittävästi monipuolisuutta ja näkökulmia. Tarkoituksena on saada kaikki osallistumaan aktiivisesti työryhmien työskentelyssä ja saamaan kaikkien ääni kuuluviin. (Rubin 2004.)

Kokoonnuimme ensimmäistä kertaa ja osa meistä oli vieraita toisillemme, mutta yhdistävänä tekijänä oli muistiyhdyshenkilöverkosto ja kiinnostus muistiasioihin. Kehittämissiltapäivä aloitettiin esittelykierroksella ja kerroin muistipotilaan hoitopolusta Porin perusturvassa. Tämän jälkeen osallistujat jaettiin kahden tai kolme hengen ryhmiin. Ensimmäisenä tehtävänä oli pohtia jotain positiivista työkokemusta, mikä oli jäänyt mieleen muistisairaana ihmisen hoidossa/kohtaamisessa. Kaikilla oli positiivisia kokemuksia, joita kerrottiin ensin omalle pienryhmälle ja lopuksi koko ryhmälle. Kokeemukset olivat hyvin erilaisia, koska työpaikat ovat erilaisia ja asiakkaat/potilaat erikuntoisia.

Seuraavana tehtävänä oli miettiä ensin yksin ja sitten ryhmässä minkälaisen haluaisi muistisairaana hoitopolun olevan vuonna 2025 (Kuvio 19). Tämä oli innostusta herättävä osio, jossa ideoita tuli runsaasti ja nopeasti. Tehtävässä jokainen idea kirjattiin



omalle tarralapulle, jotka kiinnitettiin seinään ja samalla ryhmä kertoi kaikille muille ideansa. Vaikka ideoita tuli runsaasti, olivat ne melko yhteneväisiä eri ryhmissä.

<input type="radio"/> oma muistihoitaja ja lääkäri
<input type="radio"/> tutkimukset tehdään kotona
<input type="radio"/> hoitoon pääsy nopeaa ja laadukasta
<input type="radio"/> kaikille yli 65-v. vuosikontrollit
<input type="radio"/> vuosiseurannan toteutuminen
<input type="radio"/> aikaa muistiasiakkaille
<input type="radio"/> palvelut lähellä
<input type="radio"/> lääkehoito kehittynyt, parannus mahdollinen
<input type="radio"/> aktiviteettien lisääntyminen
<input type="radio"/> toimintakyky
<input type="radio"/> muistisairas mukana elämässä, yhteiskunnassa
<input type="radio"/> muistisairaiden kuntoutus
<input type="radio"/> yhteistyö eri paikkojen kanssa

Laitoshoidossa:
<input type="radio"/> hoitopaikka on turvallinen ja kodikas
<input type="radio"/> muistisairaiden oma osasto
<input type="radio"/> omat rytmit
<input type="radio"/> samat hoitajat
<input type="radio"/> itsemääräämisoikeus toteutuu
<input type="radio"/> saa itse valita hoitopaikan
<input type="radio"/> yksilöllisyys

Kuvio 19. Työpajan tuottamia ideoita tulevaisuuden muistisairaahan hoitopoluksi.

Kehittäminen jatkui miettimällä ryhmässä mitä ratkaisuja tulisi tehdä, jotta tähän ideaalimalliin päästäisiin (Kuvio 20). Tehtävänannossa pyydettiin miettimään erityisesti muistiyhdyshenkilöverkoston mahdollisuuksia ja konkreettisia toimia. Ratkaisut kirjattiin erillisille tarralapuille, jotka kiinnitettiin oveen. Ryhmät esittelivät omat ideansa kaikille. Lopuksi jokainen osallistuja sai käyttöönsä kolme viivaa, joiden avulla sai valita mielestään kolme parasta ratkaisua antamalla yhden viivan valitsemalleen ehdotukselle.

○ Teknologian kehittyminen ja hyödyntäminen mm. valvontajärjestelmien käyttöönotto
○ Lisäresurssit: henkilökunta, aika, raha, osaaminen, koulutus, enemmän muistihoitajia, lisää yksiköitä (hoitolaitosten tulisi olla toimivia, nykyaikaisia, viihtyisiä, terapeuttisia)
○ Tiedon lisääminen: tietoa muistisairauksista, yleistä tietoutta jo kouluikäisille, ymmärrys lisääntyy tiedon avulla, muistisairaiden hoidosta koulutusta
○ Muistipotilaan kuntoutustoiminnan kehittäminen
○ Kutsut seulontaan ja seurantaan
○ Innovaatioita: hoitoon, kokeilunhalua, ennakkoluulottomuutta, johto, rajojen rikkomista
○ Oma aktiivisuus ja ennakointi, harrastukset, aivoterveys
○ Työnantajan panostus työntekijöiden hyvinvointiin
○ Asiakaslähtöisyys
○ Hoitokäytäntöjen muuttaminen
○ Muistineuvolat
○ Uusien lääkkeiden saaminen markkinoille
○ Säännöllinen valvonta ja laadunvarmistus hoitoyksiköissä
○ Yhteistoiminta
○ Päättäjät kiinnostumaan muistisairaista

Kuvio 20. Muistiyhdyshenkilöiden ratkaisuehdotukset ideaalimallin saavuttamiseksi työpajamenetelmää käyttäen.

Keskustelimme valinnoista yhdessä ja erityisesti tiedon lisääminen koulutuksen avulla nousi halutuimmaksi asiaksi. Muistiyhdyshenkilöt toivoivat tutustumiskäyntiä geriatrian poliklinikalle ja koulutusta erityisesti lääkehoidosta ja eri muistisairauksista. Opinnäytetyön työelämän ohjaaja ja Pohjoisen alueen vanhuspalveluiden päällikkö Taina Weckströmin suostumuksella seuraava muistiyhdyshenkilöverkoston kokoon-tuminen järjestettiin 15.11.2017. Muistivastaavien toiveiden mukaan iltapäivään sisältyi geriatrian ylilääkäri Maritta Salonojan luennot sekä tutustumiskäynnit muistipotilaan kuntouttavalle osastolle ja geriatrian poliklinikalle.

#### 4.2.5 Aineistojen yhteenvetoa ja tulosten tarkastelua

Kehittämistyön aineisto kerättiin kyselytutkimuksen, työpajatoiminnan ja muiden prosessin aineistojen ja kehittämistyön tekijän havaintomateriaalien kautta.

Kyselytutkimuksella haettiin vastauksia muistipotilaan hoitoon liittyvästä osaamisesta, testien tekemisestä, koulutustarpeista, muistitutkimuksiin ohjaamisesta, kehittämisestä ja koulutustoiveista sekä halukkuudesta olla tiimin muistivastaava. Muistivastaavien työpajamenetelmän avulla kartoitettiin ajatuksia muistisairaahan hoitopolun ideaalimallista vuonna 2025 ja ratkaisuehdotuksia, miten tämä voitaisiin toteuttaa ja eriyisesti muistiyhdyshenkilöverkoston mahdollisuuksia.

Kyselytutkimuksessa kotihoidon henkilökunnan osaamista arvioitiin kymmenen väittämän muodossa, joissa vastaaja itse arvioi omaa osaamista. Vastausten mukaan kaikilla osaamista kartoittavilla osa-alueilla koettiin olevan vahvaa osaamista. Kaikki vastaajat osasivat tunnistaa muistioireita ja käytösoireita/haasteellista käyttäytymistä sekä tiesivät, mitä tarkoitetaan muistitutkimuksilla. 84–85 % tiesi joko täysin tai osittain miten muistisairaahan hoitopolku toimii Porin perusturvassa, mitä tarkoitetaan lääkkeettömällä hoidolla ja pystyi työssään huomioimaan muistisairaahan yksilöllisesti. 73 % oli joko täysin tai osittain sitä mieltä, että osaavat neuvoa erilaisten tukien ja etuuksien hakemisessa sekä 77 % hallitsi työssään riittävän hyvin muistisairauksien lääkehoidon. Muistisairaahan omaisen ja läheisten tukemisen koki haasteellisena yhteensä 65 % vastanneista. Arviointiyksikköön teki asiakkaasta tarvittaessa lähetteen 64 % vastaajista (43 % täysin samaa mieltä ja 21 % osittain samaa mieltä).

Testien tekemisestä kysyttiin kahdella eri kysymyksellä, joista ensimmäisessä kysyttiin, tekeekö MMSE, CERAD, GDS 15/30, ADL ja IADL -testejä sekä toisessa vastaajaa pyydettiin arvioimaan, miten kokee osaavansa tehdä nämä. Vastanneista 83 % teki työssään MMSE-testiä ja kaikilla oli osaamista sen tekemiseen. CERAD-testiä ilmoitti tekevänsä kaksi vastaajaa, mutta osaamista siihen löytyi lähes kolmasosalta (30 %) vastanneista. Vastauksissa oli tiimien välisiä eroja osaamisen vaihteluvälin ollessa 12-42 %. CERAD-testin tekeminen vaatii erillisen koulutuksen tai perehdytyksen sekä välineet, joten vastaus ei tunnu luotettavalta ja totuudenmukaiselta. Vastaa- jista suurin osa (81 %) ei tee GDS 15/30 mielialakartoitusta eikä toimintakykykaavakeita ADL ja IADL sekä näiden osaamisessa oli suurta vaihtelua eri tiimien välillä.

Vanhuspalvelulaki edellyttää ikääntyneen henkilön palvelutarpeen selvittämisen yhteydessä tehtävää monipuolista ja luotettavia arviointivälineitä käyttäen tehtävää toimintakyvyn arviointia. Myös sosiaalihuoltolaki edellyttää erilaisten palveluiden, kuntoutuksen ja hoidon saamiseksi asiakkaasta lähtevää ja kokonaisvaltaista toimintakyvyn arviointia. Hoito- ja palvelusuunnitelma laaditaan toimintakyvyn arvioinnin pohjalta. Toimintakyvyn arvioinnissa yleisimmin käytettyjä mittareita ovat mm. MMSE, GDS 15 tai GDS 30. Vuonna 2016 tehdyn tutkimuksen mukaan puolet vastaajista oli sitä mieltä, että kotihoidossa toimintakyvyn arviointi on pirstaleista ja yksipuolista sekä tapahtui usein siinä vaiheessa, kun toimintakyky heikkeni tai romahti. (Tuominen & Tuuri 2017, 232–233.) Kyselytutkimuksen tulos vastaa tämän tutkimuksen tulosta.

Kyselytutkimukseen osallistuneiden vastaajien perusteella kotihoidon henkilökunnasta suurin osa on lähihoitajia tai perushoitajia. Vastanneista 62 %:lla ei ollut lisäkoulutusta. Vastausten perusteella puolet henkilökunnasta kokivat tarvitsevänsä muistiin liittyvää koulutusta erittäin paljon tai paljon. Eniten haluttiin koulutusta lääkehoidosta, muistisairauksiin liittyvistä asioista, lääkkeettömästä hoidosta sekä testeistä ja ohjeistusta niiden tekemiseen.

Avoimessa kysymyksessä kartoitettiin muistioireisen asiakkaan hoitoon ohjausta ja vastauksissa tuli esiin paljon eri tapoja toimia. 63 % vastanneista teki joko itse tai ohjasivat asiakkaan MMSE-testiin, heistä suurin osa (68 %) ohjasi asiakkaan muistihoitajalle ja/tai lääkärille sekä 7 vastaajaa ohjasi jatkotutkimuksiin, mutta eivät tarkentaneet minne. 37 %:lla vastaajista MMSE ei sisältynyt vastauksiin, heistä suurin osa (86

%) keskusteli asiasta työyhteisössä, tiimissä kollegoiden kanssa ja noin kolmasosa (36 %) ohjasi jatkotutkimuksiin lääkärille ja/tai muistihoitajalle. Muita vaihtoehtoja olivat mm. arviointiyksikköön lähettäminen, mobiilihoitaja tai mobiililääkäri, miettiminen asiakkaan/omaisten/kollegoiden kanssa.

Muistipotilaan jatkotutkimuksiin ohjaaminen oli hyvin vaihtelevaa. Vastauksista voidaan tehdä johtopäätös, että muistipotilaan hoitopolku ei ole vielä työntekijöiden tiedossa riittävän hyvin. Tähän vaikuttaa sen huono saatavuus, koska sitä ei ole julkaistu laajasti eikä se ole kaikkien saatavilla yleisesti. Muistipotilaan hoitopolku Porin perusturva ohjeen mukaan kotihoidon asiakkaille tekee kotihoidon työntekijä MMSE-testin ja ohjaa oman alueen muistihoitajalle. Ne, jotka eivät ole kotihoidon asiakkaita ohjataan suoraan muistihoitajalle, mikäli tulee epäily muistisairaudesta. (Muistipotilaan hoitopolku Porin perusturvakeskuksen yhteistoiminta-alueella 2016, 16.)

Muistiin liittyvän toiminnan kehittämiseen haettiin vastauksia avoimella kysymyksellä ja noin puolet vastaajista vastasi tähän kysymykseen. Vastaukset olivat monipuolisia ja sisälsivät laajasti eri osa-alueita. Vastaukset käsiteltiin sisällönanalyysin avulla ja ne voitiin luokitella kahteen pääluokkaan: asiakasta osallistava ja toimintakykyä ylläpitävä tai parantava toiminta sekä muistisairaana asiakkaan hyvä ja laadukas hoito. Toimintakykyä tukevia harjoitteita muistisairaana arjessa ovat kaikki aivoja käyttävät toiminnot kuten oman elämän eläminen, siihen liittyvät arkiaskareet ja toimet, harjoitteet (pelit, muistelu, keskustelu, pulmatehtävät, käsillä tekeminen jne.) sekä sosiaaliset suhteet (Nukari 2014, 152–156).

Yhteenvedon muistiin liittyvän toiminnan kehittämiseen saaduista vastauksista voidaan sanoa, että muistipotilaan kokonaisvaltaiseen, yksilölliseen, arvostavaan ja kunnioittavaan kohtaamiseen ja hoitoon liittyviä tekijöitä oli huomioitu laajasti. Esteinä vastaajat ilmoittivat kiireen, resurssipulan (aika ja henkilökunta), hoitajien vaihtuvuuden ja hoitopolun epäselvyyden.

Kohtaamattomat tarpeet ovat olleet kansainvälisen tutkimuksen kohteena viime vuosina ja niistä on saatu paljon uutta tietoa. Kohtaamattomia tarpeita syntyy sekä muistisairausten aiheuttamien tekijöiden, että ympäristön ja hoitajien vaikutuksesta. Tutkimusten mukaan muistisairaiden hoidon laatua voidaan parantaa erityisesti kohtaamalla

ja vastaamalla heidän tarpeisiin. Muistisairaille tulisi tarjota mielekästä tekemistä, jossa huomioidaan heidän aiemmat rutiinit ja mielenkiinnon kohteet, arvot ja uskomukset. Muistisairaana kohtaamisesta ja tarpeiden tunnistamisesta järjestetty koulutus ammattinimikkeestä riippumatta on hyödyllistä. Nykyistä laajemmin tulisi käyttää eri ammattiryhmiä ja toimijoita kuten toimintaterapeutteja, sosiaalityöntekijöitä, omaisia ja vapaaehtoistyöntekijöitä. Henkilökunnan vaihtuvuus on yksi laadukkaan hoidon este, joten sitä pitäisi välttää erityisesti muistipotilaiden kohdalla. (Cohen-Mansfeld, Dakheel-Ali, Marx, Thein & Regier 2015, 59–64).

Muistivastaavaksi kyselylomakkeessa ilmoitti haluavansa 8 vastaajaa, mutta yhteystietonsa tutkimuksen tekijälle lähetti 5. Samanaikaisesti kartoitettiin alueen ympäri-vuorokautisen hoidon yksiköiden muistivastaavia ja jokaisesta yksiköstä lähti mukaan muistiyhdyshenkilöverkoston yksi tai kaksi muistivastaavaa, yhteensä 6.

Muistiyhdyshenkilöverkoston ensimmäinen kokoontuminen toteutettiin työpajamenetelmän avulla, verkostoon kuului silloin 11 muistivastaajaa ja tapaamisessa oli mukana 7. Muistivastaajat pohtivat, minkälainen olisi ideaalimalli muistisairaana hoitopolusta vuonna 2025 ja ratkaisuehdotuksia tämän saavuttamiseen. Tulevaisuuden hoitopolun toivotaan olevan laadukas, nopea, joustava ja katkeamaton. Muistisairaille hoitoa tarjoavien paikkojen toivotaan olevan erityisesti muistisairaille tarkoitettuja ja suunniteltuja, turvallisia, kodikkaita ja yksilöllisyyden huomioivia. Muita toiveita olivat mm. lähipalvelut, aikaa muistisairaille, yhteistyö, yksilöllisyyden ja itsemääräämisoikeuden toteutuminen.

Ratkaisuehdotuksia muistivastaavilla oli runsaasti, mutta äänestyksen jälkeen neljä eniten ääntä saanutta ehdotusta olivat: tiedon lisääminen (mm. tietoa muistisairauksista), hoitokäytäntöjen muuttaminen asiakaslähtöisiksi, muistipotilaan kuntoutuksen kehittäminen ja lisäresurssit (henkilökunta, aika, raha, osaaminen, koulutus).

Ratkaisuehdotusten mietinnässä muistivastaavien tuli huomioida muistiyhdysverkosto ja sen tuomat mahdollisuudet eli miten verkoston avulla voidaan yhdessä päästä muistipotilaan hoidossa kohti ideaalimallia. Näiden ehdotusten perusteella päätimme yhdessä seuravan verkostotapaamisen sisällön eli toiveiden mukaan järjestettiin geriatriin

luento eri muistisairauksista ja lääkehoidosta sekä tutustumiskäynnit muistipotilaan kuntouttavalle osastolle ja geriatrian poliklinikalle Maantiekadulla.

#### 4.3 Kehittämistyön yhteenvetoa ja pohdintaa

Konstruktiivisen mallin mukaan toteutettu toimintatutkimus sisälsi suunnittelua, vaiheistusta, toiminnassa oppimista ja osallisuutta ja sekä tutkimuksellista kehittämistä. Toimintatutkimus on prosessi ja se voidaan kuvata vaiheittain eli sykleittäin. Konstruktiivinen malli sisältää paljon elementtejä spiraalimallista. Spiraalimallin mukaan toteutetussa toimintatutkimuksessa tunnistetaan ja huomioidaan kehittämistoiminnan kulttuuriset, sosiaaliset ja inhimilliset piirteet. Kehittämistehtävä, sisältö ja toimenpiteet tarkentuvat arvioinnin ja reflektoinnin kautta. Spiraalimallissa ihmiset nähdään oppijoina ja luovina toimijoina, joiden elämänkulun aikana kertyneet erilaiset tiedot ja taidot (hiljainen tieto) ovat läsnä ja hyödynnettävissä parhaalla mahdollisella tavalla. (Salonen 2013, 14–18.)

Toimintatutkimuksen ensimmäinen sykli eli aloitusvaihe sisälsi kehittämistarpeen tunnistamisen ja aiheen valinnan sekä siihen perehtymisen ja tutkimussuunnitelman tekemisen. Muistisairaudet ja muistipotilaan hoitopolku Porin perusturvassa olivat tutkimuksen tekijälle tuttuja, mutta kirjallisuuskatsaus antoi paljon uutta näkökulmaa verkostotyöstä ja yhdessä kehittämisestä. Toimintatutkimuksesta ei voida laatia täsmällistä tutkimussuunnitelmaa eikä sen etenemistä voida tarkasti etukäteen kuvata. Tutkimusongelmat ja -menetelmät voivat muuntua ja kehittyä. Aineiston hankinta ja analysointi tuottavat uutta tietoa ja muokkaavat työn etenemisen suuntaa. (Anttila 2006, 85–86.)

Toinen sykli sisälsi kyselytutkimuksen kotihoidon henkilökunnalle ja muistivastavien kartoituksen. Kyselytutkimus toteutettiin kotihoidossa, koska kotihoidon työntekijät ovat avainasemassa muistisairauksien tunnistamisessa, varhaisen vaiheen diagnosoinnissa, toimintakyvyn arvioinnissa, ylläpitämisessä ja parantamisessa. Muistisairailta kotihoidon tarve on keskimäärin 6–8 vuotta. (Vähäkangas & Niemelä 2013, 212; Uusitalo 2013, 126–127).

Kyselytutkimuksen toteutumisessa kotihoidon tiimien esimiehet ja vastuuhoidajat olivat suurena apuna. Vastausprosentti 54 % oli hyvä ja mahdollisti kyselytutkimuksen luotettavuuden ja yleistettävyyden. Kyselytutkimus osoitti tiimien välistä eroavaisuutta, vaikka kaikki tiimit toimivat samalla alueella, mutta tämä eroavaisuus on tunnistettu yleisesti. Suomessa on merkittäviä alueellisia eroja muistisairauksien esiintyvyydessä johtuen suurelta osien eroavuuksista muistisairauksien seulonnassa, löytämisessä ja hoidossa (THL www-sivut 2017.) Muistivastaavien kartoitus tapahtui samanaikaisesti kotihoidon henkilökunnalle ja ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä yhteistyössä esimiesten kanssa.

Kolmas sykli oli muistiyhdyshenkilöverkoston muodostaminen. Muistivastaavia nimettiin kesäkuun alkuun mennessä 11 (n=11), joten vain kahdesta kotihoidon tiimistä ei tässä vaiheessa ollut nimettynä muistivastaavaa. Muistiyhdyshenkilöiden ensimmäinen tapaaminen (n=7) toteutettiin kesäkuussa 2017 työpajamenetelmän avulla ja toinen tapaaminen (n=8) järjestettiin 15.11.2017. Muistiyhdyshenkilöverkoston kahdessa tapaamisessa olivat läsnä lähes samat muistivastaavat, joten osa muistivastaavista ei ole vielä osallistunut verkoston toimintaan. Verkoston tapaamisista laadittiin muistiot, jotka lähetettiin vanhuspalveluiden päällikölle ja esimiehille.

Syksyn 2017 aikana nimettiin muistivastaavat niihin kahteen kotihoidon tiimiin, joista vielä puuttui, joten muistivastaavia oli yhteensä 13. Toimintatutkimuksen eri vaiheet ja syklit menevät osaltaan päällekkäin sekä ajallisesti että toiminnallisesti, mutta tämä kuuluu konstruktiivisen mallin mukaan toteutettuun kehittämistyöhön. Kehittämistyö muotoutuu siinä toimivien ihmisten, reflektoinnin ja arvioinnin mukaan.

Neljäs sykli oli toiminnan vieminen käytäntöön, toimintamallin luominen ja arviointi. Muistiyhdyshenkilöverkosto toimii Porin perusturvan Pohjoisella alueella, jonka vanhuspalveluiden päällikkönä on Taina Weckström. Hän sai tietoa verkoston toiminnasta ja kehittämispäivistä, mutta hän myös toimi tiedon välittäjänä ja käytännön yhteyshenkilönä. Hänen luvallaan muistiyhdyshenkilöverkoston tapaamiset toteutetaan kaksi kertaa vuodessa. Tietoa muistiyhdyshenkilöverkostosta välitettiin myös muille yhteistyökumppaneille kuten geriatrian poliklinikalle.



Muistiyhdyshenkilöverkoston kuuluu tällä hetkellä 13 muistivastaavaa, joten alueen jokaisessa kotihoidon tiimissä ja ympärivuorokautisen hoidon yksikössä on nimettynä vähintään yksi muistivastaava. Verkoston avulla toivotaan muistisairauksiin liittyvän tiedon ja osaamisen lisääntyvän sekä muistivastaavien että heidän työyhteisöjen osalla. Tiedon jakamisen haasteena oli muistivastaavien sähköpostin puuttuminen tai sen vähäinen käyttö. Tavoitteena on, että jokaisella muistivastaavalla on oma sähköposti, jota käytetään jatkossa tiedon välityksessä. Muistisairaudet ovat erittäin laaja aihealue ja verkoston muistivastaavat ovat koulutukseltaan ja työkokemukseltaan hyvin erilaisia. Yksi verkoston toiminnan haaste onkin saada toiminta pysymään kaikkia kiinnostavana ja mielekkäänä.

Viidentenä syklinä oli aineiston analysointi ja kehittämistyön raportointi. Aineiston analysointi sisälsi sekä kyselytutkimuksen että muistiyhdyshenkilöverkoston ensimmäisellä tapaamisella työpajamenetelmällä toteutetun aineiston analysoinnit. Aineiston yhteenvetona voidaan todeta, että henkilökunnalla on paljon muistisairauksiin liittyvää osaamista, tietoa ja taitoa. Kuitenkin on paljon kehitettävää ja parannettavaa, kuten sekä kotihoidon henkilökunta ja muistivastaavat vastauksissaan ilmaisivat.

Porin perusturvan muistipolussa on myös kuvattu kehittämistarpeita ja nämä ovat hyvin yhteneväisiä toimintatutkimuksessa saatuihin tietoihin. Kehittämistä tarvitaan hoitopolun ohjeiden viemisessä käytäntöön, jotta toimintatapoja saadaan yhtenäistettyä ja erityisesti muistiselvityksien tekeminen käynnistettyä nykyistä varhaisemmassa vaiheessa tehokkaasti.

#### 4.3.1 Kehittämistehtävän eettisyys ja luotettavuus

Tutkijan eettiset ratkaisut ja tutkimuksen uskottavuus liittyvät toisiinsa, koska uskottavuus perustuu oletukseen tutkijan noudattamasta hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Hyvään tieteelliseen käytännön mukaan tutkijat mm. noudattavat tiedeyhteisön tunnistamia toimintatapoja, soveltavat eettisesti kestäviä ja tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä sekä noudattavat avoimuutta tutkimuksen tuloksia julkaistessaan, kunnioittavat muiden tutkijoiden

työtä, tutkimus suunnitellaan, toteutetaan ja raportoidaan yksityiskohtaisesti ja tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 132–133.)

Tutkimuksen luotettavuuden arviointi edellyttää seuraavien asioiden erittelyä: tutkimuksen tarkoituksen ja kohteen määrittely, oma sitoumus tutkijana tässä tutkimuksessa, aineiston keruu, tutkimuksen tiedonantajat, tutkija-tiedonantaja-suhde, tutkimuksen kesto, tutkimuksen luotettavuus ja tutkimuksen raportointi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140–141.) Kehittämistoiminta ja tutkimustyö eroavat toisistaan siten, että toiminnallisessa opinnäytetyössä tuotokseen tähtäävä työn kehittäminen edellyttää eri vaiheessa mukana olevia toimijoita. Kehittämisen vaiheet etenevät toimijoiden kanssa vuorovaikutussuhteessa tietyssä toimintaympäristössä keskustellen, arvioiden, palautetta antaen ja vastaanottaen. (Salonen 2014, 6.)

Opinnäytetyön tekijä ja kirjastoinformaattikko tekivät yhdessä kehittämistyön aiheeseen liittyvän aineistohaun, jotta löydettiin mahdollisimman luotettavaa ja uutta tutkimustietoa. Lähdemateriaalin käytössä pyrittiin käyttämään alle kymmenen vuotta vanhaa aineistoa, jotta tieto olisi ajantasaista. Opinnäytetyön tekeminen alkoi syksyllä 2016, joten 2006 julkaistu materiaali täytti kriteerin. Lähdemerkinnöissä pyrittiin erityiseen huolellisuuteen, jotta ei tapahtuisi loukkauksia kuten plagiointia eli jonkun toisen julkituoman tekstin luvaton lainaamista tai sen esittämistä omana. (Kuula 2006, 37.)

Tutkimusluvan myönsi Porin perustuvan vs vanhuspalveluiden johtaja Pirjo Mäkilä ja opinnäytetyön työelämän yhteyshenkilönä toimi Pohjoisen alueen vanhuspalveluiden päällikkö Taina Weckström.

Opinnäytetyön tekijä on pyrkinyt toimimaan hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti rehellisesti, huolellisesti ja tarkasti soveltamalla eettisiä ja tieteellisen tutkimuksen mukaisia tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. (Kuula 2006, 34.) Kotihoidon henkilökunnalle suunnattu kyselylomake sisälsi saatekirjeen, jossa tutkimukseen osallistuvia informoitiin tutkimuksen tarkoituksesta, osallistumisen vapaaehtoisuudesta, aineistonkeruun toteutustavasta ja luottamuksella saatujen tietojen suojaamisesta sekä tutkijan nimi ja yhteystiedot oli kirjattu. Vastaaminen tapahtui nimettömänä,

joten muistiyhdyshenkilöksi haluavat ottivat erikseen yhteyttä tutkijaan joko sähköpostilla tai puhelimitse.

Aineiston anonymisoinnilla tarkoitetaan suorien ja epäsuorien tunnistusten poistamista tai muuttamista aineistosta, jotta yksittäistä vastaajaa ei voi tunnistaa aineistosta helposti. Olennaista on, että ulkopuolinen ei pysty yksiselitteisesti päättämään yksittäisiä vastaajia. Kirjoitustapa ja tutkittavien kunnioittaminen korostuvat tutkittaessa pieniä ryhmiä. Tutkimuseettisesti tutkimustekstissä oleva tieto, joka voidaan kokea häpeällisenä tai leimaavana, on tunnistamista olennaisempaa. (Kuula 2006, 110–112, 206–213.) Kyselylomakkeen taustatiedot (esim. lisäkoulutus, ikä) ja tutkimusaineisto anonymisoitiin ja käsiteltiin niin, ettei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Kyselytutkimuksen vastausten raportoinnissa pyrittiin tutkimuseettiseen käytäntöön, joten esim. eri tiimien välisiä eroavaisuuksia ei tarkemmin tuotu esiin.

Määrällisen tutkimuksen arviointi tapahtuu validiteetin ja reliabiliteetin keinoin, jotka yhdessä muodostavat tutkimuksen kokonaisluotettavuuden. Tutkimuksen validiteetti tarkoittaa pätevyyttä eli tutkimusmenetelmä tai mittarin kykyä mitata sitä, mitä tutkimuksessa on tarkoitus mitata. Reliabiliteetti eli luotettavuus tarkoittaa tulosten tarkkuutta eli mittauksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia ja mittauksen toistettavuutta. (Vilka 2015, 193–194.)

Tutkimuksen pätevyys varmistettiin jo suunnitteluvaiheessa kyselylomakkeen huolellisella ja tarkalla suunnittelulla sekä käsitteiden ja määrittelyjen tarkalla määrittelyllä. Kyselylomakkeen pätevyys varmistettiin esitestauksen avulla ja tehtiin tarvittavat korjaukset. Työpajamenetelmän avulla muistivastaavilta saadun vastaukset säilytettiin, jotta niistä saatiin tehtyä yhteenveto. Tutkimuksen luotettavuus tarkoittaa sitä, että saman vastaajan kohdalla saadaan sama mittaustulos tutkijasta riippumatta (Vilka 2009, 194).

Tutkijan tulee pyrkiä objektiivisuuteen ja häneltä odotetaan sitoutumattomuutta, riippumattomuutta ja neutraalina pysyttelyä (Kuula 2006, 155). Toimintatutkimuksessa tutkijan rooli on kuitenkin erilainen, koska pyrkimyksenä ei ole objektiivien tieto vaan tutkija on osana yhteisöä, jota hän tutkii. Tutkimusraportissa tulee selvittää yhteydet, joiden kautta tutkija on suhteessa tutkimuskohteeseen. (Valli & Aaltola 2015, 214.)

Toimintatutkimuksessa tutkijalla on kaksoisrooli eli hän on prosessin alkuunpanija, joka hyödyntää tutkimusta muutoksen tuottajana sekä hän on tutkija, joka seuraa prosessia ja kerää siitä tietoa (Ronkainen ym. 2011, 69).

Työskentelen itse samassa organisaatiossa ja osana muistipotilaan hoitopolkua. Kehittämistyön yksi tavoitteista on alueen toimijoiden välisen yhteistyön lisääminen, joten olennaista on henkilökohtaiset tapaamiset ja tutustuminen. Muistiyhdyshenkilöverkon kokoontumisissa kerroin opinnäytetyön ja muistiyhdyshenkilöverkoston välisestä yhteydestä. Korostin luotettavuutta ja salassapitovelvollisuutta sekä vastausten analysointia ja julkaisua ryhmän tuotoksena, jolloin yksittäistä henkilöä ei voida tunnistaa.

#### 4.3.2 Tulevaisuudenvisioita ja kehittämisideoita

Porin perusturvassa muistipotilaan hoitopolun yksi tavoite on kehittää Porista muistiyhtävällinen kaupunki. Muistiyhdyshenkilöverkosto on yksi keino tämän tavoitteen saavuttamiseksi. Muistipotilaan hoitopolussa on kirjattuna monia kehittämistarpeita ja tämän toimintatutkimuksen myötä vahvistui näiden tarpeellisuus. Erityisesti muistisairauksien varhaisen vaiheen tunnistamista tulisi parantaa ja muistiselvitysten aloittamista varhaisessa vaiheessa, eri palvelualueiden ja eri ammattiryhmien välisen yhteistyön ja toiminnan sekä kotihoidon muistipotilaiden seurannan, moniammatillisen ja kokonaisvaltaisen hoidon kehittämistä tulisi jatkaa. (Muistipotilaan hoitopolku Porin perusturvan yhteistoiminta-alueella 2016, 9.)

Suurin osa iäkkäistä muistisairaista henkilöistä haluaa asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Muistisairauden edetessä tarvitaan usein tiivistä yhteistyötä eri ammattilaisten ja läheisten kanssa, jotta asuminen kotona onnistuu ja on turvallista. (THL www sivut 2017.) Muistiyhdyshenkilöverkoston toiminnan avulla voidaan parantaa moniammatillista yhteistyötä ja samalla tukea ikääntyneen muistisairaana kotona asumista. Muistiyhdyshenkilöverkoston toimivien muistivastaavien kautta tietoa välittyy eri työyhteisöihin ja siten saadaan laajempaa vaikuttavuutta. Henkilökunnan osaamisen vahvistumisen kautta muistisairaana ja hänen omaisen/läheisen tarpeisiin pystytään vastaamaan nykyistä nopeammin ja tehokkaammin. Potilaan ja omaisten asianmukainen neuvonta ja tuki edistävät kotihoidon jatkumista ja siirtävät ympärivuorokautiseen hoitoon joutumista (Hellsten & Kortelahti 2016, 1601–1605).

Porin yhteistoiminta-alueella muistihoitajia on tällä hetkellä geriatrian poliklinikan lisäksi vanhuspalveluissa kolme eli Itäisellä, Pohjoisella ja Läntisellä alueella on omat muistihoitajat, mutta muistikoordinaattoreita ei ole yhtään. Muistikoordinaattoritoiminnasta on saatu vahvaa tutkimusnäyttöä ja erityisesti pitkäaikaishoidon alkaminen lykkääntyi merkittävästi muistikoordinaattorin säännölliseen seurantaan ja ohjaukseen perustuvan hoitokokonaisuuden myötä. Muistikoordinaattorityöllä voidaan toteuttaa systemaattista, oikea-aikaista ja muistisairaana tarpeet huomioivaa seurantaa, joka on edellytyksenä kustannusvaikuttavalle hoidolle ja palvelulle. Suositusten mukaan tarvittaisiin yksi muistikoordinaattori 10 000 asukasta kohti. (Käypä hoito suositus, Muistisairaudet 2017; Uusitalo 2013, 118.)

Muistivastaavat toimivat nyt jokaisessa yksikössä, mutta kehittämistyön yhteydessä ei ollut mahdollisuutta pohtia muistivastaavien toimenkuvia ja jatkossa olisi tärkeää miettiä niitä. Toimenkuvat eroavat jonkin verran kotihoidossa ja laitoshoidon yksiköissä, mutta paljon yhteistäkin löytyy. Muistivastaavana toimiminen edellyttää kiinnostusta ja aktiivisuutta muistiasioihin sekä yhteistyöhalukkuutta. Porin perusturvan vanhuspalveluiden Pohjoisella alueella on laadittu vuosikellomallin mukainen toimintasuunnitelma, jossa jokaiselle kuukaudelle on nimetty tietty asia tai vastuualue, jota erityisesti käsitellään. Muistiin liittyvät asiat ovat yhden kuukauden teemana ja muistivastaavilla on suuri merkitys siihen, miten asiaa käsitellään.

Oikea-aikaisen tuen, hoidon ja palveluiden turvaamisen perustana ovat asiakkaiden monipuolinen terveydentilan, toimintakyvyn ja voimavarojen arviointi, kuntoutumisen ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien hyvä hoito ja käytösoireiden hallinta. (Kansallinen muistiohjelma 2012–2020, 2012, 13–14.) Tulevaisuudessa erityisesti kotihoidon työntekijöiden osuus muistipotilaan seurannassa tulee lisääntymään, koska muistihoitajien resurssit eivät riitä nykyisellään toteuttamaan sekä seurantaa että uusien muistisairauksien tunnistamista. Muistivastaavien avulla voidaan lisätä esim. arvioinnissa käytettävien mittareiden (MMSE, IADL, ADL, GDS 15/30) käyttöä.

Opinnäytetyön käytännönläheisyys ja työelämälähtöisyys tulevat esiin, koska opinnäytetyössä saatuja tuloksia voidaan hyödyntää ja ottaa käyttöön. Kotihoidon henkilökunnalle suunnatussa kyselytutkimuksessa kartoitettiin koulutustarpeita ja -tarpeita

sekä vastausten saaman tiedon perusteella ollaan kotihoidon henkilökunnalle järjestämässä koulutusta. Tämän koulutuksen järjestää Läntisen alueen muistihoitaja osana omaan opiskeluun liittyvää kehittämistehtävää. Koulutuksen aiheena ovat mm. muistioireiden tunnistaminen ja hoitoon ohjaus.

#### 4.3.3 Muistiyhdyshenkilöverkoston toimintamalli

Muistiyhdyshenkilöverkoston toiminnan perusajatus on muistiasiakkaiden ja heidän läheisten saama laadukas ja oikea-aikainen palvelu, jota verkostossa toimivien muistivastaavien yhteistyöllä ja osaamisen kehittämisellä voidaan parantaa. Työskentely ikääntyneiden ja erityisesti muistisairaiden kanssa on haastavaa ja vaatii ammattitaitoa. Tutkimusten mukaan täydennyskoulutuksen ja osaamisen vahvistumisen avulla voidaan vähentää työntekijöiden kokemaa psykososiaalista kuormittuneisuutta ja lisätä työviihtyvyyttä. (Sormunen & Topo 2008, 133.) Verkoston toiminnan keskiössä ovat yhteiset kokoontumiset, jotka sisältävät verkostoitumista, koulutusta, kehittämistä, vertaistukea ja myös työnohjaukseen liittyviä asioita.

Muistiyhdyshenkilöverkosto on moniammatillinen työryhmä, jonka muodostavat kotihoidossa ja ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä toimivat muistivastaavat. Pohjoisen alueen muistihoitaja toimii verkoston ylläpitäjänä ja kokoontumisten organisoijana. Kokoontumisista laaditaan muistiot, jotka lähetetään kaikille muistivastaaville, heidän esimiehille ja Pohjoisen alueen vanhuspalveluiden päällikölle. Muistihoitaja tiedottaa yhteistyötahoille muistiyhdyshenkilöverkostosta ja siihen kuuluvista muistivastaavista sekä toimii yhteistyössä muistivastaavien esimiesten kanssa. Haasteena on verkoston ylläpitäjän ja yhteyshenkilön rooli, mutta toivottavasti alueen muistihoitajalla on halua tässä toimia jatkossakin.

Muistiyhdyshenkilöverkosto on kokoontunut kaksi kertaa vuoden 2017 aikana ja jatkossakin kokoontumisia järjestetään kaksi kertaa vuodessa. Muistivastaavien toiveena on ollut kokoontumispaikkojen vaihtelu, jotta voidaan tutustua eri toimipisteisiin ja saadaan monipuolinen näkemys Pohjoisen alueen yksiköistä ja toiminnoista. Kokoontumispaikkoina on ollut Noormarkun lähipalvelukeskus, kuntoutus- ja sairaalapalvelut Maantiekadulla sekä siellä tutustumiskäynnit geriatrian poliklinikalle ja muistipotilaan

kuntouttavalle osastolle. Seuraava kokoontuminen järjestetään 17.4.2018, syksyllä 2017 toiminnan aloittaneessa Pohjoisen alueen sote-keskus Puuvillassa ja samalla tutustutaan sote-keskuksen toimintaan.

Kokoontumisten koulutussisältö sovitaan yhdessä ja aihevalinnat tehdään muistivastaavien kokemien tarpeiden ja toiveiden pohjalta. Muistisairaudet ja muistipotilaan hoitopolku ovat laaja kokonaisuus, jossa korostuvat moniammatillisuus ja laaja yhteistyö eri toimijoiden kesken, joten koulutusaiheita riittää. Kouluttajina voidaan käyttää oman organisaation eri ammattilaisia, kolmannen sektorin edustajia ja myös verkostossa toimivien monipuolista osaamista voidaan hyödyntää ja ottaa käyttöön.

Muistiyhdyshenkilöverkoston tapaamisten yhtenä tavoitteena on vuorovaikutuksessa tapahtuva dialogisuus ja reflektiivisyys. Onnistuneessa dialogissa osallistujille muodostuu uusia näkemyksiä kuuntelemalla avoimin mielin toisten ajatuksia ja näkökulmia. Reflektiota tapahtuu oman kokemuksen syvällisen pohdinnan ja uudelleen arvioinnin sekä oman käytännön tiedostamisen ja rakentamisen kautta. Reflektio on myös rutiininomaisen toiminnan vastakohta, koska omat rajoitukset ja rajat tunnistamalla voi tulla tietoiseksi uusista mahdollisuuksista. Moniammatillisessa työryhmässä tapahtuva vuorovaikutus mahdollistaa kehittymisen ja uudenlaisen ymmärryksen syntymisen. (Lindholm & Vogt 2017, 266–268.)

Muistivastaavilla on erilaisia koulutuksia kuten lähihoitaja, sairaanhoitaja, terveydenhoitaja, geronomi ja muistihoitaja sekä erilaista työ- ja elämäkokemusta. Muistiyhdyshenkilöverkoston toiminnassa hyödynnetään tätä monipuolista osaamista niin, että jaetaan muille hyviä käytäntöjä, kokemuksia ja ajatuksia sekä samalla opitaan toisilta. Verkosto-oppiminen mahdollistaa eri toimijoiden kehittämistulosten vertailun, jatko-työstämisen ja myös uuden yhteisen tiedon luomisen (Toikko-Rantanen 2009, 88). Tapaamisissa varataan aikaa vapaalle ja yhteiselle keskustelulle. Muistivastaavien saama vertaistuki verkostossa toimivien kesken on tärkeää, koska moni on oman työyhteisönsä ainoa muistivastaava.

Muistiyhdyshenkilöverkoston toiminnalla ja työnohjauksella on paljon yhteistä kuten tavoitteet ja hyödyt, vaikka verkoston toiminnassa ei ole mukana koulutettua työnohjaajaa. Työnohjauksella tarkoitetaan oman työn tutkimista, arviointia ja kehittämistä

sekä työhön, työyhteisöön ja omaan työrooliin liittyvien kokemusten, tunteiden ja kysymysten tulkitsemista ja jäsentämistä. Työnohjaus tapahtuu koulutetun työnohjaajan avulla. Työnohjauksella pyritään edistämään työhön liittyvää oppimista ja kehittämään organisaation toimintaa mm. selkiyttämällä yhteisiä tavoitteita sekä tehtäviä ja rooleja, parantamalla työskentelyn sujuvuutta, lisäämällä oppimista ja muutoskykyä. Tutkimusten mukaan työnohjaus vahvistaa työntekijän ammatillista identiteettiä, jäsentää moniammatillista toimintaa, mahdollistaa muilta oppimisen ja parantaa työssä jaksamista. (Suomen työnohjaajat www-sivut 2018.)



Kuvio 21. Muistiyhdyshenkilöverkoston toimintamalli.



Muistiyhdyshenkilöverkosto on toiminut vasta vähän aikaa ja toiminnassa on paljon kehitettävää. Kehittämistarpeena koen erityisesti tiedonkulun lisäämisen sähköpostin avulla sen nopeuden ja helppokäyttöisyyden vuoksi. Verkostossa toimivat voisivat jatkossa lähettää toisilleen sähköpostiviesteillä mm. uutta tietoa, vinkkejä hyvästä kirjallisuudesta ja artikkeleista, tapahtumista, koulutuksista jne. Kehittämistarpeena on myös yhteistyön lisääminen verkostossa toimivien kesken, koska useat asiakkaat ovat meille ”yhteisiä” käyttäessään eri palveluja kuten kotihoitoa, lyhytaikaishoitoa, päivätoimintaa. Voisimme olla nykyistä aktiivisemmin yhteydessä toisiimme ja kysyä mielipidettä esim. haastavissa asiakastilanteissa. Yhteydenottoa helpottaa, kun tietää ja tuntee yhteistyökumppanin.

Tavoitteena on luoda muistiyhdyshenkilöverkostot myös Porin yhteistoiminta-alueen muille alueille eli Itäiselle ja Läntiselle alueelle. Pohjoisen alueen muistiyhdyshenkilöverkoston toimintamallia toivottavasti voidaan käyttää apuna ja esimerkkinä toiminnan laajentamisessa ja kehittämisessä.

## 5 LOPUKSI

Yhteiskunnan ja työelämän muutosten myötä on työelämään tullut uusia toimintatapoja kuten suunnittelu-, kehittämis- ja tutkimustehtäviä. Perinteisen ammattitaidon lisäksi työelämässä vaadittavia taitoja ovat mm. tieteellisten tutkimusten ja selvitysten tekeminen ja käyttäminen, kyky reflektoida (oman toiminnan, tietojen ja ongelmanratkaisuvalmiuksien erittely ja arviointi), innovatiivisuus ja ratkaisujen argumentointi. Näitä taitoja pitää opiskella ja harjoitella. (Vilkkä 2009, 212–213.)

Kehittämistyön pitää sisältää tutkimuksen, tutkimusprosessin ja tulosten raportoinnin ollakseen kehittämistutkimus (Kananen 2015, 33). Kehittämistutkimuksen tekeminen koin haastavana, opettavaisena ja mielenkiintoisena. Haasteen muodosti toimintatutkimuksen vaatima aika, koska suunnittelu, toteutus ja raportoinnin valmistuminen vievät noin 1½ vuotta. Oppimista tapahtui eniten tutkimustyön tekemisestä yhdistettynä käytännössä toteutettavaan kehittämistoimintaan. Toimintatutkimuksen käytännölläheisyys ja työelämäkeskeisyys ovat olleet prosessin voimauttavia tekijöitä.

Muistisairaudet ja niiden ennaltaehkäisy, varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus, diagnostiikka sekä erilaiset ja yksilölliset palvelutarpeet sairauden eri vaiheissa ovat laaja kokonaisuus. Muistisairastuneen hyvän ja laadukkaan hoidon edellytyksiä on paljon, mutta oman näkemyksen mukaan moniammatillisuus ja eri sektorien välinen yhteistyö ovat erityisen tärkeitä. Muistiyhdyskänöverkoston tavoitteena on vastata osaltaan näihin haasteisiin, joita sekä yhteiskunnassa tapahtuvat muutokset, että muistisairauden yksilölliset vaikutukset ja muutokset aiheuttavat.

Työelämässä tapahtuu jatkuen muutoksia ja kehittämistyön aikana mm. Pohjoisen alueen kotihoidon tiimijako muuttui. Nykyiset tiimit ovat Merikarvian, Noormarkun, Ruosniemen, Porkan, Viikkarin ja Länsi-Puiston tiimit (Pori www-sivut 2017).

Muistisairaahan ihmisen hoito ja huolenpito vaativat ammattilaisilta monenlaista tietoa ja taitoa. Muistisairaahan kohtaaminen edellyttää asiakasläheisyyttä eli huumoria, hienotunteisuutta, kiireettömyyttä, oman persoonan peliin laittamista ja molemminpuolista tuntemista. Sairauden edetessä yhteys muodostuu erilaisten käyttäytymisessä ilmenevien vihjeiden (ilmeet, eleet, sanaton viestintä) tulkintana tai fyysisen läheisyyden kuten kosketuksen avulla. (Virjonen & Kankare 2013, 71.)

Muistisairauden monimuotoisuus, yksilöllisyys ja työn vaativuus ovatkin tämän työn rikkaus, kukaan asiakas ei samanlainen eikä mikään työpäivä toistu samanlaisena.

## LÄHTEET

Andreasen, P., Lönnroos, E. & von Euler-Chelpin, M.C. 2014. Prevalence of depression among older adults with dementia living in low- and middle-income countries: a cross-sectional study. *European Journal of Public Health*, Volume 24, Issue 1, 1 February 2014, Pages 40–44. Viitattu 28.11.2017. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt014>

Anttila, P. 2006. *Tutkiva toiminta ja ilmaisu, teos, tekeminen*. Hamina: Akatiimi.

CERAD www-sivut. Viitattu 30.11.2017. <http://www.cerad.fi>

Cohen-Mansfeld, J., Dakheel-Ali, M., Marx, M., Thein, K. & Regier, N. 2015. Which unmet needs contribute to behavior problems in persons with advanced dementia? *PMC US National Library of Medicine. National Institutes of Health*. Viitattu 30.11.2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4451402/59-64>).

Colin, K., Paloniemi, S., Rasku-Puttonen H. & Tynjälä P. 2010. *Luovuus, oppiminen ja asiantuntijuus*. Helsinki: WSOYpro OY.

Eloniemi-Sulkava, U. 2016. Psykososiaalisiin tarpeisiin vastaaminen hoito- ja hoiva-työssä. *Memo 2*, 10-12.

Eloniemi-Sulkava, U., Juva, K. & Mäkelä, M. 2015. Miten pitkään kotona muistisairauksissa. *Kirjassa Muistisairaudet*. Viitattu 4.11.2017. <http://www.oppiportti.fi/op/msa00357/do>

Engeström, Y. 1998. *Kehittävä työntutkimus. Perusteita, tuloksia ja haasteita*. Helsinki: Edita.

Forsten, M. 2013. Muistihäiriöiden varhaisen tunnistamisen kehittäminen. *Opinnäyetyö YAMK. Satakunnan ammattikorkeakoulu*. Viitattu 4.12.16 <http://theseus.fi/bitstream/handle/10024/66946/opinnaudetuo.pdf?sequence=1>

Hakanen, M., Heinonen, U. & Sipilä, P. 2007. *Verkostojen strategiat. menesty yhteistyössä*. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hallikainen, M. & Nukari, T. 2014. Muistisairaahan hoidon kehittäminen. *Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito*. Helsinki: Duodecim.

Heikkinen, H. 2015. *Toimintatutkimus: kun käytäntö ja tutkimus kohtaavat*. Teoksessa Valli, R. & Aaltola, J. *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle*. 4. uud.p. Jyväskylä: PS-kustannus.

Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. 2006. *Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat*. Helsinki: Kansanvalistusseura.

Hellsten, T. & Kortelahti, J. 2016. Muistipotilaiden seurannan järjestäminen perusterveydenhuollossa. *Suomen Lääkärilehti* 22,1601–1605. Viitattu 15.11.16.

[http://www.laakarilehti.fi.lillukka.samk.fi/tieteessa/katsausartikkeli/muistipotilaiden-seurannan-jarjestaminen-perusterveydenhuollossa/](http://www.laakarilehti.fi/lillukka.samk.fi/tieteessa/katsausartikkeli/muistipotilaiden-seurannan-jarjestaminen-perusterveydenhuollossa/)

Helminen, J. 2017. Yhdessä tekeminen monialaisuuden ja moniammatillisuuden syventäjänä. Kirjassa Helminen, J. (toim.) Asiakkaan moniammatillinen ohjaus. Helsinki: Edita.

Holopainen, A. & Siltanen, H. 2015. Katsaus muistisairaiden ihmisten elämänlaatuun liittyvistä tekijöistä. Muistiliiton julkaisusarja 1/2015. Viitattu 30.11.2017. [http://www.muistiliitto.fi/files/1214/4067/8557/Julkaisusarja\\_1-2015\\_kansitettu\\_raportti.pdf](http://www.muistiliitto.fi/files/1214/4067/8557/Julkaisusarja_1-2015_kansitettu_raportti.pdf)

Hyvän hoidon kriteeristö. Työkirja työyhteisöille muistisairaiden ihmisten hyvän hoidon ja elämänlaadun kehittämiseen ja arviointiin. Muistiliiton julkaisusarja 2/2016. Viitattu 30.11.2017. [http://www.muistiliitto.fi/files/3214/7549/6258/Hyvan\\_hoidon\\_kriteeristo\\_2016\\_interaktiivinen.pdf](http://www.muistiliitto.fi/files/3214/7549/6258/Hyvan_hoidon_kriteeristo_2016_interaktiivinen.pdf)

Hänninen, T., Paajanen, T. & Kuikka, P. Oiretiedostuksen ongelmat muistisairauksissa. Teoksessa Muistisairaudet. Viitattu 6.11.2017. <http://www.oppiportti.fi/op/msa00265/do>

Innokylä www-sivut 2016. Viitattu 6.1.2017. <https://www.innokyla.fi/web/malli2825539>

Jyrkämä, J. 2013. Muistisairaus, arkitilanteet ja toimijuus. Teoksessa Virjonen, K. (toim.) Muistin ongelmat. Toimiva palvelukokonaisuus ehkäisystä hoitoon. Jyväskylä: PS-kustannus.

Järvensivu, T., Nykänen, K. & Rajala, R. 2010. Verkostojohtamisen opas: Verkostotyöskentely sosiaali- ja terveysalalla. Viitattu 10.11.2017. <http://verkostojohtaminen.fi/wp-content/uploads/2011/01/VerkostojohtamisenOpas.pdf>

Kananen, J. 2015. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Miten kirjoitan kehittämistutkimuksen vaihe vaiheelta. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kansallinen muistiohjelma 2012–2020. Viitattu 3.11.17. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111919/URN%3aNB%3afi-fe201504226359.pdf?sequence=1>

Karioja, J. & Koskinen, J. 2012. Muistihoitaja ennaltaehkäisevässä työssä. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Viitattu 16.11.2016. [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/46140/Karioja\\_Jaana.pdf?sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/46140/Karioja_Jaana.pdf?sequence=1)

Karvanen, Päivi. 2016. Muistisairaahan hoitopolku Pohjois-Satakunnan peruspalvelukuntayhtymässä -kuvausta, arviointia ja kehittämissuunnitelmia. Opinnäytetyö. SAMK. Viitattu 16.11.16 [http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/110964/Opinari%20Paivi\\_080516.pdf?sequence=1](http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/110964/Opinari%20Paivi_080516.pdf?sequence=1)

Kivipelto, M. & Ngandu, T. 2014. Muistisairauksien ehkäisyn mahdollisuudet ja merkitys. Kirjassa Muistipotilaan kuntouttava hoito (toim. Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. Helsinki: Duodecim.

Klimova, B., Valis, M. & Kuca, K. 2017. Cognitive decline in normal aging and its prevention: a review on non-pharmacological lifestyle strategies. *Clinical Interventions in Aging*. 2017; 12: 903–910. Viitattu 17.11.2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles>

Koivisto, A. 2014. Muistisairauksien tutkimukset perusterveydenhuollossa. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim.

Koskimies, M., Pyhäjoki, J. & Arnkill, T.E. 2012. Hyvien käytäntöjen dialogit. Opas dialogisen kehittämisen ja kulttuurisen muutoksen tueksi. Tampere: THL.

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

Käypä hoito suositus. Muistisairaudet. 2017. Viitattu 3.11.17. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50044>

Käytäntöjä ja toimintamalleja muistisairaahan hoitopolun varrelta. 11.3.2014 Viitattu 16.11.16 [http://www.jyvaskyla.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/jyvaskyla/embeds/jyvaskylwwwstrure/67104\\_Kaytanta\\_ja\\_toimintamalleja\\_muistisairaahan\\_hoitopolun\\_varrelta.pdf](http://www.jyvaskyla.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/jyvaskyla/embeds/jyvaskylwwwstrure/67104_Kaytanta_ja_toimintamalleja_muistisairaahan_hoitopolun_varrelta.pdf)

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017: 6. Viitattu 3.11.17. [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06\\_2017\\_Laatusuositusjulkaisu\\_fi\\_kansilla.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansilla.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä sosiaali- ja terveystalveta. 2012. L 28.12.2012/980 muutoksineen. Viitattu 3.11.17. <http://www.finlex.fi>

Leino-Kilpi, H. 2007. Kirjallisuuskatsaus -tärkeää tiedon siirtoa. Kirjassa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun Yliopisto: Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:51/2007.

Lindholm, M. & Vogt, I. 2017. Työnohjaus moniammatillisuuden rakentajana. Kirjassa Helminen, J. (toim.) Asiakkaan moniammatillinen ohjaus. Helsinki: Edita.

Lindvall, T. & Suma, N. 2010. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. Muistihoitaja- ja muistiyhdyshenkilöverkoston arviointi Muistiluotsi-hankkeessa. Viitattu 16.11.16. [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/22191/Lindvall\\_Tarja\\_Suma\\_Nina.pdf?sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/22191/Lindvall_Tarja_Suma_Nina.pdf?sequence=1)

Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia-sarja 4. 3.uud.p. Jyväskylä: Gummerus.

Miranda-Castillo, C., Woods, B. & Orrell, M. 2013. Needs of people with dementia living at home from user, caregiver and professional perspectives: a cross-sectional survey. *BMC Health Services Research*. 13:43. Viitattu 29.11.2017. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-43>

Muistiasiantuntijat www-sivut. Viitattu 30.11.2017. <http://www.muistiasiantuntijat.fi>

Muistiliitto www-sivut. 2017. Viitattu 4.11.17. <https://www.muistiliitto.fi>

Muistipotilaan hoitoketju. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 2011;127(11):1107–16.

Muistipotilaan hoitopolku Porin perusturvakeskuksen YTA-alueella. Porista muistiystävällinen kaupunki. Päivitetty 25.1.2016.

Ngandu, T., Lehtisalo, J., Solomon, A., Levälahti, E. Ahtiluoto, S., Antikainen, R., Bäckman, L., Hänninen, T., Jula, A. Laatikainen, T., Lindström, J., Mangialasche, F., Paajanen, T., Pajala, S., Peltonen, M., Rauramaa, R., Stigsdotter-Neely, A., Strandberg, T., Tuomilehto, J., Soininen, H. & Kivipelto, M. 2015. A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *The Lancet* volume 385, No. 9984, p.2255–2263, 6.5.2015. Viitattu 3.11.17. [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(15\)60461-5.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(15)60461-5.pdf)

Nukari, T. 2014. Toimintakykyä tukevat harjoitteet muistisairaana arjessa. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.) *Muistisairaana kuntouttava hoito*. Helsinki: Duodecim.

Pori www-sivut. Viitattu 7.1.2017. <http://www.pori.fi/perusturva/vanhuspalvelut.html>

Porin kaupunki Henkilöstöraportti 2016. Viitattu 27.1.2018. [https://www.pori.fi/material/attachments/viestinta/XMiNWLOhT/Henkilostoraportti\\_2016.pdf](https://www.pori.fi/material/attachments/viestinta/XMiNWLOhT/Henkilostoraportti_2016.pdf)

Porin yhteistoiminta-alueen vanhuspalveluiden suunnitelma vuoteen 2020. Viitattu 7.1.2017. [http://www.pori.fi/material/attachments/hallintokunnat/perusturva/8RWBDo2mF/Vanhuspalveluiden\\_suunnitelma.pdf](http://www.pori.fi/material/attachments/hallintokunnat/perusturva/8RWBDo2mF/Vanhuspalveluiden_suunnitelma.pdf)

Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindholm-Yläne, S. & Paavilainen, E. 2011. Tutkimuksen voimasanat. Helsinki: WSOYpro Oy.

Rubin, A. 2004. Tulevaisuudentutkimus tiedonalana. TOPI-Tulevaisuudentutkimuksen oppimateriaalit. Tulevaisuuden tutkimuskeskus, Turun yliopisto. Viitattu 18.6.17. <https://tulevaisuus.fi/>

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan Yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja 62. *Julkisjohtaminen* 4. [http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476349-3.pdf](http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476349-3.pdf)

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turun ammattikorkeakoulun puheenvuoroja 72. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Sandström, K. 2012. Muistihoitajien kokemuksia verkostoitumisesta muistisairaana potilaan hoitoketjussa. Lahden ammattikorkeakoulu. Viitattu 4.12.16. <http://theseus.fi/handle/10024/42363>

Sarvimäki, A., Heimonen, S. & Mäki-Petäjä-Leinonen, A. 2010, Vanhuus ja haavoittuvuus. Helsinki: Edita

Seikkula, J. & Arnkill, T.E. 2009. Dialoginen verkostotyö. THL. Viitattu 10.11.2017. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205084999>

Snaedal, J. 2010. Person-centred medicine for older people. Journal of Evolution in Clinical Practise ISSN 1355-2753. Vol 17. Viitattu 15.11.2017. <http://Journal of Evaluation in Clinical Practise>

Sormunen, S. & Topo, P. 2008. Laadukkaat dementiapalvelut: Opas kunnille. Helsinki: Stakes.

Sosiaalihuoltolaki 2014. L 30.12.2014/1301. Viitattu 1.12.2017. <http://www.finlex.fi>

STM. 2010. Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveystieteiden strategia. Viitattu 30.11.2017. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi>

STM lainsäädäntö www-sivut. Viitattu 30.11.2017. <http://stm.fi/lainsaadanto/iakkaat-ihmiset>

Suomen työnohjaajat www-sivut 2018. Viitattu 6.1.2018. <http://www.suomentyonohjaajat.fi/tyonohjaus>

Sydänmaanlakka, P. 2009. Jatkuva uudistuminen. Luovuuden ja innovatiivisuuden johtaminen. Helsinki: Talentum.

THL. 2011. Toimia tietokanta. Viitattu 5.11.2017. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta>

THL. Muistisairaana hyvä arki. 17.11.2016. Viitattu 23.11.16. <https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/hyvinvointia-vanhuuteen/muistisairaana-hyva-arki>

THL. 2017. Viitattu 30.11.2017. <https://www.thl.fi/fi/thl/mika-on-thl>

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta: näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere: Tampere University Press.

Toimintakertomus 2016. Hyvinvoinnin kehittäjä. Viitattu 15.1.2018. [https://www.pori.fi/material/attachments/hallintokunnat/perusturva/boTCRaFhP/toimintakertomus2016\\_valmis.pdf](https://www.pori.fi/material/attachments/hallintokunnat/perusturva/boTCRaFhP/toimintakertomus2016_valmis.pdf)

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5.uud.p. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuominen, R. & Tuuri, R. 2017. Ikäihmisten kotihoito monialaisena yhteistyönä. Kirjassa Jari Helminen (toim.) Asiakkaan moniammatillinen ohjaus sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Uusitalo, T. 2013. Muistisairaahan hoidon kokonaisuus. Teoksessa Virjonen, K. (toim.) Muistin ongelmat. Toimiva palvelukokonaisuus ehkäisystä hoitoon. Jyväskylä: PS-kustannus.

Valli, R. & Aaltola, J. 2015. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. 4.uud.p. Jyväskylä: PS-kustannus.

Valkokari, K., Pakarinen, T., Kupi, E. & Ojakoski, M. (toim.) 2014. Tartu verkkoon. Työvälineitä verkostojen johtamiseen ja kehittämiseen. Helsinki: Suomen Kuntaliitto. Saatavana [www.muodossa.com](http://www.muodossa.com): [www.kunnat.net/tartuverkkoon](http://www.kunnat.net/tartuverkkoon)

Valvira [www-sivut](http://www.valvira.fi). 2013. Viitattu 30.11.2017. <http://www.valvira.fi/sosiaalihuolto>

Vataja, R. & Koponen, H. 2015. Muistisairauteen liittyvät käytösoireet. Teoksessa Muistisairaudet. Viitattu 15.1.2018. <http://www.oppiporssi.fi/op/msa00052/do>

Verkostojohtamisen opas: verkostotyöskentely sosiaali- ja terveystalalla. 30.12.2010. Muutosvoimaa vanhustyön osaamiseen -hankkeen julkaisu. Viitattu 3.11.17. <http://www.seugolaid.fi/wp-content/uploads/2017/03/Verkostojohtamisen-opas-versio-1-0-30-12-2010.pdf>

Virjonen, K. & Kankare, H. 2013. Palveluita muistipolulle. Teoksessa Virjonen, K. (toim.) Muistin ongelmat: toimiva palvelukokonaisuus ehkäisystä hoitoon. Jyväskylä: PS-kustannus.

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4.uud.painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Virta, M. 2013. Muistikoordinaattorin työ pintaa syvemältä. Sukellus työhön, voimavaroihin ja vaatimuksiin. Helsinki: Suomen muistiasiantuntijat. Viitattu 10.12.2016. <file:///C:/Users/smeso/Downloads/Muistikoordinaattorin%20tyo%20pintaa%20syvemmalta.pdf>

Vähäkangas, P. & Niemelä, K. 2013. Lähijohtaja ja muistisairaahan kotihoidon kehittäminen. Teoksessa Virjonen, K. Muistin ongelmat. Toimiva palvelukokonaisuus ehkäisystä hoitoon. Jyväskylä: PS-kustannus.

WHO. 2012. WHO. 2012. Dementia: a public health priority. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Viitattu 27.11.2017. <https://extranet.who.int/agefriendlyworld>

World Alzheimer Report 2016. Improving healthcare for people living with dementia. Coverage, Quality and costs now and in the future. Alzheimer's Disease International. The global voice on dementia. Viitattu 27.11.2017. <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2016.pdf>



## Kartoittava tietokantahaku

LÄHDE	HAKUSANA		OSUMAT	RAJAUS	VALITTU	TEOS
FINNA	muistivast* muistikoordinaattor* muistihoit*	OR OR OR	8		3	1 KIRJA 1 AMK 1 YAMK
FINNA	työntekij* verkost* tervey* OR hoito*	AND AND	49	2006- 2016	6	4 KIRJAA 2 AMK
MELINDA	muistivast* muistikoordinaattor* muistihoit*	OR OR OR	7		4	1 KIRJA 1 AMK 2 MUU
MEDIC	muistivast* muistikoordinaattor* muistihoit* työntekij* verkost*	OR  AND AND	18		1	ARTIKKELI
ARTO	muistivast? muistikoordinaattor? muistihoit?	OR OR OR	1		0	
ARTO	verkost? työntekij? tervey? hoito?	OR	yli 10 000	AND AND	1	ARTIKKELI
ARTO	verkost? työntekij? tervey? hoito?	OR AND	251	2006- 2016 74	2	ARTIKKELI
ALEKSI	muistihoit?		12		5	ARTIKKELI
ALEKSI	työntekij? verkost?		0			
THESEUS	muistivast? muistikoordinaattor? muistihoit?	OR OR	86	LISÄTTY AND ver- kost? 36	9	OPINNÄYTETYÖ
PUBMED	memory nurse network health	AND AND.	65		3	ARTIKKELI

## Yhteenvedo arvioidusta aineistosta

TEOS	AINEISTO	TOIMIJA	MENETELMÄ
1. Jouppila-Kupianen, E., Kammonen, S., Kirvesniemi, T., Kuru, T., Mikkonen, H. Piirainen, A., Rautasalo, E., Reunanen, M. & Utriainen, S. 2014. Ammatti-ihmiset vanhusten asialla: Gerontologinen erityisosaaja kehittäjänä.	Julkaisu, artikkelikokoelma Mikkelin amk	Työntekijä	29 kehittämis-tehtävää, valittu 2
2. Forsten, M. 2013. Muistihäiriöiden varaisen tunnistamisen kehittäminen.	Opinnäytetyö YAMK Satakunnan amk	Kotihoidon työntekijät (n=20)	Laadullinen tutkimus
3. Karvanen, P. 2016. Muistisairaahan hoitopolku Pohjois-Satakunnan Peruspalvelukuntayhtymässä -kuvausta, arviointia ja kehittämissuunnitelmia.	Opinnäytetyö Satakunnan amk	Muistikoordinaattori Muistivastaavat Asiakas Omaiset/läheiset	Projekti Haastattelu
4. Virta, M. Muistikoordinaattorin työ pintaa syvemmältä. Helsinki: Suomen muistiasiantuntijat.	Kirja	Muistikoordinaattori Työntekijät Asiakas	Haastattelu-tutkimus
5. Karioja, J. & Koskinen, J. 2012. Muistihoitaja ennaltaehkäisevässä työssä.	Opinnäytetyö Oulun seudun amk	Muistihoitaja (n=4)	Teemahaastattelu
6. Toljamo, M. 2011. Muistikoordinaattoritoiminta Suomessa.	Julkaisu Memo-lehdessä	Muistikoordinaattori Asiakas Omaiset Työntekijät	Kyselytutkimus
7. Toljamo, M. 2011. Pirstaleisuudesta kohti eheämpää palvelukokonaisuutta muistisairaahan ihmisen kotona asumisen tukemiseksi: Kotona Paras 2008-2011.	Julkaisu Memo-lehdessä	Muistikoordinaattori Kunnat Työntekijät Asiakas	Projektin kuvaus
8. Sandström, K. 2012. Muistihoitajien kokemuksia verkostoitumisesta muistisairaahan potilaan hoitoketjussa.	Opinnäytetyö Lahden amk	Muistihoitajat (n=10)	Laadullinen tutkimus
9. Lindvall, T. & Suma, N. 2010. Muistihoitaja- ja muistiyhdyshenkilöverkoston arviointi Muistiluotsi-hankkeessa.	Opinnäytetyö Turun amk	Muistihoitaja /muistiyhdyshenkilö (N=25)	Kvantitatiivinen Kyselylomake

## KYSELYLOMAKE KOTIHOIDON HENKILÖKUNNALLE

## TAUSTATIEDOT (rastita oikea vaihtoehto)

1. Ikä
  - 29 vuotta tai alle
  - 30 – 39 vuotta
  - 40 – 49 vuotta
  - 50 – 59 vuotta
  - 60 vuotta tai yli
  
2. Ammatinimike tällä hetkellä
  - sairaanhoitaja
  - terveydenhoitaja
  - lähihoitaja/perushoitaja
  - kodinhoitaja
  - muu? \_\_\_\_\_
  
3. Mitä lisäkoulutusta sinulla on? (tarkoitan laajempaa kuin muutaman tunnin/päivän koulutus)
  - vanhustyön erikoisammattitutkinto
  - muistihoitajakoulutus
  - erikoistumisopintoja (esim. haavahoito)
  - muu, mikä?
  - ei mitään
  
4. Työkokemus alalla
  - 0 – 5 vuotta
  - 6 – 10 vuotta
  - 11 – 15 vuotta
  - 16 – 20 vuotta
  - 21 – 25 vuotta
  - 26 vuotta tai yli
  
5. Missä tiimissä työskentelet? (oma tiimi)
  - Noormarkun
  - Merikarvian
  - Viikkarin
  - Pohjois-Porin ja Porkan
  - Länsi- ja Pohjois-Puiston
  - muu? \_\_\_\_\_

## 6. Onko omassa tiimissäsi nimetty muistivastaava/muistiyhdyshenkilö

- kyllä
- ei
- en tiedä

## OSAAMINEN

## 7. Valitse jokaiselta riviltä yksi vaihtoehto

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
a. Osaan tunnistaa muistioireita					
b. Tiedän, mitä tarkoitetaan muistitutkimuksilla					
c. Tiedän, miten muistisairaahan hoitopolku toimii Porin perusturvassa					
d. Hallitsen työssäni muistisairauksien lääkehoidon riittävän hyvin					
e. Tiedän, mitä tarkoitetaan muistisairauksien lääkkeettömällä hoidolla					
f. Osaan tunnistaa käytösoireita/haasteellista käyttäytymistä					
g. Pystyn työssäni huomioimaan muistisairaahan yksilöllisesti					
h. Osaan neuvoa erilaisten tukien ja etuuksien hakemisessa					
i. Mielestäni muistisairaahan omaisten ja läheisten tukeminen on haasteellista					
j. Teen tarvittaessa asiakkaasta lähetteen arviointiyksikköön					

8. Teetkö työssäsi seuraavia testejä?

	KYLLÄ	EI
MMSE= Minimental		
CERAD=laaja muistitesti		
GDS 15/30 = masennusseula		
ADL ja IAD= toimintakykykaavakkeet		

9. Valitse jokaisesta testistä vaihtoehto, mikä vastaa parhaiten omaa osaamistasi

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Osaan tehdä MMSE:n					
Osaan tehdä CERAD:n					
Osaan tehdä GDS 15/30					
Osaan tehdä ADL ja IADL					

#### KOULUTUSTARVE

10. Kuinka paljon koet tarvitsevasi muistiasioihin liittyvää koulutusta?

- Erittäin paljon
- Paljon
- En osaa sanoa
- Vähän
- En yhtään

11. Mistä muistiin liittyvistä asioista haluaisit lisäkoulutusta?

## AVOIMET KYSYMYKSET

12. Kuvaile, miten toimit huomattessasi aiemmin hyvämuistisella asiakkaalla muistioireita?

13. Miten kehittäisit muistiin liittyvää toimintaa? (Kehittämideoita ja – tarpeita, mitä turhaa tehdään, mitä pitäisi tehdä toisin tms.)

14. Mikäli omassa tiimissäsi ei ole vielä muistivastaavaa/muistiyhdyshenkilöä, olisitko sinä halukas?

- Kyllä
- Ei

Jos vastasit kyllä, lähetä minulle yhteystietosi (nimi, tiimi, sähköpostiosoite)  
satu.soininen@student.samk.fi

**KIITOS!**

## SAATEKIRJE

Hei!

Suoritan Satakunnan ammattikorkeakoulussa vanhustyön ylempää AMK-tutkintoa ja opintoihin sisältyy opinnäytetyö. Opinnäytetyön aiheena on muistiyhdyshenkilöverkoston perustaminen Porin perusturvan Pohjoiselle alueelle. Toimin itse tämän alueen muistihoitajana ja tavoitteena on verkoston avulla lisätä yhteistyötä sekä yhdenmukaistaa ja selkeyttää muistisairaana asiakkaan hoitopolkua.

Pohjoisen alueen jokaisesta kotihoidon tiimistä ja perusturvan omasta ympärivuorokautisen hoidon yksiköstä valitaan muistivastaava/muistiyhdyshenkilö verkostoon. Valinta tehdään yhdessä esimiesten kanssa. Lomakkeessa kysytään halukkuutta toimia muistivastaavana, jos vastaat kyllä, niin lähetä yhteystietosi erillisellä sähköpostilla osoitteeseen satu.soininen@student.samk.fi

Tutkimustyön eettiset näkökulmat huomioidaan käsittelemällä tutkimusaineisto siten, ettei kenenkään henkilöllisyys paljastu ja vastaaminen tapahtuu nimettömänä. Muistiyhdyshenkilöverkостossa toimivien nimet tulevat julki. Tutkimusaineisto hävitetään opinnäytetyön valmistuttua. Opinnäytetyö julkaistaan Theseus-tietokannassa.

Kyselytutkimus lähetetään kaikille Pohjoisen alueen kotihoidon työntekijöille. Kyselyn tarkoituksena on kartoittaa nykytilanne, kehittämisideat ja koulutustoiveet.

Vastaamiseen menee aikaa noin 15 min.

Kiitos!

Satu Soininen

050 xxxxxxx (oma)

satu.soininen@student.samk.fi