

Arosarka Tiina, Cederberg Sari

Kotona asuvan muistisaira suun omahoidon ohjaaminen ja tukeminen

Katsaus kirjallisuuteen

Metropolia Ammattikorkeakoulu
Suun terveysalan tutkinto-ohjelma
Suuhygienisti (AMK)
Opinnäytetyö
17.4.2018

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Tiina Arosarka, Sari Cederberg Kotona asuvan muistisairaana suun omahoidon ohjaaminen ja tukeminen 53 sivua + 5 liitettä 17.4.2018
Tutkinto	Suuhygienisti (AMK)
Koulutusohjelma	Terveys ja hoitaminen
Suuntautumisvaihtoehto	Suun terveydenhuollon koulutusohjelma
Ohjaaja(t)	TtM Teija Rautiola
Suomessa muistisairauksien määrä kasvaa vuosittain noin 14 500 henkilöllä, ja näistä ihmisistä jopa kolmannes asuu yksin kotona. Muistisairaus on vakava riski suun terveydelle, sillä päivittäinen suuhygieniä usein unohtuu, ravintotottumukset muuttuvat ja hammashoitoon hakeutuminen harvenee tai loppuu kokonaan. Yhteiskunta pyrkii tukemaan kotona asumista mahdollisimman pitkään, joka asettaa kotihoidon toimintakulttuurille ja resursseille suuria haasteita. Muistisairasta voidaan tukea suun omahoidossa sairauden alkuvaiheessa tehokkaasti erilaisilla apuvälineillä, ja terveysteknologialta odotetaan tulevaisuudessa innovatiivisia ratkaisuja itsenäiseen suun hoitamiseen. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kotona asuvan muistisairaana potilaan ohjausta suun terveydenhuollossa ja omahoidon toteutumista arjessa. Tämän työn tavoitteena on tukea ja avartaa ammattihenkilöstön osaamista kohderyhmälähtöisessä ohjauksessa, sekä luoda ymmärrystä niihin haasteisiin mitä muistisairas kohtaa arjessaan suun hoidossa. Toisena tavoitteena on tunnistaa keinoja ja tapoja muistisairaana suun omahoidon itsenäiseen toteuttamiseen ja terveyden edistämiseen. Kolmas tavoite on selvittää moniammatillisen yhteistyön ja terveysteknologian mahdollisuuksia muistisairaana potilaan suun omahoidon toteuttamisessa. Opinnäytetyö toteutettiin katsaus kirjallisuuteen menetelmän keinoin. Tutkimusaineistoa kerättiin lääketieteen, hammaslääketieteen, hoitotieteen ja geriatrian alueilta, ja sitä on yhdistetty avoimin silmin. Lähestymistavaksi valikoitui laadullinen eli kvalitatiivinen ote. Tutkimukseen mukaan otettu aineisto analysoitiin käyttäen induktiivista sisällön analyysiä. Opinnäytetyömme tuloksina havaitsimme, että moniammatillinen yhteistyö kotona asuvan muistisairaana hoitotyössä on tärkeitä sairauden varhaisen havaitsemisen kannalta. Sairauden etenemisen eri vaiheissa tuen varmistaminen suun terveyden hoidossa on myös riippuvainen yhteistyöstä. Muistisairaana henkilön moniammatilliseen hoitotiimiin kuuluvalla ammattilaisella tulisi olla oikea asenne ja kyky kohdata muistisairas potilas yksilöllisesti, sekä riittävä suun terveyden hoitotyön osaaminen. Muistisairaana henkilön omahoito toimimisen varmistamiseksi tarvitaan terveydenhuollon organisaatiossa joustavia ja tihennettyjä vastaanottoaikoja ja -välejä jotka huomioivat taudin etenemisen vaikutuksia suun terveyteen. Muistisairaudesta huomioiminen omahoidon ohjauksen yhteydessä on myös ensiarvoista po-	

tilaan informoimisen kannalta, jotta hänelle saadaan tuotettua käyttöön oikeanlaisia apuvälineitä ja tukimateriaalia. Kotona asuvan muistisairaana suun omahoidon tukeminen teknologian avulla on kehittyvä ilmiö, joka tulevaisuudessa monipuolistuu ja yleistyy, ja joka puhuttaa tämän päivän tutkijoita. Löysimme tutkimuksissa käytettyjä erilaisia teknologisia apuvälineitä, joita on hyödynnetty kotihoidossa ja yleisterveyden hoitotyössä, mutta joiden toimintaperiaatteita soveltamalla voitaisiin hyödyntää myös suun terveyden edistämisessä.

Opinnäytetyön tuottamaa tietoa voivat käyttää terveydenhuollon ammattilaiset päivittäisessä työssään. Muistisairaiden hyvinvointi ja elämänlaatu voidaan turvata ja sitä voidaan kehittää moniammatillisten hoitotiimien kautta, rakentamalla muistisairaalle oma terveydenhoidon turvaverkko. Annetun avun tehokkuus on riippuvainen siitä, kuinka varhain muistisairaus havaitaan. Varhaisen puuttumisen välineet terveydenhoidon ammattilaiselta palvelujärjestelmästäamme auttaisivat toimintaamme. Sairauden alkuvaiheessa erilaisia apuvälineitä ja lääkityksiä voidaan ottaa arkea tukevasti käyttöön. Muistisairaiden suun terveyden merkitys ja omahoidon toimiminen kotona tulisi ottaa tasavahvasti huomioon perusterveydenhuollossa. Asiaan on jo havahduttu, kun lisää tutkimustietoa julkaistaan suun terveyden ja yleisterveyden yhteyksistä. Laajassa mittakaavassa osaavaa ja välittävää hoitohenkilökuntaa tarvitaan lisää muistisairaiden hoitamiseen. Tämän lisäksi tulevaisuudessa innovatiivisella terveysteknologialla avustettu toimiva muistisairaana suun omahoito ovat keinoja, joilla voitaisiin saada aikaisesti myös kustannussäästöjä ennaltaehkäisykeinoin, kalliiden erikoissairaanhoidon kustannusten vähenemisenä.

Avainsanat

alzheimer, muistisairaus, omahoito, suun terveys, terveysteknologia, moniammatillisuus, kotona asuminen, ohjeistus

Author(s) Title Number of Pages Date	Tiina Arosarka, Sari Cederberg Consideration of at home living memory disorder patient during oral health self-care guidance and support 53 pages + 5 appendices 17 April 2018
Degree	Oral hygienist
Degree Programme	Health and nursing
Specialisation option	Oral health degree
Instructor(s)	MHS Teija Rautiola
In Finland the amount of people with memory disorder disease are growing with 14 500 new cases every year, from these people every third are living home alone. Memory disorder is severe risk for oral health, because daily oral hygiene is often forgotten, dietary habits change and seeking dental treatment is reduced or stops completely. Society is aiming to support living at home for as long as possible, and this sets challenges for home care system and its recourses. In early stage of disease, the patient's oral self-care can be supported efficiently with different assistive tools. In the future health technology is expected to bring innovative solutions for independent oral self-care. The purpose of this thesis is to describe guidance of oral health care for memory disorder patient that lives at home, and oral self-care in daily life. First objective of thesis is to support and broaden professional staff's knowledge of target group and create understanding about those challenges that people with memory disorder face in their daily oral care. Second objective is to identify means and ways for memory disorder patient's independent oral self-care execution and health promotion. Third objective is to clarify the opportunities of multi-professional co-operation and health technology for memory disorder patient's oral self-care. This thesis was executed by literature review methods. Research material was collected from areas of general medicine, dental medicine, nursing and geriatrics, and it has been combined open minded. The approach was chosen to be qualitative research. The literature chosen to thesis was analyzed by using inductive content analysis. As the results of this thesis we concluded that multi-professional co-operation in nursing of at home living memory disorder patient is important for detecting disease in it's early state. Ensuring support in oral health care is also dependent on co-operation during disease's progression. Professional person who is being part of memory disorder patient's management team should have the right attitude and ability to encounter patient as an individual, as well as have a sufficient knowhow of oral health care. To ensure the functioning of memory disorder patient's self-care is requiring flexible and frequented reception times and intervals, that regards the effects of disease's progress towards oral health. Taking memory disorder disease into consideration during self-care guidance is paramount regarding informing the patient, so that professionals are aware and able to produce the right kind of supporting tools and materials for the patient to use. Supporting oral self-care of an at home living memory disorder patient with technology is a growing phenomenon, which will become more diver-	

sified and generalized in the future and is getting noticed by today's researchers. From researches we found various types of assistive technology, that have been used in domiciliary care and general health care, but the principles of those technologies could also be applied to oral health promotion.

Information produced by this thesis can be used by health care professionals in their work. The well-being and quality of life of people with memory disorder disease can be protected and developed by use of multi-professional teams, and by building patient their own health care security network. The efficiency of given help is dependent on how early stage the memory disorder disease is detected. For our performance and current health care system, it would be helpful to receive tools for early intervention for memory disease from health care professionals. In early stages of disease, it is possible to start the use of different kinds of assistive tools and medications to support daily life of the patient. The meaning of oral health and self-care of people with memory disorder should be equally considered in general health care system. This matter has been awoken, since more research results of oral health has been published with general health results. In wider scale still, we need more knowledgeable and caring staff to take care of memory disorder patients. In addition, in the future, oral self-care of memory disorder patients assisted with innovative health technology, combined with preventive care, is a method that could reduce the costs of expensive specialized medical care.

Keywords

alzheimer, memory disorder, self-care, oral health, health technology, multiprofessionality, living at home, guidance

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimustehtävät	2
3	Opinnäytetyön tietoperustan kuvaus	3
4	Muistisairaudet	4
4.1	Dementia	5
4.2	Alzheimerin tauti	5
4.3	Aivoverenkiertosairauden muistisairaus	6
4.4	Lewyn kappale –dementia	6
4.5	Otsa-ohimolohkorappeumat	7
5	Muistisairaat asuvat kotona yhä useammin ja pidempään	7
5.1	Ikääntyneiden suun terveys 2000-luvulla	7
5.2	Muistisairaahan suun omahoidon haasteet	8
5.3	Suusairauksien ja yleissairauksien välinen yhteys	10
5.4	Lääkkeiden vaikutus suun terveyteen	11
5.5	Ensioireita alkavasta muistisairaudesta	12
6	Kotona asuvan muistisairaahan ohjaaminen suun terveydenhuollossa	13
6.1	Suun terveystarkastukset ja omahoidon ohjeet	14
6.2	Terveyden edistämisen ohjauskeskustelut	15
7	Toimintamalleja kotona asuvan muistisairaahan omahoidon tukemiseen	16
7.1	Kotihoito	17
7.2	Kunnan neuvontapalvelut	17
7.3	Liikkuvat hammashoitolat	18
7.4	Terveydenhuollon ammattihenkilöstön koulutus	18
7.5	Uudenlaisia hoitoprosesseja suun terveydenhuollossa	19
7.6	Moniammatillinen yhteistyö kotona asuvan muistisairaahan elämässä	19
7.7	Apuvälineitä muistisairaahan suun omahoidon arjessa selviytymiseen	20
7.8	Terveysteknologia kotona asuvan muistisairaahan palvelukseen	21
8	Opinnäytetyö toteuttaminen	21
8.1	Katsaus kirjallisuuteen opinnäytetyön menetelmänä	22

8.2	Laadullinen tutkimusmenetelmä	24
8.3	Aineiston haku ja valintakriteerit	25
8.4	Aineiston analysointi	27
9	Opinnäytetyön tulokset	30
9.1	Moniammatillinen yhteistyö kotona asuvan muistisairaahan hoitotyössä	30
9.1.1	Ammattihenkilöstön asenteiden vaikutus muistisairaahan huomiointiin	30
9.1.2	Muistisairaahan kohtaaminen ja ohjeistus suunhoidossa	31
9.1.3	Moniammatillinen tiimi muistisairaahan suun terveydenhoidossa	31
9.1.4	Kotona asuvat muistisairaahan erityisryhmänä hoitotyössä	32
9.1.5	Organisaatiotason haasteet muistisairaahan hoidossa	33
9.2	Muistisairaahan huomioiminen omahoidon ohjauksen yhteydessä	34
9.2.1	Muistisairas vastaanotolla sairautensa eri vaiheissa	34
9.2.2	Muistisairaahan toiminnan ja kotiolojen huomiointi ja suunnittelu sairautensa etenemistä ennakoivien	34
9.3	Kotona asuvan muistisairaahan suun omahoidon tukeminen teknologian avulla	35
9.3.1	Teknologiset apuvälineet muistisairaahan omahoidon tukena	35
10	Pohdinta	37
10.1	Tulosten tarkastelu	37
10.2	Menetelmän tarkastelu	40
10.3	Opinnäytetyön luotettavuus	42
10.4	Opinnäytetyön eettisyys	43
10.5	Opinnäytetyö hyödyntäminen ja jatkokehittämisehdotukset	44
10.6	Oppimisprosessi ja ammatillinen kasvu	46
	Lähteet	47
	Liitteet	
	Liite 1. Tietoperustan hakuhistoria	
	Liite 2. Tietokantojen hakutulokset eri hakusanoilla ja -yhdistelmillä	
	Liite 3. Aineiston sisäänottotaulukko	
	Liite 4. Aineiston analyysikehys	
	Liite 5. Induktiivisen aineiston käsittelytaulukko	

1 Johdanto

World Health Organization (WHO 2017) mukaan maailman väestöstä dementiaa sairastavien määrä olisi arviolta 47 miljoonaa, ja lähes 10 miljoonaa uutta tutkittua tapausta vuosittain. Dementiaa sairastavien kokonaismäärän on ennustettu kasvavan 75 miljoonaan vuoteen 2030 mennessä.

Muistisairaudet heikentävät muistia sekä tiedonkäsittelyn muita osa-alueita, kuten näönvaraista hahmottamista, kielellisiä toimintoja ja toiminnanohjausta (Erkinjuntti, Timo – Remes, Anne – Rinne, Juha – Soininen, Hilka 2015; 20). Alentunut kognitiivinen toimintakyky muistisairailta ihmisillä lisää riskiä suun terveyden heikentymiseen. Heillä on suurentunut riski syljen erityksen häiriöön, kruunu- ja juurikariekseen sekä muihin suun sairauksiin. (Vehkalahti – Knuuttila 2008; Wu – Plassman – Crout – Liang 2008.)

Suomessa muistisairaudet luokitellaan kroonisiin sairauksiin, joiden yleistyminen on kasvanut väestön ikärakenteen muutosten myötä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015). Lähes 200 000 henkilöllä tiedonkäsittelytaitojen on todettu lievästi vähentyneet, 100 000 henkilöä kärsii lievästä muistisairaudesta, sekä 93 000 henkilöllä on ainakin keskivaikea muistisairaus. Uusia muistisairautta sairastavia henkilöitä löytyy Suomessa vuosittain lähes 14 500. (Winqvist – Moilanen 2017.) Muistisairas asuu myös yhä useammin yksin, sillä lähes puolet 75 vuotta täyttäneistä asuu yhden hengen taloudessa (Tilastokeskus 2014). Muistisairaudet eivät ole vain iäkkäiden sairaus, ja arviot Suomen työikäisten muistisairaiden osuudesta on 7 000 henkilöä (Hallikainen – Remes 2015; Winqvist – Moilanen 2017; Alzheimerin tauti työikäisellä; Sosiaali- ja terveysministeriö 2012: 117).

Suomessa suun terveys on 2000-luvulle tultaessa kehittynyt huomattavasti, mikä on johtanut siihen, että iäkkäillä ihmisillä on yhä enenevässä määrin omia hampaita suussa päivittäin hoidettavana (Suominen-Taipale – Nordblad – Vehkalahti – Aromaa toim. 2004: 71). Tämä omien hampaiden suuri määrä yhdessä kasvavan muistisairaspotilaiden määrän kanssa aiheuttavat omat haasteensa suun terveydenhuoltoon. Suunterveyden edistäminen erityisesti iäkkäillä vaatii eri toimijoiden tiivistä yhteistyötä ja yhteisöllistä verkottumista. (Vehkalahti – Knuuttila 2008.) Suuhygienistin työssä ikääntyneet tulevat olemaan jatkuvasti kasvava ja suurin yksittäinen hoidossa käyvä ikäryhmä. Vuonna 2016

yli 65-vuotiaita oli väestöstä 20,9 prosenttia, ja määrän ennustetaan kasvavan vuoteen 2060 28,8 prosenttiin. (Tilastokeskus 2016.)

Suuhygienistin tärkeimpiin työtehtäviin kuuluu kovakudossairauksien ylläpitohoito, joka ikääntyneellä väestöllä on suurin yksittäinen suun terveyden ja suuperäisen yleisterveyden riski (Närhi – Syrjälä 2017:38). Yli 75-vuotiaiden ikäryhmässä Terveys 2011 tutkimuksen mukaan Suomessa miehillä 85 prosentilla ja naisilla 71 prosentilla on krooninen parodontiitti (Koskinen – Lundqvist – Ristiluoma 2012:107). Huono suuhygienia aiheuttaa nopeammin vakavaa ientulehdusta ikäihmisillä, kun nuorilla (Närhi – Syrjälä 2017:36).

2 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimustehtävät

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on katsaus kirjallisuuteen menetelmän avulla kuvata kotona asuvan muistisairaahan potilaan ohjausta suun terveydenhuollossa ja omahoidon toteutumista arjessa.

Opinnäytetyön tavoitteena on tukea ammattihenkilöstön osaamista kohderyhmälähtöisessä ohjauksessa, ja luoda ymmärrystä niihin haasteisiin mitä muistisairas kohtaa arjessaan suun hoidossa. Toisena tavoitteena on tunnistaa keinoja ja tapoja muistisairaahan suun omahoidon itsenäiseen toteuttamiseen ja terveyden edistämiseen. Kolmas tavoite on selvittää moniammatillisen yhteistyön ja terveysteknologian mahdollisuuksia muistisairaahan potilaan suun omahoidon toteuttamisessa.

Tutkimuskysymyksemme ovat:

- 1) Miten kotona asuvan muistisairaahan potilaan suun omahoitoon yhdistetään moniammatillinen yhteistyö?
- 2) Miten muistisairas potilas Suomessa huomioidaan omahoidon ohjauksen yhteydessä suun terveydenhuollossa?
- 3) Miten terveysteknologian avulla voidaan tukea kotona asuvan potilaan suun omahoidon toteuttamista?

3 Opinnäytetyön tietoperustan kuvaus

Aloitimme rakentamaan opinnäytetyömme tietoperustaa pohtimalla aiheemme tarkoitusta, tavoitteita sekä tutkimuskysymyksiä, ja johdimme tältä pohjalta koottavan tiedon selvittämisen tarpeen. Tutustuimme aiheeseen selvittämällä mitkä ovat yleisimmät esiintyvät muistisairaudet, millainen on vallitseva nykytila Suomessa koskien vanhusväestön kotona asumista, millainen vaikutus suun terveydellä on elämänlaatuun iäkkäillä ihmisillä sekä kuinka muistisairaita tällä hetkellä huomioidaan suun terveydenhuollon osalta. Näistä muodostuivat opinnäytetyömme keskeiset käsitteet: muistisairaudet, kotona asuminen, suun terveys, ohjaaminen, itsenäinen asuminen, kotihoito, suun terveys ja yleisterveys, moniammatillisuus, terveysteknologia ja terveyden edistäminen.

Tietoperusta koottiin käyttämällä tietokantoja, lukemalla aihetta käsittelevien opinnäytetöiden lähdeluetteloita ja luimme menetelmäkirjallisuutta. Pääasialliset tietokannat, josta löysimme sopivia tutkimuksia ja artikkeleita olivat Cinahl, PubMed, Medic, Google ja Google Scholar. Aihetta vastaavia tutkimuksia oli hyvin niukasti, joten jouduimme käyttämään paljon manuaalihakuja. Verkkolähteiden käytettyjä hakusanoja olivat terveys, kansantaudit, muistisairaudet, dementia, Alzheimer, Lewy, Lewyn kappale, otsa-ohimo-lohkorappeumat, ikäänty*, ikääntyneet, ikääntynyt, suun terveys, suun terv*, kuiva suu, potilasohjei*, hampaattomuus, suun omahoito, moniammatillinen*. Lisäksi englannin kielisiä hakusanoja olivat syndrome, global, oral home, dental, memory, memory disorder, mild cognitive impairment, oral self-care, technology, home dwel*, daily oral*, multi-professional, early interventions, preventive oral health*. Näiden lisäksi käytimme myös Terveysportin tietokantoja, Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen, Sosiaali- ja terveysministeriön ja WHO:n säädöksiä ja julkaisuja, jotka liittyivät aiheeseemme ja ohjaavat toimintaa ikääntyneiden terveydenhuollossa ja suun terveydenhuollossa. Taulukoimme tietoperustan haut omaan taulukoon (ks. taulukko 1.), ja lisäsimme mukaan otetut tutkimukset opinnäytetyön lähteisiin.

Kuvaamme tietoperustassa myös lääkityksen merkityksestä suun terveyteen, muistisairauden varhaisien merkkien havaitsemisesta, ja muistisairauden merkityksestä arjen toimintoihin.

Taulukko 1. Esimerkki tietoperustan haun taulukoinnista

Päivämäärä	Tietokanta	Hakusanat	Otsikkotasolla luet- tuja	Tiivistelmä- tasolla luet- tuja	Kokoteksti- tasolla luet- tuja	Lopullinen hyödynnet- tävyyys
2.10.17	manuaalihaku	väestöennuste	1	1	1	1
2.10.2017	manuaalihaku / google	terveys 2011	3	1	1	1
3.10.2017	manuaali- haku/google	virtuaalihoito	8	5	2	1
5.10.2017	Google	dementia AND syndrome AND global	10	1	1	1
5.10.2017	manuaalihaku /google	kansantaudit	2	1	1	1
5.10.2017	manuaalihaku	muistisairaudet	6	3	1	1
5.10.2017	Google	Kansallinen muistioh- jelma 2012- 2020	10	2	1	1

4 Muistisairaudet

Muistisairaudet heikentävät muistia sekä tiedonkäsittelyn muita osa-alueita, kuten näön-
varaista hahmottamista, kielellisiä toimintoja ja toiminnanohjausta. Muistisairaista 15
prosentilla sairaus etenee aivoja rappauttaen ja toimintakykyä heikentäen vaikeaan de-
mentiaan, joka on kuolemaan johtava sairaus. (Erkinjuntti, Timo – Remes, Anne – Rinne,
Juha – Soininen, Hilkka 2015; 20.)

Yleisimmät etenevät muistisairaudet ovat Alzheimerin tauti (AT), aivoverenkiertosairau-
den (AVH) muistisairaus eli VCI (vascular cognitive impairment), Alzheimerin taudin ja
AVH:n yhdistelmä, Lewyn kappale -tauti, otsa-ohimolohkorappeumat sekä Parkinsonin
tauti (Erkinjuntti ym. 2015: 18-21; Muistisairaudet 2016).

Vuosittain Suomessa 14 500 ihmistä sairastuu muistisairauteen. Elämme 200 000 hen-
kilön kanssa, joilla tiedonkäsittely eli kognitiivinen toiminta on lievästi heikentynyt, ja
100 000 lievän ja 93 000 vähintään keskivaikean dementian oireita. Joka kolmannella yli

65-vuotiaista on omasta mielestään muistioireita. (Käypä hoito -suositus 2017.) Vuonna 2016 yli 65-vuotiaita oli väestöstä 20,9 prosenttia, ja määrän ennustetaan kasvavan vuoteen 2060 28,8 prosenttiin (Tilastokeskus 2016).

Tutkimukset ovat osoittaneet, että alentunut kognitiivinen toimintakyky muistisairailta ihmisillä lisää riskiä suun terveyden heikentymiseen, ja heillä on suurentunut riski syljen erityksen häiriöön, kruunu- ja juurikariekseen sekä muihin suun sairauksiin (Wu – Plassman – Crout – Liang 2008).

4.1 Dementia

Dementialla tarkoitetaan tavallisesti kroonista tai etenevää, aivosairaudesta johtuvaa oireyhtymää, jossa aivojen ylempien kuorialueiden toiminnot, kuten muisti, kielelliset kyvyt, laskemisen taito, sekä kyky ymmärtää, ajatella ja oppia heikentyvät. Sairaudesta johtuva kykyjen heikkeneminen on parantumaton. (Friis-Hasché – Nordenram 2017.) Dementian yleisyys kaksinkertaistuu viiden ikävuoden välein 65 vuoden iässä ja siitä eteenpäin. Suomessa 65-vuotiaista tai vanhemmista 7 prosentilla on diagnosoitu vakava dementia, 75-vuotiaista tai vanhemmista yleisyys on 23 prosentilla. (Siukosaari 2013:15.)

4.2 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti on yleisin etenevistä muistisairauksista; noin 70%:lla muistisairautta sairastavista on AT. Alzheimer on vaiheittain tasaisesti etenevä sairaus, jossa oireita aiheuttavat tiettyjen aivoalueiden vauriot. Varhaisessa Alzheimerissa tyypilliset oireet ovat muistivaikeuksien lisääntyminen, joka johtaa asiakokonaisuuksien oppimisen vaikeutumiseen. Lähimuistin häiriöt voivat ilmetä käyttöesineiden hukkaamisena, uusien nimien oppimisen vaikeuksina ja tapahtumajärjestysten sekä asioiden sekoittumisena. Työikäisen Alzheimerin taudinkuva voi olla erilainen kuin iäkkäämmillä potilailla, ensioireita voivat olla näkemisen hahmottamisen vaikeudet, lisäksi myös muut tiedonkäsittelyn kuten lukemisen tai kasvojen tunnistamisen vaikeudet. (Alzheimerin tauti 2017; Erkinjuntti ym. 2015: 119-131; Hallikainen – Remes 2015.)

Myöhempien taudin vaiheiden oireisiin kuuluvat toiminnan-ohjauksen hidastuminen, päättely- ja keskittymiskyvyn heikkeneminen, puheen tuottamisen ja ymmärtämisen vaikeudet sekä kätevyysongelmat. Käyttöoireiden ilmeneminen vaihtelevat taudin vaiheiden mukaan. (Alzheimerin tauti 2017; Erkinjuntti ym. 2015: 119-131.)

4.3 Aivoverenkiertosairauden muistisairaus

Verisuoniperäiset eli vaskulaariset muistisairaudet ovat toiseksi yleisin etenevän muistisairauden syy, sairastuneista noin 15–20%. VCI liittyy erityyppisiin aivoverenkiertohäiriöihin ja verisuonten vaurioihin. (Melkas – Jokinen – Putaala – Valanne – Hietanen – Erkinjuntti 2015.) VCI:n päätyypit ovat pienten aivoverisuonten tauti, suurten aivoverisuonten tauti sekä aivojen tiedonkäsittelyn kriittisellä alueella infarktin aiheuttama tila. Muita syitä ovat Alzheimerin kanssa samanaikaisesti esiintyvä aivoverenkiertosaireaus sekä aivoverenvuodon jälkitilat. (Erkinjuntti ym. 2015: 137–138.) VCI:n varhaisoireita ovat lievät muistihäiriöt, tiedonkäsittelyn hidastuminen, hahmottamisen vaikeudet, puheoireet ja liikkumisen vaikeus. Oireet vaihtelevat myös sen mukaan, millä aivopuoliskolla vauriot sijaitsevat. Aivopuoliskosta riippumatta tautiin liittyviä yleisluonteisia oireita ovat tarkkaavaisuuden, vireystilan ja toiminnanohjauksen häiriöt. Suurten suonten ja pienten suonten tautiin voivat liittyä luonteen muuttuminen, motorinen hidastuminen sekä mielialahäiriöt. (Erkinjuntti ym. 2015: 143.)

4.4 Lewyn kappale –dementia

Lewyn kappale –dementian kliiniseen kuvaan kuuluvat kognitiivisten kykyjen, tarkkaavaisuuden ja vireystilan tason ailahtelu ajankohdasta toiseen, parkinsonismi eli oireyhtymä johon kuuluu lihasjäykkyyttä, vapinaa sekä liikkeiden hidastumista. Oireena saattaa toisinaan olla näköharhoja. Sairauden neuropatologisena löydöksenä ovat isoainokuitu- ja aivorungon alueella hermosoluissa esiintyvät Lewyn kappaleet. On esitetty, että kappaleissa tapahtuu proteiinipilkkoutumiselle resistenttien valkuaisaineiden kasaantumista, sekä epänormaalien proteiinien epäonnistunutta poistamista soluista. Lewyn kappaleen taudin etiologia sekä aivojen rappeuman mekanismi ovat tuntemattomia, taudin syntymisen syyksi on esitetty muun muassa toksista vauriota. (Oinas – Polvikoski – Sulakava – Paetau – Haltia 1998.)

4.5 Otsa-ohimolohkorappeumat

Otsa-ohimolohkorappeumat ovat toiseksi yleisin esiintyvä muistisairaus työikäisellä väestöllä, ne muodostavat dementiatapauksista 5–10%, työikäisistä muistisairaista 10–20%. Sairauden oireita ovat käyttäytymisoireet sekä kielellinen afasia, jossa puheen tuottaminen ja ymmärtäminen vaikeutuvat. Rappeuman edetessä potilaalle saattaa kehittyä lisäksi ei-kognitiivisia, parkinsonismiin tai ALS liittyviä oireita, kuten vapinaa, lihasten jäykkyyttä ja lihasten nykimistä. (Kaivorinne 2012: 25–27.)

5 Muistisairaat asuvat kotona yhä useammin ja pidempään

Valtioneuvoston yksi viidestä kärkihankkeesta vuosina 2015 – 2019 on ikäihmisten kotihoidon ja kaikenikäisten omaishoidon kehittäminen. Tavoitteena on uudistaa koti-, omais- sekä perhehoitoa ja kehittää iäkkäille kustannusten kasvua hillitseviä ja nykyistä yhdenvertaisempia palveluja kotiin. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2017.) Lähes puolet 75 vuotta täyttäneistä asuu Suomessa yksin kodissaan. Kaikissa ikäryhmissä yksin asuvien määrä kasvaa voimakkaasti. (Tilastokeskus 2014.)

Kotihoidon asiakasmäärät ovat kasvaneet tilapäisessä kotihoidossa 17 prosenttia ja säännöllisessä kotihoidossa 34 prosenttia vuodesta 2014 vuoteen 2016. Runsas asiakasmäärän kasvu on tapahtunut asukasmäärältään suurimmissa maakunnissa, nopein kasvu on tällä hetkellä Uudellamaalla. Kotihoidon henkilöstön kokonaismäärä on laskenut vuodesta 2014 yli puolessa maakuntia, voimakkaimmin henkilöstön määrä on laskenut Uudellamaalla. Asiakkaan itseohjautuvuuteen, omien voimavarojen hyödyntämiseen ja ylläpitämiseen kiinnitetään jatkossa enemmän huomiota. (Alastalo – Vainio – Kehusmaa 2017.) Tähän syntyneeseen resurssivajaukseen etsimme opinnäytetyöllämme suunterveyden osalta erilaisia toimintamalleja ja innovaatioita.

5.1 Ikääntyneiden suun terveys 2000-luvulla

Väestön rakenteen ja elintason muutosten, sekä suun terveyden kohentumisen yhteisvaikutuksena eläkeikäisillä on suussa omia hampaita enenevässä määrin, ja hampaalisten eläkeläisten määrän ennustetaan kasvavan tulevaisuudessa (Närhi – Syrjälä 2016:34). Vuonna 2004 julkaistussa suunterveys tutkimuksessa ilmenee, että 1980-lu-

vulla tehdyn haastattelututkimuksen jälkeen eläkeikäisen väestön (+65 vuotiaiden) hampaattomien ihmisten osuus on laskenut 2000-luvulle mentäessä yli 30 %. Lisäksi eläkeikäisiä joka viidennellä oli tutkimuksen mukaan vähintään 20 omaa hammasta suussa. (Suominen-Taipale ym. 2004: 71; Siukosaari 2013:19.)

Ennusteen mukaan Suomessa tulisi vuonna 2040 olemaan 1,2 miljoonaa hampaallista eläkeläistä (Vehkalahti – Knuuttila 2008). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011 tutkimuksen mukaan hampaattomien osuus vuonna 2011 55–64-vuotiaiden joukossa oli melkein sama kuin se oli vuonna 2000 45–54-vuotiaiden ikäisissä. Tuloksista voidaan vetää johtopäätös, että hampaita säästävä hoito on ollut tuloksekasta, ja että hampaiden poisto on ollut harvinaista 2000-luvulla. (Koskinen – Lundqvist – Ristiluoma 2012:105.) Hampaiden menetyksillä ja suusairauksilla on toiminnallinen ja psykososiaalinen yhteys ikäihmisen kokemaan elämänlaatuun ja hyvinvointiin. Mitä enemmän hampaita, sitä tyytyväisempiä ikääntyneet ovat omaan suun terveyteensä. (Komulainen 2013:14.)

5.2 Muistisaira suun omahoidon haasteet

Muistisairaus alkaa yllättäen ja etenee yleensä hitaasti. Oireiden eteneminen, toimintakyvyn heikkeneminen ja taudin kesto ovat hyvin yksilöllisiä. (Alzheimerin tauti 2017.) Esi-neiden paikkojen ja tapahtumien unohtelu mielletään yleensä helposti muistisairauden oireiksi. Ahdistavaksi asiat voivat muuttua silloin, kun kaupan hyllyltä ei enää löydä etsimäänsä tai liikennemerkkien tarkoitusta ei enää hahmota. Tuttujen televisio-ohjelmien seuraaminen ei onnistu, ja itseilmaisu ja puheen tuottaminen alkavat tuntua hankalilta. Nämä aiheuttavat hämmennystä itse muistisairaalle kuin myös heidän läheisilleen. (Laatu – Ruutiainen 2006.)

Tyypillisiä alkuvaiheen oireita ovat ajanhallinnan katoaminen, keskittymisvaikeudet, vaikeudet suunnitella omia toimintojaan, sanojen ja nimien katoaminen sekä eksymiset ja poissaolotilat sekä ulkona että sisällä. Päivittäisten toimintojen tekeminen voi tuntua sekavalta ja ahdistavalta. (Stakes 2008:35-109.)

Hygienian hoito ja syöminen unohtuvat yhä useammin ja kodinkoneiden käyttö hiipuu. Nappien laittaminen kiinni ja kengännauhojen solmiminen ei enää onnistu. Ruoka voi unohtua liedelle ja usein nälän tunne myös häviää. Oma aloitekyky häviää, usein toisen

ihmisen pitää kannustaa, maanitella tai houkutella, että muistisairas pääsee liikkeelle. Muistisairas saattaa esittää samoja kysymyksiä pitkin päivää, tai hän kertoo samoilla sanoilla päivänsä tapahtumista taukoamatta. Muistamattomuus voi luoda turvattomuutta omassa kodissa, ja näin lisätä ahdistuneisuutta, masennusta ja eristyneisyyttä. Puheen tuotto voi loppua kokonaan, kirjoitetun tekstin ymmärtäminen voi hävitä ja liikuntakyky kadota. Persoonallisuuden muutokset ja harhaisuus ovat myös tyypillisiä muistisairauden oireita. Päivät voivat kulua keinutuolissa istuen ja ikkunasta ulos katsellen. (Apuvälineet ja dementia Pohjoismaissa 2008:35-109.)

Riittävä määrä hampaita ja hyvä suun terveydentila parantavat kotona asuvan ikääntyneen toimintakykyä. Nämä edesauttavat syömistä, nielemistä ja vatsan toimintaa, jotka taas helpottavat hyvän ravitsemustilan ylläpitoa. Lisäksi hyvä suuhygienia ja hampaallinen suu edistävät puheen muodostusta, sosiaalisia kontakteja jopa ulkonäköä. (Siukosaari – Nihtilä 2015:36.) Ikäihmisillä yleiset suusairaudet juurikaries ja parodontiitti voidaan ehkäistä hyvällä suuhygienialla, terveellisellä ravinnolla, fluorin käytöllä ja säännöllisillä ammattilaisen tekemillä puhdistuksilla (Komulainen 2013:1; Närhi – Syrjälä 2016:38; Siukosaari – Nihtilä 2015).

Suusairauksien ennaltaehkäisyssä tärkeintä on huolellinen plakin eli bakteeripeitteen poisto mekaanisesti hampaiden harjauksella kahdesti päivässä fluorihammastahnalla (Komulainen 2013:16). Ikääntyneellä proteesit, paikatut hampaat ja kuiva suu lisäävät biofilmin kertymisestä hampaiden pinnoille. Näiden seikkojen lisäksi yksinkertaisesti unohtaminen tekee hampaiden puhdistuksesta puutteellista, vaikka ikääntyneet näyttävät olevan hyvin valveutuneita suun terveyden tärkeydestä yleisterveiden tekijänä. He näyttävät olevan vähemmän tietoisia huonosta oman harjauksen lopputuloksesta. Syitä tähän on monia, näkökyvyn heikentyminen, käsien motorikan heikentyminen sekä muistin heikentyminen. (Siukosaari 2013:10,24; Vehkalahti – Knuuttila 2008; Siukosaari – Nihtilä 2015.) Varsinkin eläkeikäisten miesten keskuudessa suositusten mukainen, kahdesti päivässä hampaiden harjaaminen on valitettavan vähäistä (Siukosaari – Nihtilä 2015).

Siukosaaren (2013) Helsingissä tekemän tutkimuksen mukaan ikä ja toimintakyky on määrääviä tekijöitä, kuinka aktiivisesti ikäihmiset käyvät hammastarkastuksissa ja hoidoissa. 76 vuotta täyttäneistä 75 prosenttia käy säännöllisesti hammastarkastuksessa,

mutta ainoastaan 53% käy 81-86 vuotiaiden ikäryhmästä. Ikääntyneet, jotka liikkuvat itsenäisesti ja heillä ei ollut havaittavissa muistioireita 66% osallistui tutkimukseen, kun taas ainoastaan 48% osallistui ryhmästä, joilla oli jonkinlaisia muistisairauden oireita. Muistisairaus näyttää vaikuttavan suun terveystarkastuksissa käyntiin voimakkaasti. (Siukosaari 2013:39.)

5.3 Suusairauksien ja yleissairauksien välinen yhteys

Suun tulehdukset ovat yleisin krooninen tulehduksellinen sairaus, joka esiintyy muistisairailta. Suun hoito on kuitenkin usein jäänyt iäkkäiden muiden sairauksien ja perushoidon varjoon. (Meurman – Ruukonen 2017:1484; Komulainen 2013:13.) Yli 75-vuotiaiden ikäryhmässä Terveys 2011 tutkimuksen mukaan Suomessa miehillä 85 prosentilla ja naisilla 71 prosentilla on parodontiitti sairaus. Suussa sijaitsevat kovakudoksen infektiot aiheuttavat elämänlaadun alenemista ja yleisterveysteilisiä riskejä. (Närhi – Syrjälä 2016:36.)

Tulehdus suussa tarkoittaa samanlaista riskiä kuin epäterveellinen ruokavalio, huono hygienia, tupakointi tai runsas alkoholin käyttö kroonisten yleissairauksien (sydäninfarkti, reuma, hengityselinsairaudet, syöpä ja diabetes) suhteen (Komulainen 2013:13; Siukosaari – Nihtilä 2015). Diabetes ja erityisesti huono glukoositasapaino lisäävät suun bakteeri- ja sienisairauksien riskiä. Diabetesta sairastavalla parodontiittia ilmenee suussa varhemmin ja usein vaikeampana kuin terveellä ihmisellä. Vastavuoroisesti suuhygienian parantumisella on yhteys esimerkiksi diabeteksen hoitotasapainnon ylläpitämiseen ja reumapotilaan oireiden esiintyvyyteen. (Meurman – Ruukonen 2017:1486; Komulainen 2013:13.)

Viime aikoina on pystytty toteamaan mekanismeja, joilla sydänsairauksien ja suusairauksien yhteys on osoitettu. Mikro-organismien pääsy ikenen, hammaskarieksen tai limakalvon kautta verenkiertoon aiheuttaa kroonisen tulehduksen, joka aiheuttaa elimistöön yleisen tulehdusreaktion. Suun bakteerit voivat kiinnittyä myös muihin elimiin, kuten valtimoiden seiniin ja niillä on todettu olevan vaikutusta myös seuraavien sairauksien; aivohalvaus, niveltulehdukset, hengityselinsairaudet, valtimonkovettumatauti, krooninen munuaissairaus, keuhkokuume sekä osteoporoosi synnyssä ja hoidossa. Parodontiitti voi toimia myös nivelreuman laukaisevana tekijänä. (Komulainen 2013:13-14; Meurman – Ruukonen 2017:1484-85.)

Suun terveyden merkitys yleisterveyteen nousi suureen tietoisuuteen syöpätutkimuksen kautta. Leukemia- ja lymfoomahoitojen aikana esiintyneet yleistulehdukset (sepsikset) ovat jopa 25–30 prosenttisesti suusta peräisin. Nämäkin selittyvät kroonisen tulehdustilan kautta. Nykyään ennen varsinaisia syöpähoitoja osataan jo kiinnittää huomiota asiakkaan hammassaneeraukseen. (Meurman – Ruukonen 2017:1488.)

Aivan viimeisten tutkimusten mukaan Alzheimerin taudilla ja elimistön kroonisilla tulehduksilla on löydetty yhteys. Tässä yhteydessä parodontiitti on tullut esiin tulehdusta ylläpitävänä infektiona. Asian tutkiminen on vielä alkuvaiheessa. Käytännön ongelmana on muistisairaana potilaan suuhygienian ylläpitäminen ja sen myötä suun sairauksien vaikeutuminen. (Meurman – Ruukonen 2017:1488.)

5.4 Lääkkeiden vaikutus suun terveyteen

Erilaiset sairaudet ja niihin määrätty lääkitys muuttavat suun olosuhteita, mikä lisää suusairauksien riskiä jäljellä olevalle hampaistolle (Siukosaari 2013:10). Päivittäin syötyjen lääkkeiden määrä vaikuttaa suoraan suhteessa syljen muodostumiseen ja sen koostumukseen. Yleisesti käytetyistä lääkkeistä jopa 80 % vähentää syljen eritystä ja yli 400 lääkkeen haittavaikutukseksi mainitaan suun kuivuminen. (Siukosaari – Nihtilä 2015.) Monet lääkkeet aiheuttavat myös suumuutoksia, kuten limakalvojen haavautumista, ikenien liikakasvua ja suun kuivuutta (Meurman 2013:37; Meurman – Ruukonen 2017:1485).

Kuiva suu ja syljen vähäisyys heikentävät ikääntyneen monin tavoin ikääntyneen elämänlaatua. Se hankaloittaa ruuan syömistä ja makujen aistimista, jopa puhumista. Kuiva suu vaikeuttaa hammasproteesien käyttöä ja huonontaa niiden istuvuutta. Limakalvot ovat tyypillisesti kuivat, arat ja kirvelevät. Huulet rohtuvat ja niihin, sekä suupieliin voi ilmaantua haavaumia. Kuivasta suusta kärsivän riski saada sieni-infektio lisääntyy, alttiutuu kariesaktiivisuuteen lisääntyy ja iensairaudet pahenevat. (Siukosaari – Nihtilä 2015.)

Erityisesti diabetesta sairastavat saavat kuivan suun oireita lääkityksen sivuvaikutuksena (Meurman 2013:37). Samoin syöpäsairauksien hoidossa käytetyt solusalpaajat ja

osteoporoosilääkkeet denosumabit ja bisfosfonaatit, sekä immunosuppressiiviset lääkkeet (siklosporiini ja glukokortikoidit) vaikuttavat suun olosuhteisiin ja syljen koostumukseen (Meurman – Ruukonen 2017:1485).

Nivelreumassa elimistön vastuskyky on heikentynyt jo itse taudista johtuvista seikoista, mutta myös siihen käytettävästä lääkityksestä. Sjögrenin oireyhtymästä aiheutuva syljen erityksen väheneminen on klassinen esimerkki suuongelmista. Yleisesti reumalääkkeiden aiheuttamat suun terveyden ongelmat voivat olla hyvin moninaisia. Ne altistavat sienitulehduksille ja aiheuttavat usein näiden tulehduksen pitkittymistä. Lääkityksestä voi myös aiheutua makuaistin häiriötä, kielitulehdusta, limakalvomuutoksia ja huulten alueen haavaumia. (Meurman – Ruukonen 2017:1487.)

Muistisairauksista Alzheimeriä sekä aivoverenkiertosairautta hoidetaan asetyylikoliinisteraasin (AKE) estäjillä, joista donepetsiilin ja galantamiinin käytöllä on todettu haittavaikutuksina pahoinvointia, oksentelua sekä ruokahaluttomuutta, joilla voi olla vaikutuksia suun terveyteen. Pahoinvointi sekä oksentelu saattavat tuoda suuhun vatsahappoja, jotka kuluttavat hampaiden kiillettä, ruokahaluttomuus voi johtaa syljen vähentyneeseen eritykseen. (Muistisairaudet 2017.)

5.5 Ensioireita alkavasta muistisairaudesta

Varhaisen puuttumisen vuoksi muistisairauden tunnistaminen terveydenhuollossa on tärkeätä. Pelkästään huoli muistin asianmukaisesta toiminnasta on aihe tutkimusten aloittamiseen perus- tai työterveyshuollossa. (Winqvist – Moilanen 2017.)

Alkavan muistisairauden oireina voi olla esimerkiksi ongelmat visuaalisessa hahmottamisessa, erilaisten esineiden käytön vaikeus tai välttely niiden käyttämisessä, persoonallisuuden tai käyttäytymisen muuttuminen tai masennus. Mikäli näitä oireita ei tunnista liittyvän muistisairauteen, taudin diagnoosi voi viivästyä. (Winqvist – Moilanen 2017.)

Alzheimerin tauti alkaa tyypillisesti tapahtumamuistin sekavuudella, joka ilmenevät uusien asioiden oppimisen vaikeutena ja lähimuistin häiriönä. Ihminen unohtaa mistä hän on puhunut ja mitä on sovittu. Hänellä voi olla vaikeuksia pitää montaa asiaa samanaikaisesti mielessä. Asiat kuitenkin palaavat mieleen, kun niistä muistutetaan. Jatkuvasti samojen kysymysten, lausahduksien ja tarinoiden kertominen viittaa myös alkavaan

muistisairauteen. Mikäli asiakas unohtaa jonkin asian edelliseltä vastaanottokäynniltä eikä muistutettunakaan sitä muista, kyseessä voi olla alkava muistisairaus. (Juva 2014:969.)

Sairastuneella voi ilmentua puheen köyhtymistä ja sanojen katoamista. Hän voi myös tästä syystä olla hiljaisempi kuin ennen. Myös akuutteja poissaolo tai sekavuustiloja voi esiintyä. Asioiden järjestelykyky ja hoitaminen saattavat heikentyä, sekä välttämiskäyttäytymistä (kodista lähteminen) saattaa esiintyä (esim. poissaolot vastaanotolta). Sairauteen voi liittyä myös kuuloharjoja kuten kolinaa, meteliä naapurista, musiikkia, jopa ovikellon soittoja öisin. (Juva 2014:970-72.)

Meidän on hyvä muistaa tulevana suuhygienistinä, suun terveydenhuollon ammattihenkilöinä, että mikäli tehtävissämme olemme havainneet tai saaneet tiedon iäkkästä henkilöstä, joka on ilmeisen kykenemätön vastaamaan omasta turvallisuudestaan, terveydestään ja huolenpidostaan, meidän on salassapitosäännösten estämättä ilmoitettava tästä viipymättä kunnan sosiaalihuollosta vastaavalle viranomaiselle (Toimintamalleja muuttaen parempaan suun terveyteen ikääntyneillä 2015:17). Väitetään, että terveydenhuollon työntekijät vähättelevät lieviä muistisairauden oireita, mutta suurella valppaudella moniammatillisesti terveydenhuollossa muistisairauden tärkeä varhainen tunnistaminen ja siihen puuttuminen hoitoon ohjaamisella on mahdollista (Juva 2014:969-974).

6 Kotona asuvan muistisairaahan ohjaaminen suun terveydenhuollossa

Suomessa on suuri tarve saada lisää tutkimustietoa vanhenevan ja muistisairaiden väestön suun terveyden tilasta, varsinkin ikäihmisistä, jotka asuvat kotona (Siukosaari 2013:10). Tutkimukset suun terveyden ennaltaehkäisevistä toimenpiteistä on traditionaalisesti kohdistettu hoitolaitoksissa asuviin ikääntyneisiin, ei kotona yksin asuviin (Kumpulainen 2013:1).

Viimeisimpien tilastolukujen mukaan 75 vuotta täyttäneitä asuu kotona yli 90% ja 86% 80 vuotta täyttäneistä. Kotona asumiseen vaikuttaa merkittävimmin ihmisen oma tahto, silloinkin kun he ovat ulkopuolisen avun tarpeessa. Säännöllisen kotihoidon asiakkaista vuonna 2016 40 prosentilla oli muistisairausdiagnoosi ja 80 prosentilla kognitioon vaikuttava vaje. Oletuksena on, että vanhuspalvelut kohdistuvan lähes täysimääräisesti muistisairaille vuosikymmenen loppuun mennessä. Vanhenevan yhteiskunnan pulmana

ei näytäkään oleva väestön ikääntyminen vaan aivojen terveyden menetys. (Finne-Souveri 2017:216.)

6.1 Suun terveystarkastukset ja omahoidon ohjeet

Suomessa tärkeä osa suun hoidon ammattihenkilön työstä on potilaiden neuvonta ja ohjaus. Aikuisväestöä ohjeistetaan harjaamaan fluorihammastahnalla hampaat kaksi kertaa päivässä, vähintään kahden minuutin ajan. Sähköhammasharjan käyttöä suositellaan ja hammasvälien puhdistamista päivittäin. Harjausopetusta ja oikeiden välineiden valintaa opastaa hammaslääkäri tai suuhygienisti. Mikäli asiakkaan toimintakyky on niin heikko, että hän ei itse suoriudu suun puhdistamisesta, vastaanotolla puolisoa tai hoitajaa ohjeistetaan huolelliseen suullisesti ja kirjallisesti hampaiden harjaukseen. (Närhi – Syrjälä 2017:36.)

Hammasproteesit harjataan proteesiharjalla ja käsin pesuun tarkoitettulla astianpesuaineella aamuin illoin. Kerran viikossa ne on hyvä puhdistaa puhdistustabletilla (esimerkiksi Coregalla). Öisin proteesin säilytetään säilytysastiassa, ei suussa (Syrjälä 2013). Ikääntyminen ja lääkitykset aiheuttavat suun kuivuudesta johtuvia oireita. Näitä oireita lievittämään suositellaan juomaan vettä riittävästi päivittäin, ksylitolipastilleja, oliiviöljyä tai syljen korvikkeita. (Närhi – Syrjälä 2017:36; Syrjälä 2013.)

Kaikille ikääntyneille tulee tehdä hammaslääkärin tutkimukseen yhteydessä myös parodontologinen tutkimus osana suun terveydentilan tutkimusta. Näin parodontiitti voidaan havaita mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. (Siukosaari – Nihtilä 2015.) Kiinnityskudos sairautteen sairastuneet ihmiset tarvitsevat säännöllistä hammaslääkärin tai suuhygienistin tekemää ylläpitohoitoa (3-12 kuukauden välein). Tämän ylläpitohoidon merkitys kasvaa ihmisen ikääntyessä, sillä päivittäinen suun omahoito jää usein puutteelliseksi. (Närhi – Syrjälä 2017:36; Komulainen 2013:16; Siukosaari – Nihtilä 2015.)

Hammaslääkärin ja suuhygienistin vastuulla on pitää huolta siitä, että ikääntyneen suu on mahdollisimman infektiovapaa, ja asiakkaan hampaisto on helposti puhdistettavissa kotona. Jokaiselle ikääntyneelle on laadittava yksilöllinen suun terveyden hoitosuunnitelma, ja heitä on ohjattava suun hoidossa tarvittavien apuvälineiden ja suunhoitotuotteiden käytössä. (Siukosaari – Nihtilä 2015.)

Suomessa hoitokäytännöt, myös suun terveyden, perustuvat Käypä hoito -suosituksiin, joita on laadittu yli 20 vuotta. Nämä suositukset ovat laajalti tunnettuja, mutta tietämyksen tueksi käytännöt eivät välttämättä usein muutu hoitosuosistusten mukaisiksi. Kariologisen tutkimuksen lisäksi jokaiselle 16 vuotta täyttäneelle henkilölle pitäisi tehdä Käypä hoito -suosituksen mukaan myös parodontologinen tarkastus ja sairauteen kuuluva ohjaaminen, mutta tämä ei toteudu valtakunnallisesti. Muutoksen tueksi kaivataan aktiivista käyttöön vientiä (implementointia), joka on tärkeätä muistaa myös sote-uudistuksessa. (Ahiluoto – Kaila – Komulainen – Mäkelä – Sipilä 2017).

Muistisairaana itsenäinen selviytyminen päivittäisestä suun omahoidon toteuttamisesta kotona on ensiarvoisen tärkeätä, sillä omainen käyttää keskimäärin 12 tuntia viikossa aikaa mahdollisesti yksin asuvan muistisairaana omaisen luona (Finne-Soveri – Kuusterä – Tamminen – Heimonen – Lehtonen – Noro 2015). Kuitenkin toimintakyvyn ja muistin huononemisen myötä, muistisairaana suunhoito on enenemissä määrin omaisen, omaishoitajan ja hoitajan vastuulla. On tärkeätä, että he hoitavat suun puhtautta edellä mainitun tavoin ja käyttävät muistisairasta ihmistä säännöllisesti hammaslääkärissä säännöllisesti. Olisi myös suotavaa, että vierailukäynneillä omainen voisi auttaa hankkimaan suun omahoidon välineitä harjata läheisensä hampaat. Kotihoidon hoitajan tehtävänä on seurata käynneillään kotona muistisairaana ravitsemusta ja suun puhdistamisen onnistumista. (Syrjälä 2013; Suomen Hammaslääkäriliitto 2015.) Nämä ohjeistukset osoittautuvat käytännössä haasteellisiksi, koska noin 30 % kotihoidon asiakkaista on ilman omaisia tai omaishoitajaa ja kotihoidossa työskentelevän vanhustyössä toimivan lähihoitajan koulutukseen ei edelleenkään kuulu suun terveyden harjoittelujaksoa (Toimintamalleja muuttaen parempaan suun terveyteen ikääntyneillä 2015:19).

6.2 Terveyden edistämisen ohjauskeskustelut

Terveydenhuollon ammattihenkilöstön ohjaustoiminta painottuu salutogeeniseen, eli terveyskeskeiseen lähestymistapaan, jossa korostetaan ihmisen terveyttä sekä voimavaroja. Hoitavien ja sairautta ehkäisevien toimintatapojen rinnalle olisikin kehitettävä jatkuvasti uusia terveyttä ylläpitäviä ja terveyslähtöisiä menetelmiä. Näiden uusien menetelmien tavoitteena olisi vahvistaa yksilön terveystietoa ja osaamista, sekä antaa tukea hallita terveyteensä liittyvässä päätöksenteossa ja toiminnassa. (Ottawa Charter for Health Promotion 1986.)

Ohjauskeskustelua ohjaa asiakaslähtöisyys, jossa vuorovaikutuksen keinoin pyritään yhteiseen päämäärään ja ymmärrykseen. Ohjaustilanteessa potilas ymmärretään oman tilanteensa asiantuntijaksi, jota aktivoidaan keskusteluun, ilmaisemaan mielipiteitään ja asettamaan kysymyksiä. Ohjaustapahtuman aikana voidaan arvioida suositeltujen menetelmien toimivuutta, käden koordinaatiota, harjaamistekniikkaa ja varmistaa sen, että asiakas on tulkinnut omahoidon ohjauksen oikein. Tällaista toimintamallia suuhygienistien olisi syytä kehittää ikääntyneiden asiakkaiden kanssa. Muistisairaasiakkaan kohdalla on todennäköistä, että suun omahoidon itsenäinen arviointi keskittyy kivun aistimiseen, verenvuotoon tai kummalliseen tunteeseen suussa. Asiantuntija-arvioinniksi asiakas kokee ylhäältä tulevan arvioinnin, jota olisi ehkäpä selkeyden vuoksi hyvä käyttää muistisairaille esim. jatkohoitoon ohjaamisessa. (Nuutinen 2009:12-15.)

On todennettu, että hoitokäyntien yhteydessä annettu terveysneuvonta on ikääntyneille riittämätöntä, puutteellisempaa kuin nuoremmille ikäryhmille (Toimintamalleja muuttaen parempaan suun terveyteen ikääntyneillä 2015:15).

7 Toimintamalleja kotona asuvan muistisairaasi omahoidon tukemiseen

Vuonna 2012 Suomeen säädettiin vanhuspalvelulaki, jonka mukaan kunnan on järjestettävä iäkkäälle henkilölle laadukkaita sosiaali- ja terveyspalveluja, jotka ovat hänen tarpeisiinsa nähden oikea-aikaisia ja riittäviä. Palvelut on toteutettava niin, että ne tukevat iäkkään henkilön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä, itsenäistä suoriutumista ja osallisuutta. Muun palveluntarpeen ennalta ehkäisemiseksi on kiinnitettävä huomiota erityisesti kuntoutumista edistäviin ja kotiin annettaviin palveluihin. (Eduskunnan päätös laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012 § 13.)

Suun terveydenhuollossa tämä merkitsee sitä, että yhdessä iäkkään asiakkaan kanssa laaditaan suun tutkimuksen tai hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä yksilöllinen hoitosuunnitelma, jonka toteutumista seurataan ja arvioidaan. Hoitosuunnitelma sisältää lääketieteellisen hoidon sekä päivittäisen omahoidon suunnitelman. Palvelujen toteutumiseen kunnan on varattava tarpeelliset suun terveydenhuollon resurssit, sekä varmistettava henkilöstön riittävä osaaminen. (Eduskunnan päätös laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012 § 10.)

Ikääntyneiden suun terveydenhuollon palvelujen kehittämisessä on otettava palvelurakenteen muuttaminen huomioon ja uudenlaisia toimintamalleja otettava käyttöön (Toimintamalleja muuttaen parempaan suun terveyteen ikääntyneillä 2015:18). Muistisairaiden suun terveyden edistäminen olisi räätälöitävä jokaisen yksilön toimintakyvyn ja kognitiivisen kyvyn mukaan, ja siihen tulisi sisällyttää tarjolla olevia ympäristön tukitoimenpiteitä (Komulainen 2013;14). Ne muistisairaat, joiden kognitio on jo heikentynyt ja toiminnallinen kyky laskenut ovat helpoiten tavoitettavissa, kun suun terveydenhuollon palvelut voitaisiin tarjota kotiin (Komulainen 2013:59).

7.1 Kotihoito

Muistisairaahan omien voimavarojen ehtyessä ja motoriikan heikentyessä, omaisen tai kotiin tulevan hoitajan on huolehdittava muistisairaahan päivittäisestä suun puhdistamisesta. Kotihoidossa työskentelevien lähihoitajien koulutus ei sisällä vielä riittävästi suun terveyteen keskittyviä opintoja, tämän vuoksi useissa kunnissa suuhygienistit lisäkouluttavat kotihoidon henkilökuntaa ikääntyneiden suun puhdistamisessa. Kirjallista tietoa voi hankkia esimerkiksi Helsingin kaupungin julkaisemasta Suun hoidon ABC - ohjeita kotihoidon asiakkaan suunhoitoon oppaasta ja Espoon kaupungin verkkosivuilta voi katsella videon autettavan vanhuksen suun hoidosta. (Toimintamalleja muuttaen parempaan suun terveyteen ikääntyneillä 2015:19; Siukosaari – Nihtilä 2015.)

7.2 Kunnan neuvontapalvelut

Ikääntyneen väestön hyvinvointia tukevia kunnan järjestämiä neuvontapalveluja tarjotaan asiakkaille monin eri tavoin; puhelimitse, sähköpostitse, sähköisesti verkossa ja/tai paikan päällä neuvontapisteessä. Nämä palvelut tukevat toimintakykyä, terveyttä, itsestä suoriutumista ja sisältävät myös suun terveydenhuollon neuvontapalvelut. Neuvontapalvelujen lisäksi kunnalla voi olla oma palveluopas, joka sisältää tietoa kunnan alueella saatavista julkisista ja yksityisistä suun terveydenhuollon palveluista. (Toimintamalleja muuttaen parempaan suun terveyteen ikääntyneillä 2015:13.)

Kunta voi myös järjestää hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä, ja ne suunnataan yleensä tietyn ikäisille kotona asuville iäkkäille henkilöille. Kotikäynnin tavoite on tiedottaa ikääntynyttä tarjolla olevista palveluista ja arvioida kotona selviytymistä ja avuntarvetta. Nämä

ovat harkinnanvaraisia palveluja, mutta niitä on suositeltu tehtäväksi niille ikääntyneille, joiden elämäntilanteeseen tai elinoloihin arvioidaan liittyvän riskitekijöitä. (Toimintamalleja muuttaen parempaan suun terveyteen ikääntyneillä 2015:13.)

7.3 Liikkuvat hammashoitolat

Tärkeä osa ikääntyneiden ehkäisevässä suun terveyden hoitotyössä on taloudellisten ja fyysisten esteiden poistaminen säännöllisten hammashoitokäyntien tieltä. Hammashoidon tarve on usein vähäistä, mutta siitä huolimatta säännölliset suu ja hammastarkastukset ovat tärkeitä, että suusairaudet voidaan havaita ja hoitaa ajoissa. (Siukosaari – Nihtilä 2015.)

Neljäsosa sellaisista ikääntyneistä, joiden toimintakyky ja muisti olivat heikentyneet, toivoivat hammashoitopalveluja toimitettavaksi kotiin (Komulainen 2013:26). Useissa kunnissa on jo käytössä pyörillä liikkuvia hammashoitoloita, joilla viedään suun terveydenhuollon palveluja asumispalveluyksiköihin. Liikuteltavilla hammashoitoyksiköiden avulla palveluja saadaan vietyä myös koteihin, missä hoidon tarve on suurinta. Nämä liikkuvat yksiköt tarjoavat palvelujen oikeudenmukaisen ja tasa-arvoisen tarjoamisen. Liikkuvien yksiköiden suun terveydenhuollon ammattihenkilöiden tavoitteena on lisäksi tukea asiakkaan omahoidon toteutumista monin eri tavoin. (Toimintamalleja muuttaen parempaan suun terveyteen ikääntyneillä 2015:18.)

7.4 Terveydenhuollon ammattihenkilöstön koulutus

Ammattitaidon pohja luodaan terveydenhuollon ammattihenkilöstön peruskoulutuksessa. Muistisairaiden ja ikääntyneiden parissa työskentelevien terveydenhuollon ammattihenkilöiden (lääkärit, sairaanhoitajat, terveydenhoitajat, lähihoitajat) koulutukseen olisi sisällytettävä vahvana osana opintoja suun terveyden perushoitoa. Työssäoppimiskausien sisältöä olisi kehitettävä siten, että suun terveys olisi osa yleisterveyttä ja ne antaisivat opiskelijalle valmiuksia huolehtia muistisairaasi asiakkaan suuhygieniasta ja suun terveydestä. (Toimintamalleja muuttaen parempaan suun terveyteen ikääntyneillä 2015:19.)

7.5 Uudenlaisia hoitoprosesseja suun terveydenhuollossa

Kirkkonummella on pitkäjännitteisesti kehitetty suun terveydenhuollon palveluja osana ikääntyneen väestön terveydenhuollon palvelustrategiaa. Strategian laatimista varten ikäihmisten suun hoidon vastuuhammaslääkäri ja johtava hammaslääkäri osallistuvat ikäihmisten johtoryhmän kokouksiin, joissa valmisteltiin tavoitteita ja toimenpiteitä myös suun hoidon näkökulmasta. Strategian toteutumista seurattiin yhdessä. (Toimintamalleja muuttaen parempaan suun terveyteen ikääntyneillä 2015:24.)

Helsingin läntisellä alueella kartoitettiin ensin ikääntyneiden eniten käyttämät palvelut ja jalkauduttiin sinne. Suuhygienistit pitivät ikääntyneille infotilaisuuksia näissä palvelupisteissä (palvelukeskukset, eläkeläiskerhot, yleisötilaisuudet), sekä terveysasemien ja sosiaali- ja lähityön työntekijöille. Terveysasemilta sekä sosiaali- ja lähityöstä ohjattiin moniammatillisesti hoitoa tarvitsevia asiakkaita hankkeessa mukana olleille suuhygienisteille. Suuhygienisti käyntien aikana pyrittiin suun terveyden edistämisen lisäksi arvioimaan asiakkaan suun omahoidosta selviytymistä kotona. Hoitoon ohjaaminen koettiin helpoksi, kun tiedettiin minne ohjata. Erilaiset tietojärjestelmät ja palveluiden takaisinsoittopalvelut koettiin arjessa haittaavan moniammatillista yhteistyötä näin suuressa organisaatiossa. (Toimintamalleja muuttaen parempaan suun terveyteen ikääntyneillä 2015:29-30.)

7.6 Moniammatillinen yhteistyö kotona asuvan muistisairaana elämässä

Yleisterveyden lääkärit ja hammaslääkärit ovat tulevaisuudessa uudenlaisen haasteen edessä, kun he kohtaavat enenemissä määrin toimintakyvyltään heikentyneitä, hampaallisia ikääntyneitä, joiden suun terveys on romahtanut tai vaarassa romahtaa. Myös yleisterveyden lääkärin olisi hyvä ohjata ikääntynyt määrääjoin hammaslääkärin vastaanotolle suun tutkimukseen. Suusairaudet jotka ovat hiljaisia infektiosairauksia, aiheuttavat oireita vasta hyvin myöhäisessä vaiheessa. Tällöin hampaita säästävät toimenpiteet ovat vähissä. Nyt on korkea aika vahvistaa yhteistyötä kaikkien terveydenhuollon toimijoiden kesken ja kehittää uusia ja luovia toimintakäytäntöjä parantamaan ikääntyneiden elämänlaatua. (Siukosaari – Nihtilä 2015.)

Lahdessa suun terveydenhuoltoa on kehitetty pitkäjännitteisesti 2000 -luvulta lähtien Lahden kotihoidon kanssa yhteistyössä. Vuonna 2013 aloitettiin tutkimusavusteinen kehittämishanke, Peikko mummolassa. Täydennyskoulutettu hammashoitaja kävi muistisairaasi asiakkaan kotona ja teki alustavan hoidon tarpeen arvioinnin suun terveydentilasta sekä yksilöllisen suunnitelman suun terveyden edistämisestä. Samalla hän tarkisti hampaiden itsehoidon välineiden kunnon, ja esitteli asiakkaalle tarpeellisia apuvälineitä. Mikäli hoidon tarvetta ilmeni, hammashoitaja selvitti, millainen hoitosuhde asiakkaalla on. Suun terveydenhuollon suunnitelma ja hoitosuhde kirjattiin Lahden kotihoidon järjestelmiin. Hoitosuhteen ja asiakkaan toimintakyvyn mukaan hammashoitaja viestitti palveluohjaajalle, joka varasi ajan joko yksityisvastaanotolle, Lahden kaupungin suun terveydenhuoltoon suuhygienistille tai hammaslääkärille. Tarvittaessa asiakkaalle järjestettiin suuhygienistin, hammaslääkärin tai hammasteknikon kotikäynti. Projektin tulosten mukaan kotihoidon asiakkaat tarvitsevat kasvavassa määrin tukea ja apua päivittäisessä suun ja proteesien puhdistamisessa. (Toimintamalleja muuttaen parempaan suun terveyteen ikääntyneillä 2015:25-27.)

7.7 Apuvälineitä muistisairaasi suun omahoidon arjessa selviytymiseen

Kognitiivisia toimintoja ylläpitävät apuvälineet voivat auttaa ylläpitämään muistisairaasi ihmisen päivittäisiä toimintoja aktiivisina pidempään. Tarkoituksenmukaiset apuvälineet auttavat ylläpitämään itsenäisyyttä tai auttavat omaisten ja hoitajien työtä. (Apuvälineet ja dementia Pohjoismaissa 2008:10.) Dementiaoireiselle suunniteltuja apuvälineitä ja niistä saatavia hyötyjä ei tunneta laajalti dementiahoidossa. Apuvälinetoimintaa ja tietoa näistä pitäisi selkeyttää, sillä omaiset ovat yleensä sattumalta saaneet tietoonsa apuvälineistä. (Apuvälineet ja dementia Pohjoismaissa 2008:22.)

Muistisairaasi tunsivat saavansa apuvälineillä tukea seuraaviin toimintoihin: ajanhallinta, aikaan ja paikkaan orientoituminen, kylpeminen, lääkkeiden ottaminen, ruokailu, wc-toiminnot ja sopimuksista kiinni pitäminen (Apuvälineet ja dementia Pohjoismaissa 2008:21).

Apuvälineet ja dementia Pohjoismaissa (2008:36-110) tutkimuksessa on testattu erilaisia apuvälineitä pohjoismaisten muistisairaiden kodeissa. Tutkimuksessa ei ollut suun terveydenhoitoa mukana, mutta osaa apuvälineistä voisi hyödyntää luovasti myös suun omahoidossa. Muistisairaasi ja heidän omaisensa kokivat, että näistä apuvälineistä oli

hyötyä arjessa selviämisessä. Punaisen värin käyttö on hyvä tehoste esineiden ja asioiden erottamiseen ympäristöstä. Erilaiset värikoodein varustetut ilmoitustaulut ja magneettikiinnitteiset kyltit avustivat muistisairasta ajan ja paikan orientaatioissa. Myös erilaiset muistuttavat laitteet, joihin voi äänittää lyhyitä viestejä koettiin hyviksi välineiksi pitämään päivärytmiä yllä.

7.8 Terveysteknologia kotona asuvan muistisairaana palvelukseen

Julkinen kuva vanhuudesta on keskittynyt viimeisten vuosikymmenten aikana lähes pelkästään negatiivisviritteisiin uhkakuviin talouden niukkuudesta, vaikka terveen vanhenemisen voimavarat ovat samalla voimakkaasti lisääntyneet (Finne-Souveri 2017:218).

Hallituksen kärkihankkeiden tukemina kunnat kehittävät aktiivisesti digitaalisia palveluitaan, joiden avainsanoja ovat asiakkaan omatoimisuus ja valinnanvapauden tukeminen. Sähköisten toimintamallien myötä myös ikäihmisten itsehoito laajenee, kun eri väestöryhmiä kannustetaan ottamaan enemmän vastuuta omasta hoidostaan. Eettisesti voidaan kysyä, toteutuvatko hankkeet muistiystävällisesti, ovatko ne muistisairaiden saatavilla ja osaavatko he näitä palveluja hyödyntää. Vapauttaako aivoiltaan terveiden aikuisväestön itsehoito, omatoimisuus ja robotiikka sosiaali- ja terveyspalveluiden henkilöstöä huolehtimaan henkilökohtaisesti niistä, joiden aivojen terveydentila ei enää riitä täysin itsestään huolehtimiseen. (Finne-Souveri 2017:217.)

Virtuaalipalvelu on reaaliaikainen, audiovisuaalinen yhteys muistisairaalle asiakkaalle kotiin tablettitietokoneen välityksellä. Terveystieteiden ammattilainen ottaa asiakkaaseen yhteyden sovittuna ajankohtina. Asiakas voi myös muodostaa yhteyden tarvittaessa. Virtuaalipalvelu on yleensä kotihoitoa avustava palvelu, jolla autetaan muistisairasta arjen askareissa, kuten lääkkeiden ottamisessa, verensokerin mittauksessa tai jumppahetkeä ohjaamalla. (Helsingin kaupunki.)

8 Opinnäytetyö toteuttaminen

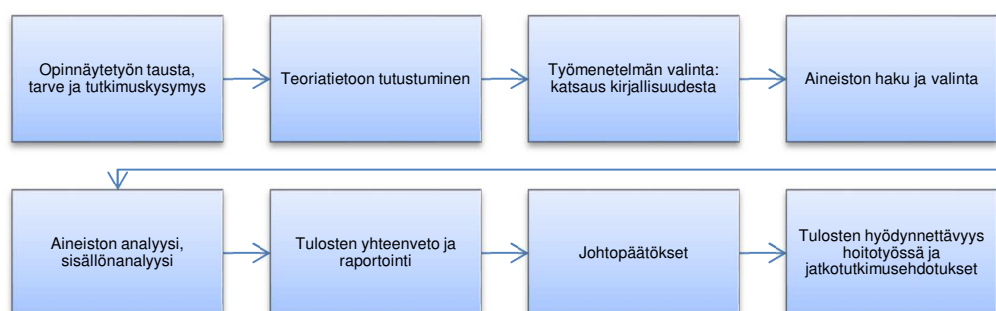
Opinnäytetyön toteutetaan katsauksena kirjallisuuteen, missä useista eri lähteistä yhdistetään ajantasaista suomenkielistä ja englanninkielistä aineistoa. Opinnäytetyön tutkimusote on laadullinen eli kvalitatiivinen, joka on vakiintunut tutkimusmenetelmä hoitotieteessä.

Olemme suuhygienisti (AMK) opiskelijoita, ja toinen meistä on aiemmalta koulutukselta lähihoitaja. Lähihoitajan työssä kotona asuvien muistisairaiden suun terveyden tilanne on askarruttanut jo tovin. Opiskeluaikana opetuslinikalla hoitamamme asiakkaiden joukossa on ollut myös muistisairaita asiakkaita, joiden ylläpitohoitoväliä määriteltäessä olemme joutuneet miettimään heidän omahoidon toteutumista. Alalla on tukimateriaalia kiitettävästi esim. lapsien suun terveyden edistämiseen, mutta muistia tukevia suunhoidon materiaalia emme ole löytäneet. Tämän vuoksi olemme kovasti halukkaita hankkimaan ajantasaista tietoa, joka helpottaisi kotona asuvan muistisairaana arkea siten, että suun omahoito toimisi tehokkaasti ja säännöllisesti. Lisäksi suun terveyden ja yleisterveyden yhteydestä julkaistaan jatkuvasti uutta ajantasaista tietoa, joka osoittaa suun hoidon tärkeydestä ihmisen elämänlaatuun ja toimintakykyyn.

Tietoperustan käsitteet on johdatettu pitkälti opinnäytetyön otsikosta, kun taas katsaus kirjallisuuteen analysoitavalla aineistolla on pyritty vastaan asetettuihin tutkimuskysymyksiin.

Tutkimuksen etenemistä kuvataan taulukossa (ks. taulukko 2.)

Taulukko 2. Opinnäytetyön eteneminen, mukailen Kanasen prosessia 2015:24.



8.1 Katsaus kirjallisuuteen opinnäytetyön menetelmänä

Kirjallisuuskatsauksen avulla haetaan tietoa rajattuun aiheeseen tai asiakokonaisuuteen liittyvästä olemassa olevan tutkimuksen kokonaisuudesta. Rajattuun aiheeseen liittyviä tutkimuksia yhteen kokoamalla saadaan selville, kuinka paljon tutkimustietoa on sekä millaisia tutkimusten sisällöt ja menetelmät pääsääntöisesti ovat. Kirjallisuuskatsauksella

voidaan myös tunnistaa tutkimuskohteessa ilmeneviä ongelmia tai ristiriitaisuuksia. Kirjallisuuskatsaus rakentuu viidestä välttämättömästä vaiheesta, kuitenkin kunkin katsauksen tarkoitus ja saatavilla oleva aineisto määräävät käytettävän yksityiskohtaisen metodin. (Johansson, Kirsi – Axelin, Anna – Stolt, Minna – Ääri, Riitta-Liisa 2007: 3; Stolt, Minna – Axelin, Anna – Suhonen, Riitta 2016: 7, 23.)

Ensimmäiseksi tutustuimme kirjallisuuskatsausta koskevaan menetelmäkirjallisuuteen, josta saimme hyvän käsityksen opinnäytetyömme etenemiseen niin teoreettisesti kuin käytännönkin kannalta. Seuraavaksi määritimme katsauksessa kirjallisuuteen menetelmän tutkimuskysymykset, ensin laveasti ja niitä vähitellen tiivistäen tutkimuksen edetessä. Hyvä tutkimusongelma tai -kysymys on oleellinen ja keskeinen valittuun aiheeseen nähden, siihen on mahdollista vastata olemassa olevan kirjallisuuden perusteella, eikä se ole liian suppea. Samalla sisäistimme, kuinka looginen tämä menetelmä on, ja kuinka se antaa prosessille suunnan. (Stolt ym. 2016: 23–32.)

Aineiston valitseminen tietokannoista eli varsinainen kirjallisuushaku suoritettiin ilmiön keskeisiä käsitteitä pohtien ja viemällä ne eri tietokantoihin. Systemaattisen tiedonhaun tarkoitus on löytää ja tunnistaa kaikki määriteltyn tutkimuskysymykseen vastaavat materiaalit. Kotona asuvan muistisairaana suun omahoidosta on tutkittua tietoa vielä hyvin niukasti, joten jouduimme laajentamaan hakuja hoitotieteen ja hammaslääketieteen lisäksi gerontologiaan. Näitä tieteitä ristiin tutkimalla saimme aineistoa tutkimuksen sisältöön. Tutkitun tiedon niukkuuden vuoksi teimme paljon manuaalihakuja. (Stolt ym. 2016: 23–32.)

Tutkimuksien etsimisen ja pitkäjänteisen lukemisen, karsimisen ja taulukoinnin jälkeen pääsimme tekemään sisällönanalyysia. Kolmas vaihe oli valittujen tutkimusten arviointi, jossa tarkasteltiin alkuperäistutkimuksissa saatujen tulosten edustavuutta ja tiedon kattavuutta. Arviointia tehtiin myös, jotta voitiin havaita, onko alkuperäistutkimuksen tieto kuinka oleellista oman tutkimuskysymyksen kannalta. Neljännen vaiheen eli aineiston analyysin ja synteesin tarkoituksena oli luokitella ja referoida valikoituneiden tutkimusten tulokset. Tulosten raportointi oli viimeinen vaihe, jossa kaikki edellä mainitut vaiheet selostettiin mahdollisimman tarkasti, niin että tutkimus olisi toistettavissa jonkun muun tekemänä. Katsauksen luotettavuus perustui raportoinnin tarkkuuteen. (Stolt ym. 2016: 23–32.)

Tämän opinnäytetyön kirjallisuuskatsaus toteutettiin kuvailevan kirjallisuuskatsauksen keinoin. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus nojautuu tutkimuskysymykseen, ja menetelmä tuottaa valitun aineiston perusteella laadullisen ja kuvailevan vastauksen. Menetelmää voidaan käyttää nykyisten hoitokäytäntöjen arviointiin sekä käytännön suositusten kehittämiseen ja päivittämiseen, erityisen hyvin se sopii pirstaleisiin aiheisiin. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen ydin käsittelyosa, jossa esitettyyn tutkimuskysymykseen vastataan valitun aineiston laadullisena kuvailuna. Valitusta aineistosta etsitään ilmiön kannalta merkityksellisiä sisältöjä, joita ryhmitellään sisällöllisesti kokonaisuudeksi. (Kangasniemi – Utriainen – Ahonen – Pietilä – Jääskeläinen – Liikanen 2013.)

8.2 Laadullinen tutkimusmenetelmä

Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana ovat ihmiset, heidän kokemukset, uskomukset ja tulkinnat, sekä elämänpiiri ja niihin liittyvät merkitykset. Lisäksi se lähtökohtana voi olla yhteiskunnallisen ongelman havaitseminen. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 65-66; Kylmä – Juvakka 2007: 16.) Laadullisen tutkimuksen käyttö soveltuu silloin, kun kuvataan tutkimusalueita joista ei tiedetä vielä paljoakaan. Menetelmää voidaan käyttää myös silloin, kun halutaan saada olemassa olevaan tutkimusaiheeseen uudenlainen näkökulma, etsitään yhtäläisyyksiä ja eroja, epäillä tutkimustuloksia, tai kyseenalaistetaan vakiintunut tai aiemmin käytetty metodiikka. (Kankkunen ym. 2010: 66.)

Koska tämän opinnäytetyön tavoitteena oli etsiä aineistosta sellaisia yhteisiä tekijöitä, joilla ammattihenkilöstön osaamista voisi tukea kohderyhmälähtöisessä ohjauksessa ja luoda lisää ymmärrystä niihin haasteisiin mitä muistisairas kohtaa arjessaan suun hoidossa, koimme että laadullisen menetelmän valinta tukee opinnäytetyömme toteuttamisessa. Toisena tavoitteenamme oli tunnistaa keinoja ja tapoja muistisairaahan suun omahoidon itsenäiseen toteuttamiseen ja terveyden edistämiseen. Aiheesta on tehty hyvin vähän tutkimuksia, joten koimme, että laadullisen menetelmän keinoin saimme yhdistettyä eri tieteenalojen osatutkimuksia innovatiivisesti.

8.3 Aineiston haku ja valintakriteerit

Katsauksessa kirjallisuuteen prosessin tärkein vaihe luotettavuuden kannalta on tiedon hakuprosessi ja sen systemaattinen kirjaaminen. Mikäli hakuprosessissa ei edetä johdonmukaisesti, voivat siinä tehdyt epätäsmällisyydet johtaa myöhemmin vääristyneisiin johtopäätöksiin tuloksissa. Systemaattisessa tiedonhaussa on tarkoitus tunnistaa ja löytää tutkimuskysymyksiin vastaavaa aineistoa. (Stolt ym. 2016:25.)

Tutkimuskysymysten asettamisen ja täsmentämisen jälkeen aloitimme tiedonhakuprosessin. Tutkimusasetelma määrittelee sen, kuinka tutkimusta voidaan arvioida, ja tämä puolestaan vaikuttaa tutkimuksen tuloksiin ja kokonaisuuteen. Systemaattista kirjallisuuskatsausta käytetään osittamaan tutkittavana olevan tiedon määrää ja laatua, sekä osoittamaan tutkimustiedossa olevia puutteita. (Stolt ym. 2016:56 - 61.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus vastaa hyvin menetelmää, millä pääsimme lähestymään luotettavasti etsimään vastauksia tutkimuskysymyksiimme.

Toteutimme haut vuoden 2017 loka - joulukuun aikana. Hakutermeinä käytimme Hyvinvointi Suomessa 2011, otsa-ohimolohkorappeumat, kotona asuva muistisairas, suun omahoito, moniammatillinen*, dementia AND oral self-care alzheimer* AND home AND oral, dental AND memor*, mild cognitive impairment AND techno*, memory disorder AND consider AND dental, dementia AND oral self-care, technology and dementia care, home dwell* AND care* AND daily oral*, multi-professional AND oral*, Dementia and early interventions, dementia and live alone, dementia AND AT AND dental, memory disorder AND dental, oral AND MCI. Käytettyjen avainhakusanojen rinnalla käytimme myös synonyymejä, läheisiä käsitteitä ja erilaisia lyhenteitä hakusanoista. Tiedonhaussa käytimme useita eri tietokantoja, relevanttien artikkeleiden ja tutkimusten löytämiseksi. Teimme kirjallisuushaut Medic, Cinahl, Wiley Online Library, Cochrane Library ja Alois-tietokannoista. Hakusanoja muokkasimme kunkin tietokannan asiasanajärjestelmän mukaan. Lisäksi täydensimme hakuja Googlesta ja Google Scholarista vapailla hakusanoilla. Tarkempi kuvaus tehdyistä hauista löytyvät liitteenä olevasta taulukosta (ks. liite 1.)

Tutkimusten valintaprosessin tehtävänä oli varmistaa, että kaikki relevantti tieto saatiin kirjallisuuskatsaukseen mukaan. Tämän vuoksi valintaprosessin oli oltava tarkka, objektiivinen ja siitä oli minimoitava virhemahdollisuudet valinnoissa. Halutessa prosessi on

kyettävä toistamaan. Tutkimuksen kelpoisuuskriteerien määrittelemisen tarkoittaa kat-
saukseen valittavien tutkimusten mukaanotto- ja poissulkukriteerien määrittelyä ja pe-
rusteluja, sekä näiden valintojen tekemistä systemaattisesti (Stolt ym. 2016:56,61,64).

Tiedon haun aloitimme seuraavilla sisäänottokriteereillä. (ks. taulukko 3.) Tiedon haun
edetessä, aineiston määrä ja laatu vaikuttivat siihen, että mahdollisesti avasimme kritee-
reitä tai lisäsimme niitä. Valitsemamme sisäänottokriteerit löytyvät kootusti taulukosta
Poissulkukriteerit muodostuivat sen jälkeen, kun olimme tutustuneet aineiston syvem-
min.

Taulukko 3. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

SISÄÄNOTTOKRITEERIT:
1. Tutkimus tai artikkeli vastaa tutkimuskysymykseen.
2. Tutkimus on kirjoitettu suomen tai englannin kielellä.
3. Tutkimus tai artikkeli on saatavilla kokonaisena tekstinä.
4. Artikkelit on julkaistu tieteellisessä julkaisussa
5. Tutkimukset ovat ylemmän korkeakoulutason tutkimuksia.
6. Tutkimus on julkaistu vuonna 2000 tai myöhemmin
POISSULKUKRITEERIT
1. Aineisto ei vastaa tutkimuskysymyksiin
2. Aineisto on julkaistu ennen vuotta 2000
3. Aineisto on julkaistu muilla kielillä kuin suomi tai englanti
4. Aineisto on julkaistu muussa kuin tieteellisessä julkaisussa
5. Kokonaista aineiston tekstiä ei ollut luettavista
6. Aineisto ei ollut ylemmän korkeakoulutason tutkimus.

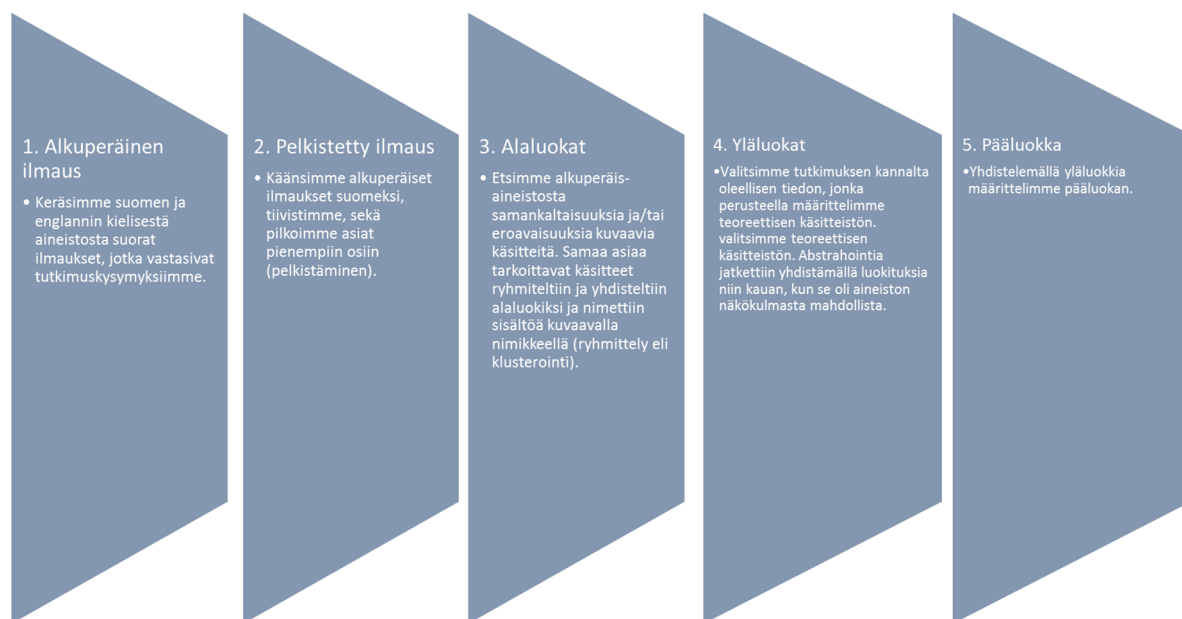
Seuloimme hakutuloksia kahdessa vaiheessa julkaisuista, jotka täyttivät sisäänottokri-
teerit. Tietoperustan hakukriteereinä käytimme vuotta 2000 ja sitä myöhäisemmät tutki-
mukset ja analysoitavan aineiston osalta vuotta 2010. Ensin valitsimme otsikon ja abst-
raktin perusteella julkaisut, jotka täyttivät sisäänottokriteerit ja tämän jälkeen luimme jäl-
jelle jääneet tutkimukset kokonaan. Samalla arvioimme itsenäisesti sisäänottokriteerien
täyttymisen ja vastaako tutkimus tutkimuskysymyksiimme. Erimielisyydet ratkaisimme
välillä kiivaastikin keskustellen.

Kun tietokantahaut oli tehty, aineiston otsikoiden ja tiivistelmien valinta tehtiin valittujen
mukaanotto- ja poissulkukriteereiden perusteella. Ensin otsikoiden perusteella, sitten ti-
ivistelmien perusteella. Jäljelle jääneet tutkimukset valittiin koko tekstin perusteella. Jo-
kainen näistä vaiheista on kuvattu tarkasti ja kaikkien päätösten oli oltava perusteltuja.

8.4 Aineiston analysointi

Tämän opinnäytetyön tulosten esittelyssä käytimme laadullista aineistonkäsittelymenetelmää. Laadullinen menetelmä sopii sellaisiin systemaattisiin kirjallisuuskatsauksiin, joiden tarkoituksena on jäsentää ja kuvata valittua tutkimusilmiötä ja luoda kokonaisuus sisällöstä. (Stolt ym. 2016:85.)

Aineiston analysoimiseen sovellettiin induktiivista, eli aineistolähtöistä lähestymistapaa. Kun tutkimusaiheesta ei tiedetä paljon tai tieto on hajanaista, niin induktiivinen lähestymistapa on suositeltava. Opinnäytetyössä aineistomme pohjautui tutkittuun tietoon, jota analysoimalla etsimme ratkaisun tutkimuskysymyksiin tavalla, jota tutkimuksen tarkoitus ohjasi. Aineistosta etsittiin teoriapohjastamme johdettuja sanoja ja käsitteitä, ja niiden avulla pyrimme löytämään sisällöt ja toimintamallit, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiimme. Induktiivisessa sisällön analyysissä teoreettinen kokonaisuus muodostuu kolmivaiheisessa prosessissa. Nämä vaiheet pitävät sisällään pelkistämisen eli redusoinnin, ryhmittelyn eli klusteroinnin, sekä abstrahoinnin (ks. taulukko 4.). (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2010; 165-167; Kananen 2015:171-177.)



Taulukko 4. Aineiston analyysin vaiheet

Analysoitavan aineiston sisäänottokriteerit toistuivat muuten samoina kuin tiedon hankinnan kriteerit, poikkeuksena tutkimuksen tuoreus (tutkimus on julkaistu vuonna 2010 tai myöhemmin). Poissulkukriteereiden vuoksi paljon hyviä tutkimuksia terveysteknologian alalta jäi opinnäytetyö ulkopuolelle, sillä tutkimusta tehdään paljon Aasian maissa ja niitä ei oltu julkaistu englanniksi. Terveysteknologiaa testataan myös paljon kaupallisesti, joka ei tuo vaadittavaa tutkimusnäyttöä tähän opinnäytetyöhön. Sisäänotto ja poissulkukriteereiden toistettavuutta ja opinnäytetyön luotettavuuden lisäämiseksi käytimme analyysikehystä (ks. liite 4.)

Keräsimme tutkimuksista alkuperäisiä ilmauksia ja lauseita suomeksi ja englanniksi taulukkoon (ks. liite 5.), jotka vastasivat tutkimuskysymyksiimme. Tämän jälkeen käänsimme englanninkielisen aineiston suomeksi ja lähdimme kuvaamaan tätä aineistoa sanallisesti pelkistäen, tiivistämällä ja pilkkomalla asioita pienempiin osiin. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2010; 165-167.)

Alaluokkia lähdimme muodostamaan etsimällä alkuperäisaineistosta samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Ryhmittely eli klusterivaiheessa samaa tarkoittavat ilmaisut kerättiin sisältöä kuvaavan nimen alle. (Kananen 2015:171-177.) Aineistoa abstrahoidessa alakategorioista muodostettiin yläkategorioita. Tätä prosessia jatkettiin niin pitkälle kuin se oli tutkimuskysymysten kannalta hyödyllistä. (Stolt ym. 2016:85-86.)

Klusterivaiheessa muodostui ilmauksia jakaessa aluksi yhteensä kymmeneen eri alakategoriaan, jotka jakaantuivat neljään osaan teemojensa samankaltaisuuksien perusteella. Nämä alakategoriat sitten jakaantuivat aineiston sisällön mukaan kahdeksaan yläluokkaan, ja lopuksi kolmeen pääluokkaan, jotka vastaavat laatimiimme tutkimuskysymyksiin. Aluksi teemat ja sisällöt liittyivät karkeasti tutkimuskysymyksiimme, teemoina olivat potilas, hoitohenkilöstö ja teknologia, jonka jälkeen ryhmät alkoivat sitten jakaantua pienempiin ja hiotumpiin osioihin.

Ammattihenkilöstön asenteet ja toiminta organisaatiossa, ammattihenkilöstön asenteet ja toiminta potilastyössä, ammattihenkilöstön osaaminen ja tuki työyhteisössä, nämä muodostivat ensimmäisen alakategorian teemat ja ilmaisut. Näistä yläluokat nimettiin seuraavan laisesti sisältöjen perusteella: ammattihenkilöstön asenteiden vaikutus muistisairauden huomiointiin, muistisairaahan kohtaaminen ja ohjeistus suunhoidossa, moniammatillinen tiimi muistisairaahan suun terveydenhoidossa.

Seuraavan ryhmittelyn sisältö kartoitti potilaan osaa, teemoina olivat sairaudesta johtuva tai sairauteen liittyvä toiminta sekä ilmiöt, sekä muistisairautta huomioivat tarpeet ympäristön näkökulmasta. Aineiston perusteella syntyi kaksi alakategoriaa, jotka muodostivat tutkimukseen yläluokat sekä alaotsikot "Muistisairas vastaanotolla sairauden eri vaiheissa", ja "Muistisairaahan toiminnan ja kotiohjelmien huomiointi ja suunnittelu sairauden etenemistä ennakkoiden".

Kolmas ryhmittely yhdisti muistisairaahan potilaan oikeuksia organisaation toiminnan näkökulmaan, ja aineistoa tarkasteltaessa kyseinen ryhmittely lopulta yhdistyi ensimmäisen ryhmittelyn kanssa saman pääluokan alle. Yläluokat nimettiin aineiston perusteella seuraavasti; "Kotona asuvat muistisairaajat erityisryhmänä hoitotyössä" ja "Organisaatiotason haasteet muistisairaahan hoidossa".

Neljäs ryhmä käsitteli teknologiaa, sen haasteita yhteiskunnallisella sekä eettisellä tasolla, kehittämisen näkökulmia sekä vaikutusta muistisairaahan kotona asumiseen. Yläluokka sai aineistoa tulkittaessa nimen "Teknologiset apuvälineet muistisairaahan omahoivon tukena".

9 Opinnäytetyön tulokset

Analysoinnin jälkeen aineistosta koottiin tuloksia vastaamaan tutkimuskysymyksiin. Tulokset saattoivat olla kysymyksiin suoraan vastaavia, tai epäsuoria mutta aiheeseen tulkittavia.

9.1 Moniammatillinen yhteistyö kotona asuvan muistisairaahan hoitotyössä

Tutkimuksissa korostettiin ammattihenkilöstön asenteiden merkitystä muistisairaahan havaitsemisessa ja hoidon jatkuvuudessa, muistisairaahan potilaan kohtaamisen keinoja, moniammatillisen tiimin osaamisen tasoa ja sen merkitystä potilaalle, sekä millaisia haasteita organisaatioiden toimintamalleissa nykyisessä tilanteessa on.

9.1.1 Ammattihenkilöstön asenteiden vaikutus muistisairaahan huomiointiin

Useat tutkimukset tukivat ammattihenkilöstö asennoitumisen tärkeyttä muistisairaahan kohtaamisessa, sekä sairauden merkkien varhaisen tunnistamisen merkitystä suun terveydentilan ylläpitämisen kannalta. Muistisairaahan varhainen havaitseminen voi parantaa potilaiden ja heidän läheisten elämänlaatua, oireiden ilmetessä säännöllinen seuranta on tärkeää, ja sairauden varhaisessa vaiheessa hammashoidon toteutuksen tärkeys korostuu, sillä myöhemmin hoito saattaa olla mahdotonta (Kocaelli – Yaltirik – Yargic – Özbas 2002; Leung – Finlay – Silvius – Koehn – McCleary – Cohen – Hum – Garcia – Dalziel – Emerson – Pimlott – Persaud – Kozak – Drummond 2011). Tutkimuksessaan Taverna, Nguyen ja Hicks (2016) toteavat, että suun terveyden hoidossa ammattilaisten on otettava potilaan kognitiiviset ja motoriset haasteet, sekä arvioida toiminnan tasoa. Helin ja Orre (2017) kirjoittivat artikkelissaan, että lääkäreiden lisätessä käyntien diagnooseihin dementiaa, deliriumia ja muita geriatriasia oireyhtymiä, myös muun käyntitieteen sisältö muuttui monipuolisemmaksi. Samassa artikkelissa kirjoittajat myös toteavat, että päivystyksessä tapahtuvan kognition arviointia ja kirjaamista pidettiin hoitohenkilökunnan keskuudessa yleensä liiaksi aikaa vievänä.

9.1.2 Muistisairaahan kohtaaminen ja ohjeistus suunhoidossa

Käytännössä ainoa erikseen seurantavastaanotolle kutsuttava potilasryhmä ovat muistisairaat henkilöt (Hellsten – Kortelahti 2016). Varhaisessa sairauden vaiheessa olevat henkilöt usein kehittävät itsellensä menetelmiä toimimisen avuksi jo ennen diagnoosin tekoa (Jenkins – McKay 2013). Vakavasti muistisairaita ihmisiä tulisi kohdella erityisryhmänä, joilla omina tarpeina ovat yksilöllinen kohtaaminen, turvallisena koettu ympäristö sekä rutiinit. Muistisairaahan kanssa kommunikoidessa hoitohenkilökunta voi käyttää apuna huumoria ja tarkkailua, ja hoitotyössä luovuutta hoidon sujuvuuden auttamiseksi, kuten myötäillä muistisairaahan kuvitelmia. Hoidon aikana ohjeiden suorittamiseen potilas tarvitsee enemmän aikaa, ohjeistuksen tulee olla jatkuvaa ja samoja asioita täytyy toistaa useasti. Muistisairaahan potilaan hoidolliset tarpeet täytyy huomioida kokonaisuudessaan, ottaen huomioon yksilölliset oireet kuten masennus, mielialaongelmat, sekä mahdolliset fyysiset vaivat. Muistisairaalle kommunikoidessa hoitohenkilön suositellaan käyttävän lyhyitä ja yksinkertaisia lauseita ja sanoja, henkilöä puhutellaan nimellä sekä vältettäisiin puhumasta henkilöstä kuin hän ei olisi läsnä tai ei ymmärtäisi puhetta. (Harrison-Dening 2013; Hynninen 2016; Taverna ym. 2016.)

9.1.3 Moniammatillinen tiimi muistisairaahan suun terveydenhoidossa

Muistisairaahan terveydenhoito vaatii moniammatillista, asiantuntijoista sekä omaisista muodostuvaa tiimiverkostoa sekä yhteistyötoimintaa jo sairauden diagnosoinnista alkaen. Kotihoidossa olevan muistisairaahan suunhoidon tiimiin kuuluvat omaishoitaja, lääkäri sekä suunhoidon ammattilainen, potilaan yksilöllinen hoitosuunnitelma sekä hoito tehdään yhteistyössä omaisten kanssa. Kaikkien potilasta hoitavien yhteistyössä toimivien osapuolten kesken tapahtuva tiedon välitys tulisi tapahtua mahdollisimman saumatomasti, ja aina potilaan suostumuksella. (Hellsten–Kortelahti 2016; Kocaelli – Yaltirik – Yargic – Özbas 2002; Leung – Finlay – Silvius – Koehn – McCleary – Cohen – Hum – Garcia – Dalziel – Emerson – Pimlott – Persaud – Kozak – Drummond 2011; Taverna ym. 2016.)

Tutkijajoukko on argumentoinut, että huonosta suunterveydestä ei pitäisi joutua kärsimään geriatrikena oireena, sillä päivittäinen suunhoito ei ole teknisesti vaikeaa tai kallista, ja se voidaan helposti sisällyttää päivittäisiin hoitorutiineihin. Omaishoitajien koulu-

tuksen sekä potilaan kommunikointikyvyn puutteet voivat kuitenkin vaikeuttaa suun hoidon rutiineja. Hoitajilla tulisi olla riittävä tieto suuhygieniasta, sekä taito auttaa potilasta päivittäisessä omahoidossa. Hoitajien vastuu suun hygienian toteuttamisessa on kasvava ilmiö vanhuspalveluissa, ja hammaslääkärillä on merkittävä rooli varmistaa, että hoitohenkilökunta on kykenevä hoitamaan tehtävää. (Kocaelli ym. 2002; Nihtilä – Tuuliainen – Komulainen – Autonen-Honkonen – Nykänen – Hartikainen – Ahonen – Tiihonen – Suominen 2017; Taverna ym. 2016.) Suuhygienistin vastuuta voisi lisätä, avustavana osapuolena yhteistyössä hammaslääkärin kanssa, omaisten sekä hoitajien ohjeistus ja informaation lisääminen muistisairaana potilaan suunhoitoa koskien voisi kuulua osana terveysneuvojan työnkuvaa.

Knevel – Foley – Cussy – Karimi (2016) toteuttaman tutkimuksen lopputuloksena todettiin, että omaishoitajien tiedon lisääminen koskien heidän omaa suunterveyttä peilautui heidän työssään kasvaneeseen itsevarmuuteen sekä potilaan suunterveyden parempaan huomioimiseen.

Porvoossa toteutettu hanke osoitti, että kotihoidon laatua kyettiin parantamaan säästöistä huolimatta, kun lisättiin geriatriasta asiantuntemusta sekä hoitajien osaamista (Finne-Soveri – Mäkelä – Noro – Nurme – Partanen 2014). Suuhygienistien roolia tulisi korostaa vanhushoidossa, suuhygienistit pystyvät tarjoamaan tarvittavaa ennaltaehkäisevää suunterveyden toimintaa kotiloissa, sekä auttamaan yksilöllisten tarpeiden edellyttämässä omahoidon kustomoinnissa. Yksilöllisesti suunniteltujen hoito-ohjeiden on todettu lyhyellä aikavälillä vaikuttavan positiivisesti hampaiden sekä proteettisten ratkaisuiden puhtauteen kotihoidon asiakkailla. (Nihtilä ym. 2017.)

9.1.4 Kotona asuvat muistisairaajat erityisryhmänä hoitotyössä

Kotona asuva muistisairas potilas tarvitsee toiminnan ylläpitämisessä eritasoisesti apua sekä omalta läheispiiriltään että hoitotiimiltään. Pitkäaikainen hoitosuhde, jossa lääkäri tuntee potilaan sekä tämän omaiset, hyödyttää muistisairasta (Hellsten – Kortelahti 2016). Muistisairaana hoitosuhteen säilyttäminen samaan lääkäriin voi paitsi varmistaa hoitosuhteen jatkuvuuden potilaalle, myös parantaa läheisten elämänlaatua vähentämällä heidän epävarmuutta ja stressiä hoidon prosessista.

Vahva painotus muistisairasta potilasta koskettavissa ohjeistuksissa on aktiivisen elämän säilyttäminen sekä yksilön vahvuuksien kanssa työskentely (Martin – Turner – Wallace – Bradbury 2013). Kotona asuvan muistisairaahan yksilön toiminnan tukemiseksi voitaisiin Suomessa suunhoidon alalla harkita käytettäväksi enemmän tarjolla olevia kommunikaatiopalveluita. Ikääntyvälle väestölle on tuotettu kotona käytettäväksi aktivoivia ja informatiivisia palveluita kuten kuvapuheluita sekä hyvinvointi televisio-ohjelmia; kuvapuheluiden avulla he voivat pitää yhteyttä omaisiinsa sekä asiantuntijoihin, hyvinvointiohjelmilla saadaan merkityksellisiä sisältöteemoja kuten lääkehoito, lääkäriohjelmat ja yksilölliset neuvonta- ja ohjaustapaamiset. (Mäki 2011.)

9.1.5 Organisaatiotason haasteet muistisairaahan hoidossa

Muistisairaiden toiminta voi olla ennakoimatonta, sillä he eivät osaa enää välttämättä ottaa yhteyttä tarpeitaan ennakoiden, vaan he toimivat sen hetkisten tuntemusten ja ajatusten perusteella. Heidän seurannan olisi tästä syystä oltava järjestelmällistä, joustavaa ja ennakoivaa. Muistisairas tarvitsee enemmän aikaa, ja vastaanottoaikojen tulisi olla pituudeltaan riittäviä, jotta potilaaseen ja hänen asioihin ehdittäisiin keskittyä rauhassa. (Hellsten – Kortelahti 2016; Hynninen 2016.) Muistisairaahan henkilön hoidossa tarvittaisiin organisaatioille enemmän joustavuutta toimintamalleihin. Muistisairasta koskevan tiedon liikkuminen organisaation sisällä sekä eri hoitotiimin edustajien välillä tulisi tapahtua saumattomasti, mikä vaatisi eri palveluiden välistä tiedon integroimista.

Väestön vanhenemisen ilmiö Suomessa haastaa nyt ja tulevaisuudessa nykyisen kuntien vanhushoidon. Ikääntyneiden hyvinvoinnin ja toimintakyvyn säilyttämiseksi tarvitaan enemmän keinoja, sekä oikeanlaisia tukitoimia, jotta apua tarvitsevista ikäihmisistä pysyttäisiin edelleen huolehtimaan. Vanhushuollossa on tarjolla palveluita, mutta niistä osalliseksi päästäkseen tarvitaan potilaalta oma-aloitteellisuutta ja aktiivisuutta, eli nykyisen palvelujärjestelmä on tehty pitkälti itseohjautuvaksi. Nykyisen terveystalouden palvelujärjestelmän siirtyessä Sote-uudistuksen myötä kunnilta yksityiselle sektorille sekä järjestöille, vastuu vanhusten terveydenhoidosta siirtyy myös enemmän omaisille. (Ylä-Outinen 2012).

Hoitoketjua uudistaakseen Porvoon kaupunki otti jo vuonna 2012 käyttöön vastuulääkärimallin, joka toteutettiin yhteistyössä yksityisen palvelun tuottajan kanssa. Kaupunki sai palvelun tuottajalta käyttöön geriatriapalveluiden lisäksi ympärivuorokautisen lääkärituen

kotihoitoon, palveluasumiseen, terveyskeskukseen ja vanhainkoteihin. Vastuulääkäri on aina tavoitettavissa, poiketen aiempaan malliin jossa lääkäri oli mukana vain ongelmatilanteissa. (Finne-Soveri ym. 2014.)

9.2 Muistisairauden huomioiminen omahoidon ohjauksen yhteydessä

Tutkimuksissa nousi esille muistisairauteen liittyviä potilaan kannalta toiminnallisia haasteita, joihin terveydenhuollon ammattilaisten tulisi pyrkiä vastaamaan.

9.2.1 Muistisairas vastaanotolla sairauden eri vaiheissa

Helin – Orre (2017) esittivät tutkimuksessaan huomion, että vuoden ajan suoritettussa kokeilussa jossa lääkärit pyrkivät tarkemmin kirjaamaan dementiaan oireita, vastaanotolla tänä aikana käyneet potilaat osasivat myöhemmin odottaa muistiin liittyviä kysymyksiä. Leungin ja muun tutkimusryhmän (2011) haastattelututkimuksessa muistiin liittyviin kysymyksiin vastattiin rehellisesti.

Muistisairas henkilö säilyttää sairauden edetessäkin itsemääräämisoikeutensa. Useat dementiaa sairastavat henkilöt asuvat kodeissansa, mutta joutuvat tukeutumaan ulkopuolisten apuun, jotka ovat pääasiassa sairaan sukulaisia. Sairauden edetessä ihminen menettää kykyään toimia itsenäisesti, ja tarvitsee enemmän apua myös päätöksenteossa. (Olsson – Engström – Skovdahl – Lampic 2011.)

9.2.2 Muistisairaahan toiminnan ja kotilojen huomiointi ja suunnittelu sairauden etenemistä ennakoiden

Suuhygienistinä toimiessamme puhumme usein potilaille omahoidon välineistä sekä niiden käytön menetelmistä. Koska muistisairauden varhaisessa vaiheessa omahoidolla on suuri merkitys ihmisen suun terveyteen, on omahoidon ohjauksen sekä välineistön vastattava senhetkiseen tarpeeseen samalla ennakoiden sairauden etenemisen vaikutusta.

Välineistöä sekä menetelmiä valitessa tulisi käyttää sitä peruseriaatetta, että tuotteet ovat helposti tunnistettavia, värikkäitä ja sijoitettuina näkyvälle paikalle. Tuotteen on oltava muistisairaahan helposti hyväksyttävissä, jotta välinettä ei hajoteta tai sivuuteta käytökelpottomana. (Olsson 2011.) Avustavan teknologian käyttö on usein rajoittunut vastaamaan perusapuun, mutta vanhojen ihmisten kasvava digitaalisen teknologian sekä internetin tuntemus voivat tulevaisuudessa lisätä tarjontaa vastaamaan monipuolisempaan kysyntään (Andrew 2017).

9.3 Kotona asuvan muistisairaahan suun omahoidon tukeminen teknologian avulla

Teknologisten apuvälineiden käyttö muistisairaahan potilaan kotona asumisen tukena tarjoaa uusia mahdollisuuksia, mutta tutkimukset nostivat esille myös ilmiön hankaluudet sekä eettiset kysymykset tutkijoiden mietittäväksi.

9.3.1 Teknologiset apuvälineet muistisairaahan omahoidon tukena

Tutkimuksissa teknologia on rajattu yleensä kahteen kategoriaan, avustavaan teknologiaan, sekä informaatiota ja kommunikaatiota tukevaa teknologiaan. Avustavaa teknologiaa eli AT-laitteita ovat muun muassa älykoodit, seurarobotit sekä GPS. Informaatiota ja kommunikaatiota tukevaksi teknologiaksi, eli IC-teknologia tai ICT, voidaan lukea esimerkiksi kosketusnäyttölliset tabletit, kuvapuhelut tai muistuttaja kalenterit. IC-teknologiaa käytetään enenevässä määrin muistisairaiden sekä heidän omaistensa päivittäisen elämän tukemisessa. (Harrison-Dening 2013.)

Muistisairaita avustavan teknologian kaksi kuvailtua pääfunktioita ovat kognitiivisten taitojen tukeminen, sekä muistisairaahan henkilön valvonta (Harrison-Dening 2013). Teknologialla voidaan saada muistisairaalle potilaalle tehokkaita audio-visuaalisia työkaluja, esimerkiksi valokuvia, äänitallenteita ja videoita, muistin ja kommunikoinnin avuksi (Bennett – McDonald – Beattie – Carney – Freckelton – White – Willmotta 2017). Toisaalta tutkijat Chen ja Leung (2012) toteavat, että olemassa olevat teknologiset apuvälineet ja järjestelmät ovat usein kalliita sekä vaikeakäyttöisiä, joten sopivan laitteen valinta voi olla hankalaa. Olsson ym. (2011) huomauttavat tutkimuksessaan muista teknologian käytön hankaluuksista, haastatteluissa nousi esille omaisten tietoteknisten taitojen rajallisuus ja hankalat käyttöohjeet, hoitohenkilökunnan rajoittunut tekniikan tuntemus joka hankaloitti

informaation antoa omaisille, sekä ikääntyneiden ja erityisesti naispuolisten vastaajien vähäinen kokemus tekniikan käytöstä.

Avustavan IC teknologian käyttö tulisi tuoda muistisairaalle itsenäisyyden tunnetta, antaa tukea päätösten tekoon ja olla positiivisena vaikutuksena henkilön elämässä. Teknologialla ei pidä pyrkiä korvamaan menetettyjä kykyjä, tai korostaa ihmisen vammaisuutta, vaan pyrkiä tukemaan potilaan säilyneitä taitoja sekä korostamaan ihmisen mielikuvaa siitä, että hän on toimintakykyinen yksilö, sekä muistuttamaan häntä ratkaisuksista ja toimintatavoista joita hänellä on ollut. (Andrew, John 2017.)

Teknologisten apuvälineiden käyttö muistisairaiden hoidon tukemisessa nostattaa eettisiä sekä ihmisoikeudellisia pohdintoja ja ongelmia. Käytön syyt on aina selitettävä potilaalle, pyrkien perustelemaan teknologian tarve loukkaamatta potilasta tai hänen yksityisyyttään. (Andrew 2017; Olsson ym. 2012.) Teknologiaa kritisoidaan sen kansalaisoikeuksien rikkomisen ja yksilöllisyyden vähentämisen takia (Olsson ym. 2011).

Muistisairaat potilaat ovat terveydenhoidossa oma erityisryhmänsä, ja tämän ryhmän sisällä on vielä pienempi, tutkimuksissa vähemmälle huomiolle jäänyt populaation osa. Van der Roest– Wenborn– Pastnik– Dröes – Orrell (2017) osoittivat katsauksessaan yleisen puutteen tutkimuksista, jotka käsittelisivät avustavan teknologian käyttöä kotona asuvilla ei-ikäntyneillä muistisairailta potilailta, joilla on ikääntyneisiin muistin rappeumatautiin sairastuneisiin henkilöihin verrattuna omat tarpeensa.

Buettner Linda (2010) totesi artikkelissaan, että kustannustehokkaan avustavan teknologian käyttö lisää muistisairaahan henkilön itsenäisyyden säilyttämisen mahdollisuutta kotioloissa, ja tulevaisuudessa ICT perusteisten toimintamallien käyttöönotto voi olla laaja-alaista, sillä se vähentäisi kustannuksia sekä ammattilaisten tarvetta, ja auttaisi omaishoitajia. Samoilla argumenteilla ICT käyttöä tutkimuksessaan puolsivat myös Chen, Yung-Ching ja Leung, Cherng-Yee (2012), he kirjoittivat ICT:n kolmitehoisesta vaikutuksesta yksilön elämään, sen viivästyttävän laitoshoidon päätymistä, vähentävän omaishoitajien taakkaa ja parantavan dementiapotilaiden elämänlaatua.

10 Pohdinta

Opinnäytetyömme aineistoksi löytyi 20 kansainvälistä ja suomalaista tutkimusartikkelia sekä tutkimusta, joista sisällönanalyysin avulla tuotimme laajasti tietoa yksin asuvan muistisairaahan suun omahoidon haasteista ja ohjaamisesta opinnäytetyön tarkoituksen ja tavoitteiden mukaisesti. Opinnäytetyön aineiston avulla pyrittiin löytämään vastauksia tutkimuskysymyksiimme ja etsimään keskeisiä käsitteitä ilmiöstä. Tulosten mukaan näyttäisi siltä, että kotona asuvan muistisairaahan suun terveyden edistäminen vaatii osakseen nopeasti monenlaisia kehitystoimenpiteitä. Suun terveyden ja yleisterveyden vastavuoroiseen yhteyteen on havahduttu voimakkaasti, ja tutkimustuloksia tuotetaan aiheeseen liittyen enenevässä määrin.

Tärkeimpänä tuloksista nousi esille muistisairauden varhainen havaitseminen moniammatillisesti, silloin kuin tukitoimenpiteistä ja apuvälineistä on vielä vuosiksi hyötyä. Digitaalisuus ja sähköiset apuvälineet varmasti auttavat muistisairaita selviytymään arjessaan tulevaisuudessa itsenäisesti tehokkaammin ja pidempään. Asenne etähoitoihin muuttuu sitä mukaan, kun ihmiset tottuvat käyttämään tekniikkaa apuvälineenään. Kuitenkin taudin edetessä, kotona asuva muistisairaahan suun terveys on yksittäisen kotihoidon työntekijän osaamisen ja hänen asenteen varassa. Kotona asuvan muistisairaahan palvelujärjestelmässä ja toimintatavoissa on laajalti uudistamispaineita sekä määrällisesti että laadullisesti.

10.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyötyöhömme saamamme tulokset vahvistivat käsityksiämme siitä, että kotona asuvan muistisairaahan suun omahoidon ohjeistukseen ja arjen sujumiseen ei ole olemassa riittävästi tutkittua tietoa. Aineiston avulla teoretietoon saatiin selityksiä, vahvistuksia ja tarkennuksia. Saimme tutkimuskysymyksiimme vastauksia, tulokset osoittivat, että toistaiseksi eniten tutkittuja ilmiöitä ovat muistisairaahan kohtaamisen keinot, sekä teknologian käytön hyödyt, mutta myöskin sen aiheuttamat yhteiskunnalliset ja eettiset ongelmat, joihin ei osata tutkimuksissa vastata yhteisymmärryksellä. Vähiten tutkittua tietoa saatiin varsinaisen omahoidon ohjauksesta, jota ammattilaisilla olisi käytettävänä spesifisti muistisairaahan potilaan hoidossa. Tulosten puuttuminen nosti esille sen, ettei suunhoidon ammattilaisia kouluteta riittävästi ymmärtämään muistisairaahan potilaan erityisten tarpeiden huomiointia käytännön klinikkatyössä ja terveysneuvonnassa.

Moniammatillinen yhteistyö on erittäin tärkeätä kahdessa vaiheessa muistisairautta. Useampi henkilö huomioi jo varhaisetkin signaalit alkavasta muistisairaudesta, jolloin apuvälineet ja erilaiset tukitoimenpiteet tehokkaasti avustavat yksin asuvaa muistisairasta selviytymään itsenäisesti suun omahoidosta itsenäisesti. Muistisairauden edetessä itsenäinen toiminta loppuu, jolloin saumaton ja asenteeltaan oikeanlainen moniammatillinen yhteistyö voi hyvinkin ylläpitää hyvää suun terveyttä. (Kocaelli ym. 2011.)

Suun terveydenhuollossa säännöllinen seuranta ja lyhyet ylläpitovälit muistisairaahan osalta ovat tärkeitä. Varsinkin sairauden varhaisessa vaiheessa hammashoidon toteutuksen tärkeys korostuu, sillä myöhemmin hoito saattaa olla mahdotonta. Hoitoväli ikääntyneellä ihmisellä on oltava riittävän tiheä, jotta suun terveyden taso ei pääse huononemaan korjaamattomaan kuntoon. Nykyiset resurssit eivät vaikuta riittävästi, ja väestön ikärakenteen nykyisellä muutosvauhdilla tarve lisäresursseille kasvaa tulevaisuudessa. Moniammatillinen yhteistyö on usein asenteesta kiinni. Esimerkkinä tästä on Suomessa päivystyksessä toteutettu kokeilu, jossa edellytettiin asiakkaan kognition arviointia ja sen kirjaamista potilastietoihin. Tätä toimintamallia pidettiin hoitohenkilökunnan keskuudessa kuormittavana ja liiaksi aikaa vievänä, ja malli jäi kokeilun asteelle. (Helin ja Orre 2017.)

Kotona asuvan muistisairaahan terveysneuvontaan panostaminen sairauden etenevästä luonteesta johtuen on parhaimmillaankin väliaikainen ratkaisu, vaikka ei missään nimessä turha. Terveydenhuollossa pyritään säilyttämisen periaatteisiin, koskien myös ihmisen itsenäistä toiminnallisuutta, niin pitkälle kuin mahdollista. Pitkäaikaisempaan ratkaisuun tähdätessä potilaan itsensä lisäksi suun terveysvalmennusta voitaisiin lisätä omaisille sekä hoitajille, joiden päävastuulla hoidon toteuttaminen tulee lopulta olemaan. Aineisto tukee ajatusta esittämällä, että omaishoitajien huomio potilaan suun terveyttä kohtaan lisääntyi samalla kun heidän omaa tietämystä aiheesta parannettiin (Knevel – Foley – Cussy – Karimi 2016). Muistisairaahan henkilön ensisijainen tiedon lähde on yleensä vertaistukiryhmä, seuraavaksi tärkeimmäksi lähteeksi nousee televisio, vasta kolmantena ammattihenkilön ohjeistus. Tätä ilmiötä voitaisiin terveydenhuollossa hyödyntää tuottamalla jaettavaa omahoidon materiaalia yhteistyössä Muistiliiton ja suun terveyden edistämisen organisaation kanssa.

Ammattilaisten koulutuksen kehittämiseen panostaminen sekä lisäkoulutuksen mahdollistaminen ulottamaan osaamisalueita oman asiantuntija-alan rajojen yli voisi tarjota tulevaisuudessa paitsi moniosaavan terveysalan henkilöstön joka kykenee vastaamaan kasvavan yksilöllisen hoidon tarpeisiin, myös laadukkaan kotihoidon mahdollisuudet ikääntyvälle väestölle, ja Porvoon hanke antaa ymmärtää, ettei tämän laatuisten ajatuksen toteuttaminen tarvitsisi välttämättä lisätä yhteiskunnallista taloustaakkaa merkittävästi (Finne-Soveri – Mäkelä – Noro – Nurme – Partanen 2014; Kocaelli ym. 2002; Nihtilä ym. 2017; Taverna ym. 2016.)

Teknologia on nopeasti kehittyvä ilmiö, joka nopeudessaan on ylittänyt ihmisen muuttumiskyvyn, ja näin asettaa monia yhteiskunnallisia ja eettisiä haasteita. Avustavaa teknologian tehokkuutta muistisairaahan potilaan hoidon tukena on tutkittu kansainvälisesti viime aikoina enenevässä määrin. Tällä hetkellä tutkimukset on pitkälti toteutettu kotihoidon toiminnan näkökantaa ajatellen, kuinka muistisairaahan kotona asumista voidaan pitkittää taudin edetessä. Terveys teknologia on tutkimusaiheena vielä nuori, joten eksaktia tietoa ei vielä ole paljoa olemassa suunterveyteen liittyen. Soveltavia hypoteeseja perustuen tällä hetkellä olemassa oleviin muiden alojen tutkimustuloksiin voitaisiin esittää, mutta varman tiedon saaminen aiheesta tulee vielä viemään aikaa. Tästä syystä innovaatioiden tuottaminen ja niiden rohkea kokeilu voisivat olla nopeita ja tehokkaita keinoja kehittää muistisairaahan suun omahoitoa.

Olsson (2011) korosti välineistön ja menetelmien valinnassa tunnistettavuutta ja käytön hyväksyttävyyttä. Tätä tutkimusta lukiessa heräsi kysymys, kuinka kauan kyseistä periaatetta voidaan pitää tehokkaana yhteiskunnassa, jossa menetelmät, välineet ja ympäristö muuttuvat nykyistä tahtia. Otamme esimerkiksi vielä kehitysasteella olevan suunhoidon markkina tuotteen nimeltä Amabrush, jota kehittäjät mainostavat itseharjaavana hammasharjana. Koska tuote on vielä kehitysasteella eikä tutkimusnäyttöä tuloksista tai toimivuudesta ole olemassa, emme ota tässä tutkimuksessa aiheita artikkeliksi mukaan. Tuotteen luvataan puhdistavan hampaat kymmenessä sekunnissa, toiminnan nopeus ja teho perustuvat siihen, että tuote asetetaan suuhun hammassuojan tavoin hampaita vasten, ja jokainen hammaspinta puhdistuu yhtä aikaa. Puhdistusaika per hammaspinta nykyiseen sähköharjaan verrattuna on näin ollen viisinkertainen, eikä vaadi käyttäjältä käden motorista tarkkuutta. Tuote vaikuttaa ensivaikutelmaltaan täydelliseltä muistisairaahan henkilön suun omahoidon välineeltä, mutta se ei olisi Olssonin periaatteiden mukainen, sillä laite ei muistuta laisinkaan edes etäisesti perinteistä hammasharjaa. Tämä tapaiset

edistymiset hoidon välineissä voivat asettaa sekä ammattilaiset että omaiset eettisten valintojen eteen, miten pitkälle ollaan valmiit tekemään myönnytyksiä potilaan itsemääräämisoikeuden, turvallisuuden tunteen ja hänen fyysisen terveyden välillä. Jotta Olsso-
nin periaatetta voidaan toteuttaa tässä hypoteettisessa tilanteessa, jossa omaisen ha-
luaa yksin asuvalle muistisairaalle henkilölle uuden omahoidon teknologisen välineen
toiminnan tueksi, pitäisi laite ottaa käyttöön mahdollisimman nopeasti, jotta se tulisi tu-
tuksi ennen sairauden viimeisiä vaiheita, ja voitaisiin toivoa, että käyttö onnistuisi mah-
dollisimman kauan.

Terveysteknologia on ainakin toistaiseksi kallista, ja käytettävyydessä ei ole huomioitu
kognitiivisten taitojen heikkenemisen vaikutuksia. Käyttöliittymien ja -ohjeiden tuottami-
sessa olisi hyödyllistä ottaa mukaan kohderyhmän mukaisesti eriasteisia muistisairaita
henkilöitä. Näin tuotteiden hyödynnettävyys paranisi, ja lisäisi käytön ikää ja laajuutta.

Yhteiskunta pyrkii säilyttämään kotona asumisen mahdollisuutta mahdollisimman pit-
kään, mutta voisiko se tulevaisuudessa tukea sitä taloudellisesti? Olemassa olevat apu-
välinevuokraamot tarjoavat tarvekohtaisia, kalliita apuvälineitä lyhytaikaiseen käyttöön,
ja tätä ajatusmallia voisi olla mahdollista tulevaisuudessa soveltaa teknologisiin laittei-
siin. Saatavuuden parantamiseksi jakelureitin keskittäminen tuottajalta käyttäjälle selke-
ään paikkaan, esimerkiksi nettikauppaan, lisäisi laitteiden käytön määrää, kun niiden
hankinta omaisille olisi helppoa ja yksinkertaista. Voitaisiinko sijoittamalla välineistön
hankintaan väestölle vähentää pidemmällä välillä kustannuksia korjaavan hoidon sekä
ammattilaisten tarpeen osalta (Buettner 2010), ja parantaa muistisairaanhenkilön ja hä-
nen omaistensa elämän laatua.

10.2 Menetelmän tarkastelu

Opinnäytetyö toteutettiin katsauksena kirjallisuuteen menetelmällä, jossa aineiston ana-
lyysi toteutettiin aineistolähtöisellä eli induktiivisella sisällön analyysillä. Tutustuimme
opinnäytetyömme alkumetreillä kirjallisuuskatsauksia käsittelevään menetelmäkirjalli-
suuteen, josta saimme kokonaiskuvan edessä olevasta projektista.

Etenimme opinnäytetyssämme katsaus kirjallisuuteen menetelmän mukaisesti loogisesti
erilaisia taulukoita käyttäen. Tutkimuksen tarkoitus, kotona asuvan muistisairaan poti-

laan ohjaus suun terveydenhuollossa ja omahoidon toteutumista arjessa ohjasi tutkimuskysymysten asettamista. Aluksi tutkimuskysymykset määriteltiin väljästi, että se mahdollisti tutkijan vapauden perehtyä aiheeseen monipuolisesti ja laaja-alaisesti. Jo lähtötilanteessa aavistimme, että aiheesta ei todennäköisesti löydy mittavaa määrää tutkimuksia.

Toteutimme opinnäytetyötä alusta lähtien johdonmukaista menetelmää toteuttaen, merkitsimme lähteet ja päivämäärät tarkasti lähdeluetteloon ja taulukoihin. Tietoperustan hakuhistoria taulukkoon (ks. liite 1.) keräsimme aineistohakumme kronologisessa järjestyksessä. Käytimme ilmiön keskeisiä käsitteitä hakutekijöinä tietokantahauissa. Yhdistelimme hammaslääketieteen, yleislääketieteen, hoitotieteen ja geriatrian aineistoa tässä opinnäytetyössä, mikä johti siihen, että jouduimme käyttämään paljon synonyymejä valituille käsitteille. Lähes samaa tarkoittavat termit oli nimetty hieman erilaisin termein eri tieteenaloissa. Halusimme ottaa kaikki ilmiöön soveltuvat tutkimukset mukaan, että saisimme tutkimuskysymyksiimme perustellut vastaukset. Tietokantahakumme hakusanoin dokumentoimme (ks. liite 2.) tietokantojen hakutulokset eri hakusanoilla ja -yhdistelmillä taulukkoon. Käytimme vielä selkeyden vuoksi aineiston sisäänottotaulukkoa (ks. liite 3.), johon keräsimme tietoperustan mukaan otetut tutkimukset. Keräsimme opinnäytetyömme myös aineiston analyysikehys taulukon (ks. liite 4.), joka auttoi meitä jäsentämään työmme edistymistä ja aineiston vastaavuutta sisäänottokriteereihin.

Sisällön analyysi on opinnäytetyön sielu, sillä tutkijat päättävät näkökulman joilla tutkimuskysymyksiin etsitään vastauksia. Se on aina tekijänsä näköinen, vaikka sisällön analyysi tehtäisiin samasta tutkimusaineistosta. Keräsimme pelkistettävän aineiston induktiivisen aineiston käsittelytaulukon (ks. liite 5.) ensin värikoodein, joka auttoikin visuaalisesti paljon aineiston käsittelyssä. Työtä oli erittäin paljon, sillä olimme ottaneet mukaan 21 tutkimusta. Aineiston analyysiin saimme apua koulun järjestämästä työpajasta ja tulkitsemalla erilaisten opinnäytetöiden logiikkaa aineiston litteroinnista. Tieto kerättiin erittäin hajanaisista tutkimuksista yhteen, ja suurella määrällä mukaan otettuja tutkimuksia saimme tavoitteidemme mukaiset ja kattavat vastaukset tutkimuskysymyksiimme. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2010; 165-169.)

Tulosten käsittelyssä yhdistyi tekijöiden tavoitteiden mukainen tämän hetkinen tieto aiheesta, yhdistimme sen teoreettisiin lähtökohtiin ja selitimme löydökset, jotka myötäilivät paljon alkuperäisiä odotuksiamme. Opinnäytetyötä lähestyttiin heti alusta lähtien ilmiön

tulkittamisen ja ymmärtämisen lähtökohdista. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2010; 165-169.)

10.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin on esitetty lähtökohtia ja suosituksia, yleisiä kriteereitä ovat esittäneet muun muassa Cuba ja Lincoln (1981 ja 1985), heidän esittämiä kriteerejä ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2010). Tynjälä esitti vuonna 1991 laadullisen tutkimuksen kriteereiksi totuusarvon, sovellettavuuden, pysyvyyden ja neutraalisuuden. Muitakin kriteereitä on esitetty, mutta jokaisen kriteerin tarkastelu kohdistuu tutkimuksen aineiston keräämiseen, aineiston analysointiin sekä raportointiin (Hyväri – Vuokila-Oikkonen 2018).

Yleisesti käytössä on neljä seikka, jolla laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan. Kuvauksen elävyys sisältää tutkimuksen ilmiöiden kuvauksien tarkkuuden ja elävyyden, sekä tutkijan arvion hänen oman kyvykkyytensä arvioida ilmiöitä. Metodologinen sopivuus kattaa tutkijan perehtyneisyyden valittujen metodien käyttöön ja niiden sopivuuden tutkittavaan ilmiöön. Alkuperäislähteiden käyttö ja niiden asianmukainen ja looginen merkitseminen vahvistaa metodologista sopivuutta. Analyttinen täsmällisyys ottaa kantaa analyysiprosessin selkeyteen ja luokittelujen loogisuuteen. Teoreettinen loogisuus tarkastelee sitä, että teoreettinen ja käsitteellinen kokonaisuus on perusteltu ja looginen. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2010:197-205.)

Opinnäytetyömme luotettavuuden arvioinnilla pyrimme osoittamaan tuottamamme tiedon totuudenmukaisuuden. Luotettavuuskriteerit muodostuvat aineiston aitoudesta, siitä että tutkimukset on otettu alkuperäislähteistä, vastaavat tutkittavaa ilmiötä ja ne vastaavat totuutta, tulkintojen oikeellisuudesta ja mahdollisesta saturaatiosta. (Kananen 2015:353.)

Tutkimuksen luotettavuuden lähtökohdana on riittävän tarkka dokumentointi, että ulkopuolinen lukija voi seurata loogisesti lähteet, ryhmittelyt ja analysoinnin. Menetelmää nimitetään vertaisarvioinniksi (member checking). (Kananen 2015:353.) Olemme kuvanneet opinnäytetyömme prosessin etenemisen ja johdonmukaisuuden useilla havainnol-

listavilla taulukoilla, joita seuraten aineiston jäljitettävyyks on pyritty rakentamaan vaivat-
tomaksi. Näin olemme varmistaneet, että tutkimuksen tulokset ovat toistettavissa. Vai-
heiden jäsentäminen lisää myös katsaus kirjallisuuteen menetelmän luotettavuutta, sillä
näin opinnäytetyöstä löytyy perustelut tehdyille valinnoille ja päätelmille.

Tarkat sisäänottokriteerit ja perustelut näille lisäävät osaltaan opinnäytetyömme luotet-
tavuutta. Lukijalle on selvittävä selkeästi teoreettiset taustat, tutkimuskysymykset ja me-
netelmäosuuden looginen eteneminen. (Kangasniemi ym. 2013: 297-298.) Mukaan hy-
väksyttiin ainoastaan sisällöllisesti laadukkaita ja sellaisia artikkeleita, jotka vastasivat
tutkimuskysymykseen.

10.4 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkimuksen eettisyys ja tulosten luotettavuus ovat kiinteässä suhteessa toisiinsa. Tut-
kimusaiheella tulee aina olla eettinen oikeutus, ja koemme että tärkeä ja ajankohtainen
opinnäytetyö aiheemme täyttää tämän kriteerin. Suun terveys vaikuttaa paljon muistisai-
raan ihmisen elämän laatuun ja ravitsemustilaan, sekä yhä enenemissä määrin julkais-
taan uusia tutkimuksia suun terveyden ja yleisterveyden yhteyksistä. Yksin asuvan muis-
tisairaana omahoidon toteutumisesta on vielä erittäin vähän tutkimuksia, joka jo sinällään
tukee laadullisen menetelmän valintaa. Eettisen kestävyuden varmistamiseksi opinnäy-
tetyömme suunnitelma ja raportointi on pyritty tekemään huolellisesti ja laadukkaasti,
myöskin että mahdolliset jatkotutkimukset voidaan aloittaa vankalta tietopohjalta. (Kan-
gasniemi ym. 2013: 297-298.)

Tekijöiden eettinen sitoutuminen opinnäytetyöhön on ollut alusta lähtien tiedostettu. Am-
matillinen kasvu suuhygienistiopintojen aikana on lisäksi kasvattanut eettistä suhtautu-
mistapaa suun terveydenedistämiseen.

Tutkimuseettinen neuvottelukunnan (TENK) ja Terveystieteiden neuvottelu-
kunnan (ETENE) määrittelemien tieteellisen käytännön vaatimusten mukaan, tässä
opinnäytetyössä on pyritty noudattamaan suunnitteluvaiheessa, toteutuksessa ja rapor-
toinnissa riittävää huolellisuutta ja tarkkuutta (Kankkunen ym. 2010:82-89).

Koko opinnäytetyöprosessi eteni tutkimuksen eettisiä periaatteita noudattaen. Kaikissa opinnäytetyön vaiheissa pyrittiin avoimuteen, toistettavuuteen ja luotettavuuteen. Johdottahtena kaikessa tekemisessä otimme huomioon tasavertaisuuden, oikeudenmukaisuuden ja rehellisyyden aiheen valinnasta ja käsittelystä lähtien työn rapostointiin ja arviointiin asti. (Kangasniemi ym. 2013: 291-301.)

Eettisyyden varmistamiseksi tietoa etsittiin ainoastaan luotettavista lähteistä, etukäteen määriteltyjen sisäänottokriteereiden mukaisesti. Lähteitä ja tutkimuksia arvioitiin tarkasti, myös niiden tarkoituksensa. Tarkkojen lähdemerkintöjen tarkoitus on kunnioittaa alkuperäistutkijoiden työtä ja heidän saavuttamia tuloksia. Englanninkielisten lähteiden osalta opiskelijat tarkastivat ristiin toistensa käännökset, mahdollisten virheellisten käännösten eliminomiseksi.

Opinnäytetyöprosessimme aikana vältämme kaikin keinoin plagiointia. Alkuperäisaineistoja käsiteltäessä tiedostimme myös tahattoman plagioinnin riskin, siksi opinnäytetyö ajettiin lopuksi Turnitin- järjestelmään alkuperäisyyden tarkistusta varten. Yhtäläisyys oli 30 %, joista suurin osa kohdistui analysoitavan aineiston taulukoiden alkuperäisteksteihin ja lähdeluetteloon. Suoria lainauksia tai kopiointia työssä ei ollut.

10.5 Opinnäytetyö hyödyntäminen ja jatkokehittämisehdotukset

Tavoitteenamme opinnäytetyön aiheen valinnassa, kotona asuvan muistisairaana potilaan huomioiminen suun terveyden omahoidon ohjeistuksessa ja tukemisessa, oli tuoda hiljaisen ja erityistukea tarvitsevan asiakasryhmän tarpeet näkyviksi.

Opinnäytetyötämme voivat hyödyntää suuhygienistiopiskelijat opiskeluaikana ja suuhygienistit työssään, sekä moniammatilliset tiimit. Samoin muistisairaiden kotiin tuotettavien palvelujen suunnittelijat ja muut muistisairaiden hoitoon osallistuvat terveydenhuollon ammattilaiset.

Jatkokehittämishankkeena olisi mielenkiintoista nähdä juuri aiheemme mukaisia toiminnallisia tutkimuksia kotona asuvan muistisairaana henkilön selviytymiskeinoista suun omahoidon suhteen. Tätä opinnäytetyötä voisi täydentää ja laajentaa muistisairaille teh-

tävien haastattelututkimuksien myötä. Suuri osa opinnäytetyössämme käytetyistä tutkimuksista on tehty omaisia haastattelemalla, löysimme ainoastaan kaksi tutkimusta, jossa muistisairaita oli haastateltu heidän kokemassa arjessaan.

Kohtaamme suuhygienistin työssä viikoittain asiakkaita, joilla on jonkun asteinen tiedotettu tai tiedostamaton muistin alenema. Suuhygienistin vastaanotolla meillä ei ole antaa minkäänlaisia visuaalisia muistuttajia, opasteita tai herättäjiä muistisairaalle suun omahoidon tueksi. Muistisairaat ottavat mieluiten tiedollisia vaikutteita vertaisryhmästä, joten tällaisen aineiston suunnittelu voisi lähteä esimerkiksi Muistiliiton järjestämästä tapahtumasta, jossa muistisairaat tekevät itse itselleen suun omahoidon tukiaineistoa.

Moniammatilliset ja ammattieettiset tiimit ovat osoittaneet muistisairaiden hoidossa pysyvyytensä. Erilaisilla hankkeilla on saatu rohkaisevia tuloksia aikaiseksi. Muistisairauksien järjestelmällinen havaitseminen mahdollisimman aikaisin, jolloin tukitoimenpiteet vielä auttavat on myöskin mahdollista toteuttaa vain moniammatillisesti. Tällaisista hankkeista ja kokeiluista olisi hedelmällistä koota tutkimus, jonka tuotoksen pohjalta sote - uudistukseen voitaisiin rakentaa säädökset yksin asuvien muistisairaiden suun omahoidosta. Tällä hetkellä uudet hyvät toimintamallit usein lopahtavat, kun hankerahoitus loppuu.

Terveysteknologian innovaatioiden käytössä on edelleen tutkittava ja kehitettävää, myös suun omahoidon sujuvuuden osalta. Kuinka viedä suuhygieniää ylläpitävää ja ohjeistavaa mobiili tai videoteknologiaa kotiin.

Toivoisimme, että opinnäytetyömme tulevaisuudessa innoittaisi jonkin organisaation tai yrittäjähenkilön perustamaan terveysteknologiaan ja muistisairaiden apuvälineisiin erikoistuneen keskitetyn verkkokaupan.

Muistisairaus ei ole ainoastaan ikääntyneiden sairaus, vaan yhä useampi työikäinen sairastuu. Tästä vielä pienestä kohderyhmästä ei ole olemassa kattavaa tutkimustietoa.

10.6 Oppimisprosessi ja ammatillinen kasvu

Tämän opinnäytetyön tekeminen on ollut innostava, sekä tiedollisesti että taidollisesti kehittävä prosessi. Kasvutarina tiedon hausta ymmärrykseen. Tämä työ on ollut laajuudeltaan ja aineiston vähäisyyden vuoksi innovatiivista ajattelua vaativa, mutta ammatillista kasvua ja suun terveydenhuollon asiantuntijuuden kasvuun tukeva oppimiskokemus. Tiedonhaku ja -käsittely taitomme ovat kehittyneet hyvin vaatimattomalta tasolta eteenpäin, ja taidot tieteellisen tekstin kirjoittamiseen ovat harjaantuneet. Tunsimme jo entuudestaan toistemme vahvuudet ja työtavat, joiden hyödyntämisen lisäksi olemme oppineet toisiltamme paljon uusia taitoja. Vahvin osa-alue on ollut läpi prosessin luottamus toisen tekemiseen ja sovittujen työskentelytapojen noudattamiseen.

Opinnäytetyön rakentaminen ja eteneminen sujuivat pääosin etänä, koska se säästi meiltä molemmilta aikaa ja antoi mahdollisuuden työrauhaan siihen viikon tai vuorokauden aikaan, kun kummallekin tekijälle oli sopivinta. Lisäksi opintomme toteutuivat hieman eri aikataululla. Toinen meistä oli kolme kuukautta Japanissa vaihto-opiskelijana ja toinen kahdeksan viikkoa työharjoittelussa opinnäytetyön prosessin toteuttamisen aikana. Käytimme lisäksi erilaisia sähköisiä viestintävälineitä, koska Suomen ja Japanin aikaero on 7 tuntia. Pohdintavaiheessa olisi ollut antoisinta rakentaa opinnäytetyötä yhdessä, sillä jäimme vaille hedelmällisiä keskusteluita ja toisistaan poikkeavia näkökulmia. Käytimme kommenttikenttää ajatusten vaihtoon, mutta kirjallisen tekstin tuottaminen ja tulointa jättävät aina mahdollisuuden, että kaikki halutut nyanssit ajatuksista ja pohdinnoista eivät välittynyt viestin lähettäjältä vastaanottajalle.

Aineiston tietokantahakuun, karsimiseen lukemiseen ja kirjoittamiseen molemmat opiskelijat osallistuivat tasapuolisesti. Aineiston taulukointi, käännöstyö ja sisällön analyysi tehtiin myös yhdessä. Osallistuimme Metropolian opinnäytetyöpajoihin yhdessä, joiden vinkit ja opit hyödynsivät työmme etenemistä suuresti.

Finne-Soveri, Harriet – Kuusterä, Kirsti – Tamminen, Anna – Heimonen, Sirkkaliisa – Lehtonen, Olli – Noro, Anja 2015. Muistibarometri 2015 ja RAI-tietoa kansallisen muistiohjelman tueksi. Raportti 7/2015. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129706/URN_ISBN_978-952-302-565-3.pdf?sequence=1>. Luettu 23.10.2017.

Finne-Soveri, Harriet – Mäkelä, Matti – Noro, Anja – Nurme, Pia – Partanen, Soili 2014. Vanhusten hoidon kustannustehokkuutta ja laatua voidaan parantaa. Suomen lääkärilehti 2014 vol. 69 no. 50-52 s. 3467-3471. Verkkodokumentti. <<http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.metropolia.fi/tieteessa/terveydenhuoltoartikkelit/vanhusten-hoidon-kustannustehokkuutta-ja-laatua-voidaan-parantaa/>>. Luettu 7.11. 2017.

Finne-Soveri, Harriet 2017. Muuttuva maailma muuttuva vanhuus. Terveet aivot 100 vuotta katsaus. Duodecim 2017;133:215–9. Luettu 31.10.2017.

Friis-Hasché, Erik – Nordenram, Gunilla 2017. Ikääntymisestä johtuvat psyykkisen toimintakyvyn muutokset. Suomen Hammaslääkärilehti (vol. 24) (4):24-32. Verkkodokumentti. <<http://www.hammaslaakarilehti.fi/tiede/ikaantymisesta-johtuvat-psyykkisen-toimintakyvyn-muutokset>>. Päivitetty 29.3.2017. Luettu 29.10.2017.

Hallikainen, Merja – Remes, Anne M. 2015. Alzheimerin tauti työikäisellä. Lääkärilehti 23/2015 vsk 70. Verkkodokumentti. <<http://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/alzheimerin-tauti-tyoikaisella/>>. Luettu 12.10.2017.

Harrison-Dening, Karen 2013, Iso-Britannia. Dementia: diagnosis and early interventions. Clinical. British Journal of Neuroscience nursing June/July 2013 Vol 9 No 3. Verkkodokumentti. <<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.metropolia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=b641013c-35ad-4c0b-bc1e-95def11e415c%40sessionmgr4009>>. Luettu 21.11.2017.

Helin, Ulla – Orre, Pirjo 2017. Vanhuspotilaan kognition arvioiminen osaksi päivystyksen käytäntöä. Katsausartikkeli. Suomen Lääkärilehti 44/2017 vsk 72 s. 2542 – 2543. Verkkodokumentti. <<http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.metropolia.fi/tyossa/raportit-ja-kaytannot/vanhuspotilaan-kognition-arvioiminen-osaksi-paivystyksen-kaytantoa/>>. Luettu 7.11.2017.

Hellsten, Taina – Kortelahti, Johanna 2016, Suomi, Muistipotilaiden seurannan järjestäminen perusterveydenhuollossa. Verkkodokumentti. <<http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.metropolia.fi/tieteessa/katsausartikkeli/muistipotilaiden-seurannan-jarjestaminen-perusterveydenhuollossa/>>. Luettu 3.1.2018.

Helsingin kaupunki 28.8.2017. Helsingin palvelukeskus. Virtuaalipalvelu. Verkkodokumentti. <<https://www.hel.fi/palvelukeskus/fi/hyvinvointipalvelut/virtuaalipalvelu/>>. Luettu 3.10.2017.

Hirsjärvi, Sirkka, 1997. Tieteelliselle tutkimustyölle asetetut vaatimukset. Teoksessa Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Hynninen, Nina 2016. Ikääntyvä muistisairas potilas kirurgisella vuodeosastolla. Väitöskäytännön tutkimus. Oulun yliopisto 2016 no. 1402 . Verkkodokumentti. <<http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526214559.pdf>>. Luettu 7.11.2017.

Hyväri, Susanna – Vuokila-Oikonen, Päivi 2018. Osallistavan ja tutkivan kehittämisen opas: Tutkimus- ja kehittämistyön luotettavuus. Verkkodokumentti. <<http://libguides.dia.fi/c.php?g=389856&p=3530138#luo2>>. Luettu 15.3.2018.

Jenkins Cathrine – McKay Ailsa 2013, UK. A collaborative approach to health promotion in early stage dementia. Nursing Standard. 27, 36, 49-57. Verkkodokumentti. <<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.metropolia.fi/ehost/detail/detail?vid=15&sid=bc6dc6e1a-df89-401b-9fe0-bdad2590a5b3%40sessionmgr4009&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtGl2ZQ%3d%3d#AN=104289905&db=ccm>>. Luettu 8.11.2017.

Johansson, Kirsi – Axelin, Anna – Stolt, Minna – Ääri, Riitta-Liisa 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto.

Juva, Kati 2014. Alkava muistisairaus – milloin muistihuoli ohjaa kattaviin tutkimuksiin? Näin tutkin. Duodecim lehti; 130:969-974.

Kaivorinne, Anna-Lotta 2012. Frontotemporal lobar degeneration in Finland. Oulun Yliopisto. Juvenes print. Tampere. Verkkolähde. <<http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526200132.pdf>>. Luettu 2.11.2017.

Kananen, Jorma 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja sarja Makkonen, Teemu (toim.). Suomen yliopistopaino - Juvenes Print.

Kangasniemi, Mari – Utriainen, Kati – Ahonen, Sanna-Mari – Pietilä, Anna-Maija – Jääskeläinen, Petri – Liikanen, Eeva 2013. Hoitotiede 25 (4), 291 - 301.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2010. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro.

Knevel, Ron J.M. – Foley, J – Gussy, Mark – Karimi, Leila 2016. Does enhancing personal care assistants' own oral health influence their attitudes and practices towards oral care for residents – a pilot study. Australia. Verkkodokumentti. <<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.metropolia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=101fa1f3-12fb-4b6d-8024-8f068944739e%40sessionmgr4008>>. Luettu 8.11.2017.

Kocaelli, Hümeýra – Yaltirik, Mehmet – Yargic, L. İlhan – Özbaz, Hakan 2002. Alzheimer's disease and dental management. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology Volume 93, issue 5, 5/2002, s. 521–524. Verkkodokumentti. <<http://www.sciencedirect.com.ezproxy.metropolia.fi/science/article/pii/S1079210402000033>>. Luettu 6.11.2017.

Komulainen, Kaija 2013. Väitöstutkimus: Oral Health Promotion among Community-Dwelling Older People. Itä-Suomen yliopisto, Terveystieteiden tiedekunta. Kuopio: Kopijyvä.

Koskinen, Seppo – Lundqvist, Annamari – Ristiluoma, Noora (toim.). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos raportti 68/2012. Verkkodokumentti. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netti.pdf>. Luettu 12.10.2017.

Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Käypä hoito -suositus 27.1.2017. Muistisairaudet. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ym. asettama työryhmä. Verkkodokumentti. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50044>>. Luettu 2.10.2017.

Laatu, Sari – Ruutiainen, Juhani 2006. Semanttisen muistin häiriöt neurologisissa sairauksissa. Lääketiede. Katsausartikkeli. Suomen Lääkärilehti 2006, 1-2 (vsk 61).

Leung, Karen – Finlay, Juli – Silvius, James – Koehn, Sharon – McCleary, Lynn – Cohen, Carole – Hum, Susan – Garcia, Linda – Dalziel, William – Emerson, Victor – Pimlott, Nicholas – Persaud, Malini – Kozak, Jean – Drummond, Neil 2011. Pathways to diagnosis: exploring the experiences of problem recognition and obtaining a dementia diagnosis among Anglo-Canadians. Health and Social Care in the Community (2011) 19(4). Verkkodokumentti. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21223398>>. Luettu 3.1.2018.

Martin, Faith – Turner, Andrew – Wallace, Louise M. – Bradbury, Nicola 2013. Conceptualisation of self-management intervention for people with early stage dementia. European Journal of Ageing, June 2013; 10(2). Verkkodokumentti. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5549115/>>. Luettu 5.1.2018.

Melkas, Susanna – Jokine, Hanna – Putaala, Jukka – Valanne, Leena – Hietanen, Marja – Erkinjuntti, Timo 2015. Aivoverenkiertosaigus ja kognitiivinen heikentyminen: huomio varhaisvaiheeseen. Lääkärilehti 1-2/2015 vsk 70. Verkkodokumentti. <<http://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/aivoverenkiertosaigus-ja-kognitiivisen-heikentyminen-huomio-varhaisvaiheeseen/>>. Luettu 27.10.2017.

Meurman, Jukka H. 2013:35-39, Kuivan suun aiheuttajat ja hoito. Suu ja lääke. Lääketietoa Fimeasta 2/2013 SIC!. Verkkodokumentti. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/120424/2_13%2035-39%20Kuivan%20suun%20aiheuttajat%20ja%20hoito.pdf?sequence=1>. Luettu 10.10.2017.

Meurman, Jukka H – Ruokonen, Hellevi 2017:1484-1489. Suun terveys ja krooniset sairaudet. Katsaus. Duodecim lehti 2017;nro 16 (vol133):1484–1489.

Muistisairaudet. Muistiliitto. Verkkolähde. Päivitetty 3.10.2016. <<http://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet/>>. Luettu 5.10.2017.

Muistisairaudet 2017. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykiatrian Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Verkkolähde. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50044#K1>>. Luettu 13.11.2017.

Mäki, Outi 2011. Ikätekniikan kokeilut Suomessa. KÄKÄTE raportteja 1/2011: 78-80,82. Kopio Niini Oy, Helsinki 2011. Verkkodokumentti. <http://www.vtkl.fi/document/1/2234/42f8811/lkateknologian_kokeilut_Suomessa.pdf>. Luettu 13.11.2017.

Nihtilä, Annamari – Tuuliainen, Eveliina – Komulainen, Kaija – Autonen-Honkonen, Kirsi – Nykänen, Irma – Hartikainen, Sirpa – Ahonen, Riitta – Tiihonen, Miia – Suominen, Anna Liisa 2017. Preventive oral health intervention among old home care clients. Kuopio Research Centre of Geriatric Care, School of Pharmacy, Faculty of Health Sciences, University of Eastern Finland, Kuopio, Finland. Verkkodokumentti. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28200017>>. Luettu 3.1.2018.

Nuutinen, Erja 2009. Parodontologisen hoidon potilaan ja suuhygienistiopiskelijan välinen keskustelu ja yhteistyö: potilaiden ajatuksia ja mielipiteitä. Pro Gradu tutkielma. Terveystieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto.

Närhi, Timo – Syrjälä Anna-Maija, 25.4.2016. Ikäihmisten suun sairaudet ja niiden hoito. Hammaslääkärilehti 2017 (vol. 24) (4):34-41, Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia.

Olsson, Annakarin – Engström, Maria – Skovdahl, Kirsi – Lampic, Claudia 2011. My, your and our needs for safety and security: relatives' reflections on using information and communication technology in dementia care. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2011. Ruotsi. Verkkodokumentti. <<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.metropolia.fi/ehost/detail/detail?vid=17&sid=bc6dc6e1a-df89-401b-9fe0-bdad2590a5b3%40sessionmgr4009&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtG12ZQ%3d%3d>> Luettu 19.11.2017.

Oinas, Minna – Polvikoski, Tuomo – Sulkava, Raimo – Paetau, Anders – Haltia, Matti 1998. Lewyn kappale –dementia. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 1998; 114(15): 1476. Verkkolähde. <<http://duodecimlehti.fi/lehti/1998/15/duo80323>>. Luettu 2.11.2017.

Ottawa Charter for Health Promotion 1986. WHO. Health Promotion. Verkkodokumentti. <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>>. Luettu 7.11.2017.

Siukosaari, Päivi 2013. Condition of teeth and periodontium in the home-dwelling elderly; with special reference to level of education. Faculty of Medicine/institute of Dentistry. University of Helsinki. Helsinki, Unigrafia Oy.

Siukosaari, Päivi – Nihtilä, Annamari 2015. Vanhusten suun terveys. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2015;131(1):36-41. Verkkodokumentti. <<http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2015/1/duo12035>>. Luettu 26.11.2017.

Sjögren, Petteri – Nilsson, Erika – Forssell, Marianne – Johansson, Olle – Hoogstraate, Janet 15.8.2008. A Systematic Review of the Preventive Effect of Oral Hygiene on Pneumonia and Respiratory Tract Infection in Elderly People in Hospitals and Nursing Homes: Effect Estimates and Methodological Quality of Randomized Controlled Trials. Journal of the American Geriatrics Society 2008 (vol. 56) nro 11: 2124-2130. Luettu 19.10.2017.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Kansallinen muistiohjelma 2012–2020. Tavoitteena muistiystävällinen Suomi. Gerontologia 2/2012. Verkkodokumentti. <<http://elektra.helsinki.fi/se/g/0784-0039/26/2/kansalli.pdf>>. Luettu 5.10.2017

Stolt, Minna – Axelin, Anna – Suhonen, Riitta 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto.

Suomen Hammaslääkäriliitto 2015. Ikääntyneen suun terveyden ylläpitäminen. Verkkodokumentti. <<http://www.hammaslaakariliitto.fi/fi/suunterveys/suunterveys-eri-ikakausina/ikaantyneiden-suunterveys/ikaantyneen-suunterveyden#.WfhdUJUUmM>>. Luettu 31.10.2017.

Suominen-Taipale, Liisa – Nordblad, Anne – Vehkalahti, Miira – Aromaa, Arpo toim. 2004. Suomalaisten aikuisten suun terveys. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitos. B16/2004. Verkkodokumentti. <<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/78322/2004b16.pdf?sequence=1>>. Luettu 9.10.2017.

Syrjälä, Anna-Maija 2013. Muistisairaana ihmisen suun terveys. Memo 04/2013. <<http://www.muistiasiantuntijat.fi/memo.php?udpview=read&src=db25114&sid=162&issue=2013-04>>. Luettu 9.10.2017.

Taverna, Melanie V. – Nguyen, Carol A. – Hicks, Beatriz M. 2016. Oral Hygiene and Self-Care in Older Adults with Dementia. Journal of the American Society on Aging 2016 Vol. 40 .No. 3 43-48. Verkkodokumentti. <<http://web.a.ebsco-host.com.ezproxy.metropolia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=3df6cb11-94ba-48c2-8445-06ef5863be42%40sessionmgr4007>>. Luettu 3.1.2018.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015. Yleistietoa kansantaudeista. Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/yleistietoa-kansantaudeista>>. Luettu 5.10.2017.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017. Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaiken ikäisten omaishoitoa (I&O). Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/kehitetaan-ikaihminen-kotihoitoa-ja-vahvistetaan-kaiken-ikaisten-omaishoitoa-i-o->> Luettu 19.10.2017.

Tilastokeskus 14.1.2016. Väestöennuste. Verkkodokumentti. <http://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html#vaestoenuste>. Luettu 2.10.2017.

Tilastokeskus 21.11.2014. Yksin asuvien miesten ja naisten osuus ikäluokasta 1990 ja 2013. Verkkodokumentti. <http://www.stat.fi/til/perh/2013/02/perh_2013_02_2014-11-21_kat_007_fi.html>. Luettu 19.10.2017.

Toimintamalleja muuttaen parempaan suun terveyteen ikääntyneillä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2015:6. Verkkodokumentti. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74697/STM_Toimintamalleja_muuttaen_parempaan%20suun.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Luettu 31.10.2017.

Van der Roest, Henriëtte G – Wenborn, Jennifer – Pastrik, Channah – Dröes, Rose-Marie – Orrell, Martin 2017. Assistive technology for memory support in dementia. Verkkodokumentti. <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009627.pub2/full>>. Luettu 2.11.2017.

Vehkalahti, Miira – Knuuttila, Matti 2008. Ikääntyneiden suun terveyden edistäminen Suomessa. Suomen Hammaslääkärilehti 2008 15(4):48-56. Verkkodokumentti. <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/tod/avaa?p_artikkeli=shl00177&p_haku=Ik%C3%A4%C3%A4ntyneiden%20suun%20terveyden%20edist%C3%A4minen%20Suomessa#R13>. Luettu 9.10.2017.

WHO. Dementia. Päivitetty 9/2017. Verkkodokumentti. <<http://www.who.int/media-centre/factsheets/fs362/en/>>. Luettu 5.10.2017.

Winqvist, Satu – Moilanen, Virpi 2017. Muistihäiriöpotilaan kognition tutkiminen - muutakin kuin MMSE. Katsausartikkeli. Suomen Lääkärilehti 2017 vol. 72 no. 17 s. 1073-1083. Luettu 7.11.2017.

Wu, Bei – Plassman, Brenda – Crout, Richard – Liang, Jersey 2008. Cognitive Function and Oral Health Among Community-Dwelling Older Adults. Journal of Gerontology: Medical Sciences 2008, Vol. 63A, No. 5, 495–500. Verkkolähde. <<https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/63/5/495/590624>>. Luettu 29.10.2017.

Ylä-Outinen, Tuulikki 2012, Suomi. Ikäihmisten arki. Kotona asuvien ja palvelutaloon muuttaneiden ikäihmisten kertomuksia jokapäiväisestä elämästä. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppätieteiden tiedekunta, Kuopio. Verkkodokumentti <http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0974-9/urn_isbn_978-952-61-0974-9.pdf>. Luettu 26.11.2017.

Tietoperustan hakuhistoria

Päivämäärä	Tietokanta	Hakusanat	Otsik- kotasolla luettuja	Tiivistelmätasolla luettuja	Koko- teksti- tasolla lu- ettuja	Lopullinen hyödynnettävyys
2.10.17	manuaalihakku	väestöön- nuste	1	1	1	1
2.10.2017	manuaalihakku / google	terveys 2011	3	1	1	1
3.10.2017	manuaali- haku/google	virtuaalihoito	8	5	2	1
5.10.2017	Google	dementia AND syn- drome AND global	10	1	1	1
5.10.2017	manuaalihakku /google	kansantaudit	2	1	1	1
5.10.2017	manuaalihakku	muis- tisairaudet	6	3	1	1
5.10.2017	Google	Kansallinen muistiohjelma 2012-2020	10	2	1	1
9.10.2017	google	Terveys 2000	6	6	1	1
9.10.2017	Terveysportti	ikäänty* AND suunternv*	5	1	1	1
10.10.2017	google	kuiva suu ai- heuttajat	7	3	1	1
10.10.2017	google	alzheimerin tauti	10	6	3	1
11.10.2017	google	kuiva suu hoito	6	6	3	1
11.10.2017	Medic	Närhi AND suun terveys	5	2	1	1
12.10.2017	CINALH	alzheimer AND home AND oral	28	9	6	2
12.10.2017	Medic	alzheimer AND home	12	4	?	1
12.10.2017	Medic	potilasohjei* AND suun	18	5	3	1
12.10.2017	Medic	Lewy*	5	1	1	0

12.10.2017	Medic	suunterveys AND ham- paattomuus	19	6	6	3
12.10.2017	Google	Hyvinvointi Suomessa 2011	30	2	1	1
12.10.2017	Manuaalinen haku/Medic	Närhi AND Syrjälä	1	1	2	2
19.10.2017	Manuaalinen haku Pubmed	Sjögren Petteri	18	4	2	1
31.10.2017	Medic	Finne-Soveri	42	2	2	1
31.10.2017	Google	ikääntynyt AND suun ter- veys	25	6	3	2
31.10.2017	Manuaalihaku	vanhuspalve- lulaki	1	1	1	1
2.11.2017	Terveysportti - > Aikakaus- ikirja Duo- decim	lewyn kap- pale*	45	1	1	1
2.11.2017	Google Scholar	otsa-ohimolo- hkorappeumat	8	1	1	1
2.11.2017	Manuaali- haku/Google	Alkava muis- tisairaus	24	6	3	1
6.11	Wiley Online Library	dementia AND AT AND dental	80	7	3	0
6.11	Adelaide Re- search & Scholarship	memory disor- der AND den- tal	58	0	0	0

6.11	ALOIS	oral AND MCI	30	0	0	0
6.11	Cochrane LI-brary	dental AND memor*	115	0	0	0
6.11	CINAHL	dental AND memory disorder dental AND memory* mild cognitive impairment AND techno*	7 160 78	0 1 1	0 1 1	0 0 1
6.11	CINAHL	memory disorder AND co-sider AND dental	45	1	1	1
7.11.	Manuaalihaku	Ottawa Charter 1986	5	1	1	1
7.11	Medic	dementia AND oral self-care	144	22	9	6
8.11.2017	CINAHL	dementia AND oral self-care	4	3	3	2
8.11.2017	CINAHL	technology and dementia care	36	26	18	5
13.11	CINAHL	home dwel* AND care* AND daily oral*	2	2	1	0
13.11	CINAHL	multi-profes-sional AND oral*	12	1	0	0
13.11	Google Scholar	kotona asuva muistisairas, suun oma-hoito, moniammatillinen*	50	3	1	1

17.11.2017	CINAHL	Dementia and early interventions	51	21	5	0
17.11.2017	CINAHL	dementia and live alone	20	14	8	4
26.11.2017	Manuaalinen haku / Google	Ylä-Outinen JA Ikäihmisten arki	4	1	1	1
26.11.2017	Manuaalinen haku / google	Ikääntyneen suun terveys	5	4	1	1
2.12.2017	Manuaalinen / google	Preventive oral health intervention among old home care clients	7	1	1	1
12.12.2017	Manuaalinen / google	Suomalaisten hoitosuositusten käyttöönoton tutkimusta tarvitaan lisää	4	2	1	1

Tietokantojen hakutulokset eri hakusanoilla ja -yhdistelmillä

Google Hyvinvointi Suomessa 2011
Google Scholar otsa-ohimolohkorappeumat 155 kpl kotona asuva muistisairas, suun omahoito, moniammatillinen* 949kpl
Medic dementia AND oral self-care 144 kpl (45 mahtui 2010 aikarajaan)
CINAHL alzheimer* AND home AND oral 28 kpl dental AND memor* 160 kpl mild cognitive impairment AND techno* 78 kpl memory disorder AND consider AND dental 1094 kpl dementia AND oral self-care 4 kpl technology and dementia care 144 home dwell* AND care* AND daily oral* 2kpl multi-professional AND oral* 12kpl Dementia and early interventions (428) dementia and live alone 48 kpl
Wiley Online Library dementia AND AT AND dental 5372kpl
Cochrane Library dental AND memor* 115kpl
Adelaide Research & Scholarship memory disorder AND dental 58kpl
ALOIS oral AND MCI 30kpl

Aineiston sisäänottotaulukko

Nro	Artikkeli/Tutkimus/Tekijä	Tietokanta	Hakusanat	Sisäänottokriteerit
1	Siukosaari, Päivi; University of Helsinki; Helsingin yliopisto/faculty of Medicine/institute of Dentistry Condition of teeth and periodontium in the home-dwelling elderly : with special reference to level of education ISBN: 978-952-10-8776-9 Väitöstutkimus. Helsingin yliopisto	Medic	suunterveys AND hampaatto- muus	muisti- sairas kotona
2	Koskinen, Seppo – Lundqvist, Annamari – Ristiluoma, Noora (toim.). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos raportti 68/2012. Verkkodokumentti. < http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netti.pdf >. Luettu 12.10.2017	google	Hyvinvointi suomessa 2011	hampai- den lu- ku- määrä ikäänty- neen suussa
3	Helsingin kaupunki 28.8.2017. Helsingin palvelukeskus. Virtuaalipalvelu. Verkkodokumentti. < https://www.hel.fi/palvelukeskus/fi/hyvinvointipalvelut/virtuaalipalvelu/ >. Luettu 3.10.2017.	google	virtuaali- hoito	etähoito muisti- sairaalle
4	Koskinen, Seppo – Lundqvist, Annamari – Ristiluoma, Noora (toim.). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos raportti 68/2012. Verkkodokumentti. < http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netti.pdf >. Luettu 12.10.2017	google	terveys 2011	parod- ontiitin esiinty- minen ikäihmi- sillä
5	Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015. Yleistietoa kansantaudeista. Verkkodokumentti. < https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/yleistietoa-kansantaudeista >. Luettu 5.10.2017.	google	kansantau- dit	muisti- sairau- det
6	Hallikainen, Merja – Remes, Anne M. 2015. Alzheimerin tauti työikäisellä. Lääkärilehti 23/2015 vsk 70. Verkkodokumentti. < http://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/alzheimerin-tauti-tyoikaisella >. Luettu 12.10.2017.	Medic	alzheimer and home	työikäis- ten al- zheimer
7	Erkinjuntti, Timo – Remes, Anne – Rinne, Juha – Soininen, Hilikka (toim.) 2015. Muistisairaudet. 2. painos. Duodecim. Otavan Kirjapaino Oy. Keuruu.	kirjahaku	muistisai- raudet	musiti- sairau- det
8	Muistisairaudet. Muistiliitto. Verkkolähde. Päivitetty 3.10.2016. < http://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairot-ja-sairaudet/muistisairaudet/ >. Luettu 5.10.2017	google	muistisai- raudet	muisti- häiriöt
9	Vehkalahti, Miira – Knuuttila, Matti 2008. Ikääntyneiden suunterveyden edistäminen Suomessa. Suomen Hammaslääkärilehti 15(4):48-56. Verkkodokumentti. < http://www.terveysportti.fi/ezproxy.metropolia.fi/dtk/tod/avaa?p_artikkeli=shl00177&p_haku=lk%C3%A4%C3%A4ntyneiden%20suun%20terveyden%20edist%C3%A4minen%20Suomessa#R13 >. Luettu 9.10.2017.	Medic	ikääntynyt ja suun ter- veys	ikäänty- neiden suun ter- veys
10	Suominen-Taipale, Liisa – Nordblad, Anne – Vehkalahti, Miira – Aromaa, Arpo toim. 2004. Suomalaisen aikuisten suunterveys. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitos. B16/2004. Verkkodokumentti. < http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/78322/2004b16.pdf?sequence=1 >. Luettu 9.10.2017.	google	Terveys 2000	aikuisen suunter- veys
11	Alzheimerin tauti 2017. Muistiliitto. Päivitetty 4.1.2017. Verkkodokumentti. < http://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairot-ja-sairaudet/muistisairaudet/alzheimerin-tauti/ >. Luettu 10.10.2017.	google	alzheimerin tauti	al- zheimer
12	Närhi, Timo – Syrjälä Anna-Maija, 25.4.2016. Ikäihmisten suun sairaudet ja niiden hoito. Hammaslääkärilehti 2017 (vol. 24) (4):34-41, Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia.	Medic	Närhi AND Syrjälä	omahoi- don oh- jeistus ikäänty- neille

13	Friis-Hasché – Nordenram G, 18.4.2016. Ikääntymisestä johtuvat psyykkisen toimintakyvyn muutokset. Hammaslääkärilehti 2017 (vol. 24) (4):24-32, Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia	Medic	Närhi AND Syrjälä	kohtaamisen keinoja
14	Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Kansallinen muistiohjelma 2012–2020. Tavoitteena muistiystävällinen Suomi. Gerontologia 2/2012. Verkkodokumentti. < http://elektra.helsinki.fi/se/g/0784-0039/26/2/kansalli.pdf >. Luettu 5.10.2017	google	kansallinen muistiohjelma	Suomi ja muistisairaat
15	Meurmann, Jukka H. 2013:35-39, Kuivan suun aiheuttajat ja hoito. Lääketietoa Fimeasta 2/2013 SIC!. Verkkodokumentti. < https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/120424/2_13%2035-39%20Kuivan%20suun%20aiheuttajat%20ja%20hoito.pdf?sequence=1 >. Luettu 10.10.2017	google	kuiva suu aiheuttajat	kuivan suun ongelma
16	Nuutinen, Erja 2009. Parodontologisen hoidon potilaan suuhygienistopiskelijan välinen keskustelu ja yhteistyö: potilaiden ajatuksia ja mielipiteitä. Pro Gradu tutkielma. Terveystieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto.	Medic	potilasohjel* AND suun	potilaan ohjaaminen
17	Sjögren, Petteri – Nilsson, Erika – Forssell, Marianne – Johansson, Olle – Hoogstraate, Janet 15.8.2008. A Systematic Review of the Preventive Effect of Oral Hygiene on Pneumonia and Respiratory Tract Infection in Elderly People in Hospitals and Nursing Homes: Effect Estimates and Methodological Quality of Randomized Controlled Trials. Journal of the American Geriatrics Society 2008 (vol. 56) nro 11: 2124-2130. Luettu 19.10.2017.	Pubmed	Sjögren Petteri	suun terveys ja keuhko-kuume
18	Finne-Soveri, Harriet 2017. Muuttuva maailma muuttuva vanhuus. Terveet aivot 100 vuotta katsaus. Duodecim 2017;133:215–9. Luettu 31.10.2017.	Medic	Finne-Soveri	muistisairas kotona
19	Suomen Hammaslääkäriliitto 2015. Ikääntyneen suunterveyden ylläpitäminen. Verkkodokumentti. < http://www.hammaslaakariliitto.fi/fi/suunterveys/suunterveys-eri-ikakausina/ikaantyneiden-suunterveys/ikaantyneen-suunterveyden#.WfhduJUUmM >. Luettu 31.10.2017.	google	ikäääntynyt AND suun terveys	ikäääntyneen suunhoito
20	Toimintamalleja muuttaen parempaan suun terveyteen ikääntyneillä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2015:6. Verkkodokumentti. < http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74697/STM_Toimintamalleja_muuttaen_parempaan%20suun.pdf?sequence=1&isAllowed=y >. Luettu 31.10.2017.	google	ikäääntynyt AND suun terveys	ikäääntyneen suunhoito
21	Eduskunnan päätös laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista 980/2012. Helsingissä 28.12.2012.	google	vanhuspalvelulaki	hoidon määrittelyt
22	Juva, Kati 2014. Alkava muistisairaus – milloin muistihuoli ohjaa kättä viin tutkimuksiin? Näin tutkin. Duodecim lehti;130:969-974.	google	alkava muistisairaus	muistisairauksen oireet
23	Ottawa Charter for Health Promotion 1986. WHO. Health Promotion. Verkkodokumentti. < http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/ >. Luettu 7.11.2017	google	Ottawa Charter 1986	potilasohjaus
24	Winqvist, Satu – Moilanen, Virpi 2017. Muistihäiriöpotilaan kognition tutkiminen - muutakin kuin MMSE. Katsausartikkeli. Suomen Lääkärilehti 2017 vol. 72 no. 17 s. 1073-1083. Luettu 7.11.2017	Medic	dementia AND oral self-care	Varhainen muistisairaus
25	Siukosaari, Päivi – Nihtilä, Annamari 2015. Vanhusten suun terveys. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2015;131(1):36-41. Verkkodokumentti. < http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2015/1/duo12035 >. Luettu 26.11.2017.	google	ikäääntyneen suun terveys	Omahoito
26	Mäki, Outi 2011. Ikäteknologian kokeilut Suomessa. KÄKÄTE.raportteja 1/2011: 78-80.82. Kopio Niini Oy, Helsinki 2011. Verkkodokumentti. < http://www.vtkl.fi/document/1/2234/42f8811/ikateknologian_kokeilut_Suomessa.pdf >. Luettu 13.11.2017.	Google Scholar	kotona asuva muistisairas, suun omahoito, moniammatillinen*	Muistisairasta tukevia teknologia kokeiluita

27	Kocaelli, Hümeýra – Yaltirik, Mehmet – Yargic, L. Ilhan – Özbaz, Hakan 2002. Alzheimer's disease and dental management. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology Volume 93, issue 5, 5/2002, s. 521–524. Verkkodokumentti. < http://www.sciencedirect.com.ezproxy.metropolia.fi/science/article/pii/S1079210402000033 >. Luettu 6.11.2017.	CINAHL	memory disorder AND co-sider AND dental	Muisti-sairau-den huomi-oiminen suun tye-veyde-huol-lossa
28	Eghdam, Aboozar – Scholl, Jeremiah – Bartfai, Aniko – Koch, Sabine 2012. Information and communication technology to support self-man-agement of patients with mild acquired cognitive impairments: system-atic review. Verkkolähde. < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3510771/ >. Luettu 6.11.2017.	CINAHL	mild cogni-tive impair-ment AND techno*	Muis-tisairas potilas
29	Van der Roest, Henriëtte G – Wenborn, Jennifer – Pastnik, Channah – Dröes, Rose-Marie – Orrell, Martin 2017. Assistive technology for memory support in dementia. Verkkodokumentti. < http://onlineli-brary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009627.pub2/full >. Luettu 2.11.2017.	Cochrane Library	Assistive technology for memory support in dementia	Muistia tukeva teknolo-gia
30	Ahtiluoto, Asko – Kaila, Minna – Komulainen, Jorma – Mäkelä, Mar-jukka – Sipilä, Raija 2017. Suomalaisen hoitosuosituksen käyttöönoton tutkimusta tarvitaan lisää. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2017;133(18):1647-54.	Manuaali / google	Suomalais-ten hoito-suositusten käyttöö-oton tutki-musta tarvi-taan lisää	Hoito-suosi-tusten käyt-töönotto
31	Hellsten, Taina – Kortelahti, Johanna 2016, Suomi, Muistipotilaiden seurannan järjestäminen perusterveydenhuollossa. Verkkodokumentti. < http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.metropolia.fi/tieteessa/katsausartik-keli/muistipotilaiden-seurannan-jarjestaminen-perusterveydenhuol-lossa/ >. Luettu 3.1.2018.	Medic	Muistipoti-laiden seu-rannan jär-jestäminen peruster-veyden-huollossa.	Muisti-sairaat erityis-ryh-mänä

Analysoitavan aineiston sisäänottotaulukko

1	Helin, Ulla – Orre, Pirjo 2017. Vanhuspotilaan kognition arvioiminen osaksi päivystyksen käytäntöä. Katsausartikkeli. Suomen Lääkärilehti 44/2017 vsk 72 s. 2542 – 2543. Luettu 7.11.2017	Medic	dementia AND oral self-care	Muistisairauden tunnistaminen ja moniammatillinen yhteistyö
2	Hellsten, Taina – Kortelahti, Johanna 2016. Muistipotilaiden seurannan järjestäminen perusterveydenhuollossa. Suomen lääkäri-lehti 2016 vol. 71 no. 22 s. 1601-1605. Luettu 7.11.2017	Medic	dementia AND oral self-care	Muistisairaahan kohtaaminen erityisryhmänä
3	Hynninen, Nina 2016. Ikääntyvä muistisairas potilas kirurgisella vuodeosastolla. Väitöstudium. Oulun yliopisto 2016 no. 1402 .Luettu 7.11.	Medic	dementia AND oral self-care	Muistisairaahan tuomat rajoitteet ja erityisryhmänä kohtaaminen
4	Finne-Soveri, Harriet – Mäkelä, Matti – Noro, Anja – Nurme, Pia – Partanen, Soili 2014. Vanhusten hoidon kustannustehokkuutta ja laatua voidaan parantaa. Suomen lääkäri-lehti 2014 vol. 69 no. 50-52 s. 3467-3471. Luettu 7.11.	Medic	dementia AND oral self-care	Moniammatillinen yhteistyö
5	Knevel, Ron J.M. – Foley, J – Gussy, Mark – Karimi, Leila 2016. Does enhancing personal care assistants' own oral health influence their attitudes and practices towards oral care for residents – a pilot study. International Journal of Dental Hygiene. 14, 2016; 249–254. Published by John Wiley & Sons Ltd. Luettu 8.11.2017.	CINAHL	dementia AND oral self-care	hoitajien oman suun tervitys alustaa hoidettavien
6	Taverna, Melanie V. – Nguyen, Carol A. – Hicks, Beatriz M. 2016. Oral Hygiene and Self-Care in Older Adults with Dementia. Journal of the American Society on Aging 2016 Vol. 40 .No. 3 43-48.	CINAHL	dementia AND oral self-care	Muistisairaahan omahoito
7	Bennett, Belinda – McDonald, Fiona – Beattie, Elizabeth – Carney, Terry – Freckelton, Ian – White, Ben – Willmott, Lindy 2017. Assistive technologies for people with dementia: ethical considerations . Policy & practice Bull World Health Organ 2017;95:749–755. Luettu 17.11.2017.	CINAHL	technology and dementia care	Terveysteknologia ja etiikka
8	Chen, Yung-Ching, – Leung, Cherng-Yee 2012. Exploring functions of the lost seeking devices for people with dementia. Tatung University, Taipei, Taiwan Work 41 (2012) 3093-3100. Luettu 17.11.2017.	CINAHL	technology and dementia care	Terveysteknologian hyödyntäminen
9	Andrew, John 2017. Tech is fueling dynamic dementia care. Changing the Future. Technology June 2017. Luettu 17.11.2017.	CINAHL	technology and dementia care	Teknologian innovaatiot
10	Olsson, Annakarin – Engström, Maria – Skovdahl, Kirs – Lampic, Claudia 2011. My, your and our needs for safety and security: relatives' reflections on using information and communication technology in dementia care. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2011. 104 – 112. Luettu 19.11.2017.	CINAHL	technology and dementia care	Teknologian innovaatiot
11	Harrison-Dening, Karen 2013. Dementia: diagnosis and early interventions. Clinical. British Journal of Neuroscience nursing June/July 2013 Vol 9 No 3. Luettu 21.11.2017.	CINAHL	technology and dementia care	Muistisairaahan ohjaaminen, ja teknologian käyttö
12	Ylä-Outinen, Tuulikki 2012. Ikäihmisten arki. Kotona asuvien ja palvelutaloon muuttaneiden ikäihmisten kertomuksia jokapäiväisestä elämästä. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta, Kuopio. Verkkodokumentti < http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0974-9/urn_isbn_978-952-61-0974-9.pdf >. Luettu 26.11.2017.	Google	Manuaalinen haku	Muistisairas kotona
13	Nihtilä, Annamari – Tuuliniemi, Eveliina – Komulainen, Kaija – Autonen-Honkonen, Kirs – Nykänen, Irma – Hartikainen, Sirpa – Aho-nen, Riitta – Tiihonen, Miia – Suominen, Anna Liisa 2017. Kuopio Research Centre of Geriatric Care, School of Pharmacy, Faculty of Health Sciences, University of Eastern Finland, Kuopio, Finland. Age and Ageing, Volume 46, Issue 5, 1 September 2017, Pages 846–851.	Google	Preventive oral health intervention among old home	Yksilölliset ohjeet auttavat kotona asuvaa vanhusta suun terveydenhoidossa

			care clients	
14	Jenkins Cathrine – McKay Ailsa 2013. A collaborative approach to health promotion in early stage dementia. Nursing Standard. 27, 36, 49-57.	CINAHL	dementia and live alone	Aikaisen dementian selviytymiskeinoja kotona
15	Leung, Karen – Finlay, Juli – Silviu, James – Koehn, Sharon – McCleary, Lynn – Cohen, Carole – Hum, Susan – Garcia, Linda – Dalziel, William – Emerson, Victor – Pimlott, Nicholas – Persaud, Malini – Kozak, Jean – Drummond, Neil 2011. Pathways to diagnosis: exploring the experiences of problem recognition and obtaining a dementia diagnosis among Anglo-Canadians. Health and Social Care in the Community (2011) 19(4), 372–381.	CINAHL	dementia and live alone	Dementian ensioireet ja avun hankkiminen
16	Martin, Faith – Turner, Andrew – Wallace, Louise M. – Bradbury, Nicola 2013. Conceptualisation of self-management intervention for people with early stage dementia. European Journal of Ageing, Jun 2013; 10(2): 75-87.	CINAHL	dementia and live alone	Aikainen dementia vertaistuki ja suhtautuminen
17	Linda L. Buettner, Linda L. 2010. Evidence Supporting Technology-Based Interventions for People with Early-Stage Alzheimer's Disease. Journal of Gerontological Nursing • Vol. 36, No. 10, 2010.	CINAHL	dementia and live alone	Teknologia avusteinen arki
18	Kocaelli, Hümeýra – Yaltirik, Mehmet – Yargic, L. İlhan – Özbaz, Hakan 2002. Alzheimer's disease and dental management. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology Volume 93, issue 5, 5/2002, s. 521–524. Verkkodokumentti. < http://www.sciencedirect.com.ezproxy.metropolia.fi/science/article/pii/S1079210402000033 >. Luettu 6.11.2017.	CINAHL	memory disorder AND consider AND dental	Muistisairauden huomioiminen suun terveydenhuollossa
19	Mäki, Outi 2011. Ikätekniikan kokeilut Suomessa. KÄKÄTE-raportteja 1/2011: 78-80,82. Kopio Niini Oy, Helsinki 2011. Verkkodokumentti. < http://www.vtkl.fi/document/1/2234/42f8811/ikateknologian_kokeilut_Suomessa.pdf >. Luettu 13.11.2017.	Google Scholar	kotona asuva muistisairas, suun omahoito, moniammatillinen*	Muistisairasta tukevia teknologia kokeiluita
20	Eghdam, Aboozar – Scholl, Jeremiah – Bartfai, Aniko – Koch, Sabine 2012. Information and communication technology to support self-management of patients with mild acquired cognitive impairments: systematic review. Verkkolähde. < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3510771/ >. Luettu 6.11.2017.	CINAHL	mild cognitive impairment AND techno*	Muistisairas potilas

Aineiston analyysikehys

Nro	Tutkija/vuosi/maa/nimi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusjoukko	Tutkimusmetodi	Keskeiset tulokset
7.11 1	Helin, Ulla Orre, Pirjo 2017, Suomi, Vanhuspotilaan kognition arvioiminen osaksi päivystyksen käytäntöä	Vanhuspotilaiden demen-tian, depression ja deliriumin tunnistaminen ja kirjaaminen systemaattisesti	Päijät-Hämeen keskite-tyssä Akuutti24-päivys-tyksessä työskentele henkilökunta	Toimintatutkimus	Lääkärit alkoivat vuoden aikana paremmin kirjata käynnin diag-nooseihin dementiaa, depres-siota ja deliriumia, mutta myös muita geriatriasia oireyhtymiä. Sa-manaikaisesti käyntitekstin muu sisältö monipuolistui. Vanhuspo-tilaan kognition arviointi sopii osaksi päivystyksen toimintaa. Muutosvastarinnan voimakkuus yllätti.
7.11 2	Hellsten, Taina – Kortelahti, Johanna 2016, Suomi, Muistipo-tilaiden seurannan järjestäminen perusterveydenhuollossa.	Muistisairaiden hoito ikään-tyneiden hoidon laatusuosi-tusten mukaiseksi	Lempäälän perustervey- denhuollon henkilöstö ja muistisairaat asiakkaat	Toimintatutkimus	Muistipotilaat ovat käytännössä ainoa potilasryhmä, joka kutsu-taan erikseen seurantavastaan- otolle. Käynnillä pyritään selvittä-mään omaisen jaksamista. Omaiset kutsutaan sopeutumis- valmennuskursseille, heille tarjo-taan vertaistukiryhmiä ja omais- hoidon lomapäiviä.
7.1 3	Hynninen, Nina 2016, Suomi, Ikääntyvä muistisairas potilas ki- rurgisella vuodeosastolla.	Kuvata ja selittää ikääntyvän muistisairaahan potilaan hoito- työtä kirurgisella vuodeosastolla muistisairaiden potilaiden, omaisten, hoitohenkilökun- nan ja lääkäreiden näkökulmasta.	Oulun yliopistollisen sai- raalan operatiivisen tu- losalueen kirurgisilla vuodeosas- toilla työskenteleviltä hoitajilta ja lääkäreiltä sekä kirurgisilla vuode- osastoilla olevilta ikään- tyviltä muistisairailta po- tilailta ja heidän omaisiltaan.	Väitöstutki- mus / laadul- linen tutki- mus	Ikääntyvän muistisairaahan poti- laan hoitotyö kirurgisella vuode- osastolla koostuu neljästä toi- siinsa vaikuttavista osioista: ikääntyvän muistisairaahan potilaan erityispiir- teistä, ikääntyvän muistisairaahan potilaan hoitoon liittyvistä erityis- piirteistä, ikääntyvän muistisai- raan potilaan hoitoa edistävästä tekijöistä sekä ikääntyvän muisti- sairaan potilaan hoitoa estävistä tekijöistä
7.1	Finne-Soveri, Harriet – Mäkelä, Matti – Noro, Anja – Nurme, Pia – Partanen, Soili 2014. Vanhusten hoidon kustannuste- hokkuutta ja laatua voidaan parantaa.	Hallituksen rakennepoliitti- sen ohjelman toimeenpano	125 931 kotihoidon asi- akkaiden RAI arviointia 30 kunnasta (Porvoosta	Tilastollinen menetelmä	Porvoossa kyettiin säästöistä huolimatta parantamaan kotihoi- don laatua lisäämällä etulinjan

2 (6)

		kannustaa kuntia purkamaan laitoshoidon säästösyistä. Tutkimuksentarkoituksena oli selvittää uudistuksen vaikutukset kotihoidon laatuun	2 523) poimittiin THL:n RAI-rekisteristä ja analysoitiin ajanjaksolta 1.10.2008-31.3.2014		geriatriasta asiantuntemusta ja hoitajien osaamista. Vanhustenhuollon laatuvaltaisuutta voitaneen purkaa kustannustehokkaasti aiempaa laadukkaammilla kotihoitopalveluilla.
8.11 4	Knevel, Ron J.M. – Foley, J – Gussy, Mark – Karimi, Leila 2016, Australia. Does enhancing personal care assistants' own oral health influence their attitudes and practices towards oral care for residents – a pilot study.	To investigate whether, within a residential care facility, increasing personal care assistants' (PCAs) awareness of their own oral health status and self-care skills would alter existing attitudes and behavioural intentions related to the oral health care of residents.	PCAs (n = 15) in the dementia care unit of a residential care facility in Melbourne, Australia,	Haastattelututkimus	Post-intervention, the self-reported confidence of the PCAs to feeling confident to identify factors that could contribute to poor oral health of residents, identify resident's higher risk for poor oral health and feeling confident in identifying common oral health conditions in residents was also increased significantly
5	Taverna, Melanie V. – Nguyen, Carol A. – Hicks, Beatriz M. 2016. U.S. Oral Hygiene and Self-Care in Older Adults with Dementia.	Caregivers, who are usually family members, lack caregiver training and can find it difficult to provide oral hygiene care and denture care	Dementia patients, Family Members, and Healthcare Providers	Artikkeli	Caregivers, whether they are certified workers or family and friends, can seek help with providing daily oral care to older adults with dementia by accessing multiple resources available online or in print
6	Bennett, Belinda – McDonald, Fiona – Beattie, Elizabeth – Carney, Terry – Freckelton, Ian – White, Ben – Willmotta, Lindy 2017, U.S.. Assistive technologies for people with dementia: ethical considerations . Policy & practice Bull World Health Organ 2017;95:749–755. Luettu 17.11.2017.	It does so by focusing on how assistive technologies can help improve the well-being of people living with dementia and by placing a particular emphasis on the human rights implications of these technologies.	Literature review	Artikkeli	An approach to evaluating innovative technologies that places human rights at its core will help ensure that these technologies will improve the lives of people living with dementia.
7	Chen, Yung-Ching, – Leung, Cherrng-Yee 2012. Exploring functions of the lost seeking devices for people with dementia. Tatung University, Taipei, Taiwan Work 41 (2012) 3093-3100. Luettu 17.11.2017.	The purpose of the questionnaires is to understand the experience and requirements towards currently available	37 caregivers and family members of dementia-patients.	Laadullinen syvähaastattelu	Identification of the products: the products should be worn at a clear position and with vivid color, which would help people

		products for dementia-patients.			quickly find the contact information and increase the efficiency. We should also consider the habits and types of male, female, and patients in different levels.
8	Andrews, John 2017. Tech is fueling dynamic dementia care. Changing the Future. Technology June 2017, U.S. Luettu 17.11.2017.	Technology and innovative memory care programs can provide a sound solution for long-term care providers in reducing drug prescriptions, agitation incidents, and clinical disorders in residents with dementia.	Eastern Virginia Medical School and Virginia Wesleyan College, the senior living community pioneered a 24-week study	Journal Article	Tech tools can help deliver personcentered care to residents with cognitive challenges
9	Olsson, Annakarin – Engström, Maria – Skovdahl, Kirsi – Lampic, Claudia 2011, Ruotsi. My, your and our needs for safety and security: relatives' reflections on using information and communication technology in dementia care. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2011. Luettu 19.11.2017.	The present paper reports on a study aimed at describing relatives and reflections on different kinds of information and communication technology (ICT) devices that are used or can be used in the daily care of persons with dementia.	The sample consisted of fourteen spouses of persons with dementia between 62 and 89 years of age.	Interview study, Qualitative content analysis	Relatives struggle to create a situation of safety and security in daily life for themselves and the persons with dementia. ICT devices with the right functionality and used at the right time are regarded as useful in solving everyday problems.
10	Harrison-Dening, Karen 2013, Iso-Britannia. Dementia: diagnosis and early interventions. Clinical. British Journal of Neuroscience nursing June/July 2013 Vol 9 No 3. Luettu 21.11.2017.	This paper examines several issues of importance to the early stages of the disease: the definition of dementia, its diagnosis, and early interventions for people with dementia and their families.	Literature review	Journal Article	Early recognition and diagnosis of dementia is important in enabling access to early interventions. Early recognition and diagnosis of dementia is important in enabling access to early interventions
11	Ylä-Outinen, Tuulikki 2012, Suomi. Ikäihmisten arki. Kotona asuvien ja palvelutaloon muuttaneiden ikäihmisten kertomuksia jokapäiväisestä elämästä. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta, Kuopio. Verkodokumentti < http://publications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0974-9/urn_isbn_978-952-61-0974-9.pdf >. Luettu 26.11.2017.	Ikäihmisten elämää kotona ja palveluasumisessa sekä muuttoa kotoa palveluasumiseen heidän omasta näkökulmastaan.	8 palveluasunnossa asuvaa ja 19 kotona asuvaa ikäihmistä	Kvalitatiivinen, narratiivien haastattelututkimus	Tutkimus tuotti käytännöllä- heistä tietoa ikäihmisten arkielämän tarpeista sekä hyvinvointia tuottavista ja kaventavista asioista. Saatua tietoa voidaan hyödyntää tulevaisuudessa hyvinvointipalvelujen järjestämisessä.
2,12 12	Nihtilä, Annamari – Tuulainen, Eveliina – Komulainen, Kaija – Autonen-Honkonen, Kirsi – Nykänen, Irma – Hartikainen, Sirpa – Ahonen, Riitta – Tiihonen, Miia – Suominen, Anna Liisa 2017. Kuopio Research Centre of Geriatric Care,	to investigate the effectiveness of a tailored preventive oral health intervention	intervention group comprised 151 patients (84.4 ± 5.6 years) and the control group	An interview and a clinical examination were	the intervention significantly reduced the number of plaque covered teeth and improved denture hygiene. In addition,

4 (6)

	School of Pharmacy, Faculty of Health Sciences, University of Eastern Finland, Kuopio, Finland. Age and Ageing, Volume 46, Issue 5, 1 September 2017, Pages 846–851.	among home care clients aged 75 years or over.	118 patients (84.7 ± 5.2 years).	carried out before a tailored intervention of oral and denture hygiene. The participants in both groups were re-interviewed and re-examined after 6 months.	functional ability and cognitive function were significantly associated with better oral hygiene
2.12 13	Jenkins Cathrine – McKay Ailsa 2013, UK. A collaborative approach to health promotion in early stage dementia. Nursing Standard. 27, 36, 49-57.	promote mental health and high quality care for people in the early stages of dementia through the use of effective communication skills and therapeutic interventions, including appropriate use of medication.	Literature review	Journal article	Early recognition, and appropriate care and treatment improve the experiences of people with dementia, particularly in hospital or care settings. Nurses can work collaboratively with pharmacists to promote health and maintain the wellbeing of people in the early stages of dementia.
3.12 14	Leung, Karen – Finlay, Juli – Silviu, James – Koehn, Sharon – McCleary, Lynn – Cohen, Carole – Hum, Susan – Garcia, Linda – Dalziel, William – Emerson, Victor – Pimlott, Nicholas – Persaud, Malini – Kozak, Jean – Drummond, Neil 2011, Canada. Pathways to diagnosis: exploring the experiences of problem recognition and obtaining a dementia diagnosis among Anglo-Canadians. Health and Social Care in the Community (2011) 19(4), 372–381.	The objective of this qualitative study was to explore the perceptions and experiences of problem recognition, and the process of obtaining a diagnosis among individuals with early-stage dementia and their primary carers.	From 2006–2009, six Anglo-Canadians with dementia and seven of their carers were recruited from the Alzheimer's Society of Calgary to participate in semi-structured interviews.	Laadullinen haastattelutkimus. Using an inductive, thematic approach to the analysis,	A better understanding of the pre-diagnosis period, and the complex interactions between people's beliefs and attributions about symptoms, may elucidate some of the barriers as well as strategies to promote a timely dementia diagnosis.
4.12 15	Martin, Faith – Turner, Andrew – Wallace, Louise M. – Bradbury, Nicola 2013, U.K. Conceptualisation of self-management intervention for people with early stage dementia. European Journal of Ageing, Jun 2013; 10(2): 75-87.	People living with dementia in the earlier stages experience a "care-gap". Although they may address this gap in care, self-management interventions	Journal article	literature reviewing	We argue that selfmanagement is possible for people with dementia, with a strengths focus and emphasis on quality of life, which can be achieved despite cognitive impairments.

		have not been provided to people with dementia.			
4.12 16	Linda L. Buettner, Linda L, 2010, U.S.. Evidence Supporting Technology-Based Interventions for People with Early-Stage Alzheimer's Disease. Journal of Gerontological Nursing • Vol. 36, No. 10, 2010.	Innovative uses of technology offer many exciting possibilities for better care and improved quality of life for people with Alzheimer's disease and their families. This article provides empirical evidence through a systematic review of 10 studies involving technological advances.	Research articles testing technology interventions for people with mild cognitive impairment (MCI) or early-stage dementia were included.	Literature reviewing /Journal article	We believe the use of technology has the potential to save health care costs, ease caregiver stress, and help people with dementia live better, safer, and more fulfilling lives.
17	Kocaelli, Hümeýra – Yaltirik, Mehmet – Yargic, L. Ilhan – Özbas, Hakan 2002. Alzheimer's disease and dental management. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology Volume 93, issue 5, 5/2002, s. 521–524. Verkkodokumentti. < http://www.sciencedirect.com.ezproxy.metropolia.fi/science/article/pii/S1079210402000033 >. Luettu 6.11.2017.	The review of AD summarizes the causes, epidemiology, diagnosis, and dental management of patients with AD.	Literature review	Literature reviewing /Journal article	In order to diminish pain and pathology and to maintain the dignity and quality of life of a person with AD, oral health-care providers will be increasingly challenged with preserving oral and nutritional health in these patients. Dental treatment in early stages of the disease should, as far as possible, be aimed at producing a stable oral condition that gives the sufferer minimal trouble when, in the later stages of the disease, dental treatment may be impossible.
18	Mäki, Outi 2011. Ikätekniikan kokeilut Suomessa. KÄ-KÄTE.raportteja 1/2011: 78-80,82. Kopio Niini Oy, Helsinki 2011. Verkkodokumentti. < http://www.vtkl.fi/document/1/2234/42f8811/ikaitekniikan_kokeilut_Suomessa.pdf >. Luettu 13.11.2017.	Ikätekniikan kokeilut Suomessa -selvityksen tavoitteena oli selvittää, millä tavalla teknologiaa on Suomessa kokeiltu ikäihmisten kanssa, millaisia kehittämishankkeita on ollut.	Kirjallisuuskatsaus	Kirjallisuuskatsaus/ Tutkimusraportti	Kun tietokantoja haarakoi hakusanoilla teknologia, ikääntyminen, kotona asuminen yms., voi havaita, että monenlaista geronteknologiaa sivuavaa tutkimusta on tehty viime vuosina paljonkin. Sellaisia tutkimuksia ja kirjattuja kokeiluja, joihin ikäihminen itse on osallistunut jonkin laitteen käyttäjänä ja käyttö- kokemusten

					kertojana, ei kuitenkaan ole lähelläkään niin paljon kuin voisi olettaa teknologian suomien mahdollisuuksien näkökulmasta. Nykyteknologia mahdollistaisi jo laajasti edellä luetellut roolit, mutta teknologiaa on vasta hyvin vähän muunnettu elämisen välineiksi.
19	Eghdam, Aboozar – Scholl, Jeremiah – Bartfai, Aniko – Koch, Sabine 2012. Information and communication technology to support self-management of patients with mild acquired cognitive impairments: systematic review. Verkko-lähde. < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3510771/ >. Luettu 6.11.2017.	Paper aims to provide direction for further research and development of tools that can support health care professionals in assisting MACI patients with self-management.	Literature review	Literature reviewing /Journal article	Several areas in the framework important for meeting patient needs were not covered by the functionality in any of the ICT tools. Further research on ICT tools to support self-management for patients with MACI is needed.
20	Van der Roest, Henriëtte G – Wenborn, Jennifer – Pastnik, Channah – Dröes, Rose-Marie – Orrell, Martin 2017. Assistive technology for memory support in dementia. Verkko-dokumentti. < http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009627.pub2/full >. Luettu 2.11.2017.	Objective is to assess the effectiveness of AT for memory support in dementia in terms of daily performance and to assess the impact of AT on users.	Literature review	Literature reviewing /Journal article	They identified no studies which places the inclusion criteria. This review highlights the current lack of high-quality evidence to determine whether or not to manage their memory problems.

Induktiivisen aineiston käsittelytaulukko

Alkuperäinen aineisto	Pelkistys	Alaluokat	Yläluokat	Pääluokka
Tavoitteena oli vanhuspotilaiden dementiaan, depression ja deliriumin tunnistaminen Lääkärit alkoivat vuoden aikana paremmin kirjata käynnin diagnooseihin dementiaa, depressiota ja deliriumia, mutta myös muita geriatria oireyhtymiä. Samanaikaisesti käyntitekstin muu sisältö monipuolistui. Kukaan ei varsinaisesti ole käyttänyt vastustanut ja nykyisin päivystyksessä aiemmin käyneet osaavat jo odottaa kysymyksiä. Muutosvastarintaa esiintyi vaihtelevasti koko vuoden ajan. Yleensä kognition arvioinnin ja kirjaamisen katsottiin vievän liiaksi aikaa päivystyksessä.	Muistisairauden varhainen tunnistaminen Muistisairauksien havainnointien tarkempi ja systemaattisempi kirjaus potilastietojärjestelmään Ihmiset vastaavat muistiongelmien liittyviin kysymyksiin Kirjaamisen koettiin aiheuttavan lisätyötä	1. Varhainen tunnistaminen 2. Tarkempi kirjaaminen 3. Havainnointien kirjaaminen 4. Havainnointi 5. Rehellisyys 6. Yhteistyökyky 7. Lisätyö 8. Ammattihenkilöstön asenne	9.1.1 Ammattihenkilöstön asenteiden vaikutus muistisairaudesta huomiointiin (1-4, 7,8) 9.2.1 Muistisairas vastaanotolla sairautensa eri vaiheissa (5,6)	9.1 Moniammatillinen yhteistyö kotona asuvan muistisairaahan hoitotyössä 9.2 Muistisairaudesta huomiointi omahoidon ohjauksen yhteydessä
Muistisairaat hyötyivät pitkäaikaisesta hoitosuhteesta, jossa lääkäri tuntee sekä potilaan että tämän läheiset. Muistisairaat eivät osaa "ottaa yhteyttä tarvittaessa", vaan heidän seurantansa on oltava järjestelmällistä, joustavaa ja ennakoivaa. He	Hoitotiimin pysyvyys hyödyntää potilasta Muistisairaahan ennakointi toiminta vaatii organisaatiolta joustavuutta	1. Erityisryhmä 2. Pysyvä hoitosuhde 3. Potilaan hyöty 4. Ammatillinen tuki ja tiimityö 5. Ajantaju/vuorokausirytmi 6. Sairaudesta johtuva ennakointi toiminta	9.1.2 Muistisairaahan kohtaaminen ja ohjeistus suunhoidossa (1) 9.1.3 Moniammatillinen tiimi muistisairaahan suun terveydenhoidossa (4, 9)	9.1 Moniammatillinen yhteistyö kotona asuvan muistisairaahan hoitotyössä 9.2 Muistisairaudesta huomiointi omahoidon ohjauksen yhteydessä

saattavat tulla oven taakse ilman ajanvarausta, ja silloin heidän asiansa on kuunneltava Perusterveydenhuollossa työskennellään yhdessä kaikkien potilasta hoitavien tahojen kanssa. Näitä ovat päivätoiminta, jaksohoito, kuntoutusyksiköt sekä seurakunta ja yksityiset toimijat. Tällöin tiedon kulku on mahdollisimman saumatonta. Sairauden edetessä on hyvä sopia potilaan kanssa sujuvasta tiedonvälittämisestä eri toimijoiden kesken salassapitovelvollisuuden sitä rajoittamatta. Seurantakäynneillä keskitytään muistisairauden hoitoon, ja vastaanotolla on aina mukana myös potilaan omainen tai omaisia sekä muistihoitaja. Muistipotilaat ovat käytännössä ainoa potilasryhmä, joka kutsutaan erikseen seurantavastaanotolle. Lempäälän hoitomalli on luotu geriatrian erikoislääkärijohtoiseksi. Mallia voidaan soveltaa myös yksiköihin, joissa ei ole geriatreja. Tarvitaan asiaan perehtynyt yleislääkäri, jolle muistipotilaiden seuranta keskitetään. Hänen työparinaan tulisi olla muistihoitaja.	Sujuva tiedon välitys eri toimijoiden kesken tulee tapahtua muistisairaahan suostumuksella (salassapito) Hoitotiimissä lääkäri, omainen ja muistihoitaja Muistisairaat ovat erityisryhmä Hoitotiimissä geriatri tai aiheeseen perehtynyt yleislääkäri	7. Tarpeiden mukaiset palvelut 8. Itsemääräämisoikeus 9. Tiedon integrointi	9.1.4 Kotona asuvat muistisairaat erityisryhmänä hoitotyössä (1–4) 9.1.5 Organisaatiotason haasteet muistisairaahan hoidossa (1, 7, 9) 9.2.1 Muistisairas vastaanotolla sairauden eri vaiheissa (8) 9.2.2 Muistisairaahan toiminnan ja kotilojen huomiointi ja suunnittelu sairauden etenemistä ennakoiden (4, 5)	
--	---	--	---	--

Vastaanottoaikojen tulisi olla riittävän pitkiä, jolloin ehdittäisiin paneutua potilaan ja hänen perheensä asioihin rauhassa.	Vastaanottoajoissa huomioitava sairauden erityinen tarve			
Muistisairaat potilaat tarvitsevat enemmän aikaa suoriutuakseen annetuista ohjeista kuin ikätoverinsa. Lisäksi he tarvitsevat jatkuvaa ohjausta ja heille täytyy toistaa samoja asioita useita kertoja Riittävä valaistuksen käyttö sekä kalenterien ja kellon käyttö auttavat muistisairaahan potilaan orientaation ylläpitämisessä ja ehkäisevät deliriumin kehittymistä Muistisairaalla potilaalla on usein muitakin hoidollisia tarpeita, jotka täytyy huomioida hoidon kokonaisuudessa: mielialaan liittyvät ongelmat, kuten masennus, fyysiset vaivat, kuten näköön tai kuuloon liittyvät ongelmat. On olemassa vaara, ettei muistisairas potilas saa kokonaisvaltaista hoitoa, jos hoitohenkilökunta ei ole kiinnostunut ikääntyneistä. Muistisairas potilas tarvitsee yksilöllistä kohtaamista, rutiineja sekä ympäristön, jonka hän kokee turvalliseksi.	Muistisairas tarvitsee enemmän aikaa sekä jatkuvaa ohjeiden toistoa Valaistus, kalenteri ja kello auttavat potilaan toiminnassa Muistisairasta hoidettava ja kohdattava yksilönä Hoitohenkilöstön asenne on ratkaisevaa hoidon toteutumisen kannalta Tarpeita yksilöllinen kohtaaminen, rutiinit ja turvallinen ympäristö	1. Ammattihenkilöstön asenne 2. Luovuus 3. Ammatillinen tuki ja tiimityö 4. Tarpeiden mukaiset palvelut 5. Joustavuus 6. Hitaus 7. Ympäristö 8. Teknologiset apuvälineet 9. Arjen apu 10. Rutiinit 11. Turvallisuus 12. Yksilöllisyys	9.1.2 Muistisairaahan kohtaaminen ja ohjeistus suunhoidossa (1, 2) 9.1.3 Moniammatillinen tiimi muistisairaahan suun terveydenhoidossa (3, 8) 9.1.4 Kotona asuvat muistisairaat erityisryhmänä hoitotyössä (3, 12) 9.1.5 Organisaatiotason haasteet muistisairaahan hoidossa (4, 5) 9.2.2 Muistisairaahan toiminnan ja kotiolojen huomiointi ja suunnittelu sairauden etenemistä ennakoiden (6–11)	9.1 Moniammatillinen yhteistyö kotona asuvan muistisairaahan hoitotyössä 9.2 Muistisairauden huomioiminen omahoidon ohjauksen yhteydessä

Hoitohenkilökunta kertoi käyttävänsä muistisairaahan potilaan hoitotyössä luovuutta. Menivät ikääntyvän muistisairaahan potilaan kuvitelmiin mukaan lupamalla esimerkiksi huolehtia lypsykarjan illalla navettaan.	Luovuus käytössä hoitotyössä Muistisairaahan todellisuuden myötäily ja kunnioitus			
Porvoossa kyettiin säästöistä huolimatta parantamaan kotihoidon laatua lisäämällä etulinjaan geriatriasta asiantuntemusta ja hoitajien osaamista. Valtakunnalliset säästötavoitteet ovat realistisia, jos Porvoon kaltaiseen lääketieteellisen hoidon kehittämiseen yhdistetään myös omaishoidon kokonaisvaltainen tukeminen. Muistisairaahan ja terveydentilaltaan epävakaaan iäkkään henkilön hoitaminen kotona edellyttää kotihoidon palveluilta kykyä huolehtia asiakkaidensa tarpeista vähintään yhtä hyvin kuin palvelutaloissa tai vanhainkodeissa huolehdittaisiin. Porvoon kaupungin sosiaali- ja terveystoimi otti vanhuspalveluissa loppuvuodesta 2012 yhteistyössä yksityisen palvelun tuottajan kanssa	Hoidon laatua voidaan lisätä ammattiosaamisen kehittämisellä. Moniammatillisuuden tukeminen loi säästöjä Kotona tapahtuvan avustavan toiminnan oltava yhtä laadukasta kuin palveluyksiköissä Uudistetussa hoitoketjussa yksityisen tuottajan kanssa vastuulääkärimallilla saatiin	1. Ammattihenkilöstön asenne 2. Erityisryhmä 3. Yksilöllisyys 4. Pysyvä hoitosuhde 5. Ammatillinen tuki ja tiimityö 6. Tiedon integrointi 7. Tarpeiden mukaiset palvelut 8. Joustavuus 9. Koulutus 10. Organisaatio 11. Roolit 12. Ohjaaminen 13. Taloudellisuus	9.1.1 Ammattihenkilöstön asenteiden vaikutus muistisairaahan huomiointiin (1) 9.1.2 Muistisairaahan kohtaaminen ja ohjeistus suunhoidossa (1, 2, 12) 9.1.3 Moniammatillinen tiimi muistisairaahan suun terveydenhoidossa (5, 6) 9.1.4 Kotona asuvat muistisairaajat erityisryhmänä hoitotyössä (2–5, 11) 9.1.5 Organisaatiotason haasteet muistisairaahan hoitotyössä (2, 6–11, 13)	9.1 Moniammatillinen yhteistyö kotona asuvan muistisairaahan hoitotyössä

käyttöön vastuulääkärimallin uudistaakseen hoitoketjuja. Porvoo sai tältä palveluntuottajalta käyttöönsä geriatripalvelut sekä ympärivuorokautisen lääkärituen kotihoitoon, palveluasumiseen, terveyskeskukseen ja vanhainkoteihin. Yksityisen palveluntuottajan vastuulääkäri on tavoitettavissa ympäri vuorokauden sen sijaan, että lääkäri olisi mukana vain ongelmatilanteissa Hoitajien työnkuvan muutokset koostuvat tekijöistä, jotka auttavat selvittämään asiakkaan voinnissa tapahtuvia muutoksia, kuten erilaiset pikadiagnostiikkalaitteet, kyky arvioida akuutteja oireita ja mahdollisuus konsultoida välittömästi lääkäriä. Vanhuspalveluiden toimintaa on kehitetty yhtä aikaa kaikilla hoidon tasoilla koskien osaamista, työnjakoa, yhteistyötä ja hoitoon ohjaamista.	käyttöön geriatriapalvelut ja ympärivuorokautinen lääkärituki kotihoitoon Uudessa mallissa hoidon saaminen parantui Kotihoidossa hoitajien apuna käytettävissä olevia laitteita, ammatillinen osaaminen ja mahdollisuus välittömään lääkärin konsultointiin Vanhuspalveluiden toiminnan tasoja ovat osaaminen, työnjako, yhteistyö ja hoidon ohjaus.			
The hypothesis of this pilot study was that increasing personal care assistants' awareness of their own oral health and oral health behaviors would impact their self-per-	Hoitajien tietoisuuden lisääminen omaa suunterveyttä koskien toivotaan peilautuvan heidän toimintaansa kotihoidon asiakasta kohtaan.	1. Ammattihenkilöstön asenne 2. Ammatillinen tuki ja tiimityö 3. Peilaaminen 4. Koulutus	9.1.1 Ammattihenkilöstön asenteiden vaikutus muistisairauden huomiointiin (1)	9.1 Moniammatillinen yhteistyö kotona asuvan muistisairaahan hoitotyössä

ceived confidence and might improve awareness towards oral care for the residents.			9.1.2 Muistisairaahan kohtaaminen ja ohjeistus suunhoidossa (1) 9.1.3 Moniammatillinen tiimi muistisairaahan suun terveydenhoidossa (2, 3) 9.1.4 Kotona asuvat muistisairaajat erityisryhmänä hoitotyössä (2) 9.1.5 Organisaatiotason haasteet muistisairaahan hoidossa (4)	
Caregivers (omaishoitaja) lack specific training and often find it difficult to provide oral hygiene and denture care routines, and cooperation by the dementia patient in these routines frequently is hampered by the patient's inability to communicate. This population also is less likely to travel for regular care to dental appointments.	Omaishoitajien koulutuksen ja potilaan kommunikointikyvyn puute vaikeuttaa suunhoidon rutiineja. Muistisairaajat harvemmin käyvät säännöllisessä hammashoidossa	1. Varhainen tunnistaminen 2. Ammattihenkilöstön asenne 3. Erityisryhmä 4. Pysyvä hoitosuhde 5. Ammatillinen tuki ja tiimityö 6. Peilaaminen 7. Verkkokoulutus 8. Ajantaju/vuorokausirytmi 9. Hitaus	9.1.1 Ammattihenkilöstön asenteiden vaikutus muistisairaahan huomiointiin (1, 2) 9.1.2 Muistisairaahan kohtaaminen ja ohjeistus suunhoidossa (2, 3) 9.1.3 Moniammatillinen tiimi muistisairaahan suun terveydenhoidossa (5–7)	9.1 Moniammatillinen yhteistyö kotona asuvan muistisairaahan hoitotyössä 9.2 Muistisairaahan huomiointi omahoidon ohjauksen yhteydessä

Caring for patients at home or in a facility requires a partnership or team made up of the family caregiver, and medical and dental professionals. When providing oral healthcare to dementia patients, dental professionals must consider patients' communication skills, understand their changing cognitive and dexterity issues, and assess their ability to perform simple oral hygiene and denture care. Morningside Ministries, with its mission to "improve the quality of care and the quality of life of older adults by providing family caregivers, pastoral care providers, and healthcare professionals training and education based on evidence and best practices, using progressive technology and other advanced delivery methods," provides training and education programs online (mmLearn.org). Health practitioners who interact with dementia patients recommend some general communication strategies that include using short words and simple sentences, always beginning by	Kotihoidossa suunhoidon tiimi koostuu omaishoitajasta, lääkäristä ja suunhoidon ammattilaisesta Suunhoidon ammattilaisten tulee ottaa huomioon potilaan kognitiiviset ja motoriset haasteet sekä arvioida toiminnan tasoa Hoitotyön ammattilaisille tarjolla harjoittelu ja koulutusohjelmia verkossa	10. Kognitiivinen heikkeneminen 11. Tarpeiden mukaiset palvelut 12. Tiedon integrointi 13. Koulutus 14. Organisaatio 15. Taloudellisuus	9.1.4 Kotona asuvat muistisairaat erityisryhmänä hoitotyössä (3-5) 9.1.5 Organisaatiotason haasteet muistisairaanhoidossa (3, 11–15) 9.2.2 Muistisairaanhoidon toiminnan ja kotiolojen huomiointi ja suunnittelu sairauden etenemistä ennakoiden (8–10)	
--	--	--	--	--

identifying yourself, using a normal voice. ...to see a dentist or hygienist twice a year for examination, cleaning, and fluoride varnish as essential preventive measures.	Dementiapotilaille viestitään lyhyin, yksinkertaisin sanoin ja lausein Ennaltaehkäiseviä käyntejä kahdesti vuodessa, jolloin tutkimus, puhdistus ja fluoraus			
Technology can provide some great audio-visual tools to help dementia residents spark memories, but it works best in tandem with a culture shift to personcentered care. Visual aids such as photos and videos can help residents remember happy times in their lives, sparking conversation and socialization. Voice recordings of loved ones can provide reassurance to residents when their family is not there. The technology is a daily activity assist device called SimpleC Companion, an intuitive touchscreen application that promotes memory, engagement and better communication for seniors.	Teknologiset audio-visuaaliset työkalut voivat auttaa muistisairasta Valokuvat ja videot voivat toimia kommunikaation apuvälineinä Omaisten äänitallenteen voivat rauhoittaa. Kosketusnäytöllinen apuväline tukee muistia ja kommunikointia	1. Erityisryhmä 2. Teknologiset apuvälineet 3. Arjen apu 4. Turvallisuus 5. Kognitiivinen heikkeneminen 6. Muistuttajat	9.1.2 Muistisairaahan kohtaaminen ja ohjeistus suunhoidossa (1) 9.1.4 Kotona asuvat muistisairaat erityisryhmänä hoitotyössä (1) 9.1.5 Organisaatiotason haasteet muistisairaahan hoidossa (1) 9.2.2 Muistisairaahan toiminnan ja kotiolojen huomiointi ja suunnittelu sairauden etenemistä ennakkoiden (2–5)	9.1 Moniammatillinen yhteistyö kotona asuvan muistisairaahan hoitotyössä 9.2 Muistisairauden huomioiminen omahoidon ohjauksen yhteydessä 9.3 Kotona asuvan muistisairaahan suun omahoidon tukeminen teknologian avulla

			9.3.1 Teknologiset apuvälineet muistisairaahan kotihoidon tukena (6)	
Assistive technologies are potentially valuable for improving the health and care of people living with dementia: memory and communication aids, safety devices, global positioning system (GPS) tracking, companion robots, and technology for so-called smart homes. It has been argued that these technologies may have a triple-win effect because they may: (i) delay entry into institutional care; (ii) reduce the burden on caregivers; and (iii) improve the quality of life of dementia patients. The use of assistive technologies is often limited to basic aids but older people's growing familiarity with the Internet and increased global use of digital technologies, including mobile phones, may help drive demand for more sophisticated aids. Although the ethical implica-	Teknologisia apuvälineitä ovat mm. GPS, seurarobotit ja älykoodit. Apuvälineiden tarkoitus on pidentää kotona asumista, vähentää hoitajien taakkaa ja parantaa elämänlaatua Vanhojen ihmisten teknologian kasvava tuntemus saattaa lisätä niiden käyttöä apuvälineinä	1. Varhainen tunnistaminen 2. Erityisryhmä 3. Teknologiset apuvälineet 4. Arjen apu 5. Turvallisuus 6. Yksilöllisyys 7. Taloudellisuus 8. Muistuttajat 9. Yhteiskunnan kehittyminen 10. Teknologian käytön lisääntyminen 11. Etiikka 12. Tekniikan tutuus	9.1.1 Ammattihenkilöstön asenteiden vaikutus muistisairaahan huomiointiin (1) 9.1.2 Muistisairaahan kohtaaminen ja ohjeistus suunhoidossa (2) 9.1.4 Kotona asuvat muistisairaat erityisryhmänä hoitotyössä (2, 6) 9.1.5 Organisaatiotason haasteet muistisairaahan hoidossa (2, 7) 9.2.2 Muistisairaahan toiminnan ja kotiolojen huomiointi ja suunnittelu sairauten etenemistä ennakkoiden (3–5) 9.3.1 Teknologiset apuvälineet muistisairaahan kotihoidon tukena	9.1 Moniammatillinen yhteistyö kotona asuvan muistisairaahan hoitotyössä 9.2 Muistisairaahan huomiointi omahoidon ohjauksen yhteydessä 9.3 Kotona asuvan muistisairaahan suun omahoidon tukeminen teknologian avulla

tions of assistive technologies have previously been examined, very little consideration has been given to legal issues, to how these technologies could or should be regulated, or to the measures that may need to be taken to ensure their use is consistent with human rights obligations and with social citizenship rights of participation in civil society.	Avustavan teknologian käyttö muistisairaille aiheuttaa eettisiä ja ihmisoikeudellisia pohdintoja		(8–12)	
The general principle of seeking method and product design is suggested as follows: Identification of the products: the products should be worn at a clear position and with vivid color, which would help people quickly find the contact information and increase the efficiency. The acceptance of the product: reducing the resistance of dementia-patients, and designing the products not easily to dismantle. We should also consider the habits and types of male, female, and patients in different levels. However, assistive technology is a key aspect of improving healthcare. Bjørneby et al. stated that the technologies should: give a feeling of	Tuotteiden tulee olla helposti tunnistettavia, värikkäitä ja sijoitettava näkyvälle paikalle. Tuotteen on oltava muistisairaalle helposti hyväksyttävä. Huomioidaan potilaan totutut tavat ja yksilöllisyys. Avustava teknologia on avaintekijä terveyden	1. Varhainen tunnistaminen 2. Ammattihenkilöstön asenne 3. Erityisryhmä 4. Teknologiset apuvälineet 5. Arjen apu 6. Yksilöllisyys 7. Kognitiivinen heikkeneminen 8. Taloudellisuus 9. Hyväksyminen 10. Yhteiskunnan kehittyminen 11. Etiikka 12. Tekniikan tutuus 13. Tuotteiden muotoilu sairautta huomioiden	9.1.1 Ammattihenkilöstön asenteiden vaikutus muistisairaudesta huomiointiin (1, 2) 9.1.2 Muistisairaalle kohtaaminen ja ohjeistus suunhoidossa (2, 3) 9.1.4 Kotona asuvat muistisairaat erityisryhmänä hoitotyössä (3, 6, 9) 9.1.5 Organisaatiotason haasteet muistisairaalle hoidossa (3, 8) 9.2.2 Muistisairaalle toiminnan ja kotilojen huomiointi ja	9.1 Moniammatillinen yhteistyö kotona asuvan muistisairaalle hoitotyössä 9.2 Muistisairaudesta huomiointi omahoidon ohjauksen yhteydessä 9.3 Kotona asuvan muistisairaalle suuren omahoidon tukeminen teknologian avulla

independence to the person; support the person in making choices; have a positive impact on his/her life; support skills maintained or do not emphasize lost skills; not focus on the user as a person with disabilities, but supports the self image of being a person with abilities; remind the solutions that existed before; the use of the products is possible by the information visible/available at all times. Critics however argue that these technologies are an infringement of people's civil liberties and undermine the personhood of the individual The existing technologies and systems are often expensive and unsuitable. Choosing the appropriate assistive technology is not always easy and there is a wide range of different technologies that can be adapted and used for people with dementia to cope with the practical problems encountered in daily life	denhoidon parantamisessa. Sen tulisi tukea potilaan säilyneitä taitoja eikä korvata menetettyjä kykyjä. Tekniikkaan suhtaudutaan kriittisesti kansalaisoikeuksien ja yksilöllisyyden vähenemisen takia. Olemassa olevat teknologiset apuvälineet ovat usein kalliita ja vaikeakäyttöisiä.		suunnittelu sairauden etenemistä ennakoiden (4, 5, 7) 9.3.1 Teknologiset apuvälineet muistisairaahan kotihoidon tukena (10–13)	
Most persons with dementia continue living in their own homes and are cared for by relatives. A person with	Muistisairaat joutuvat tukeutumaan toisten ihmisten apuun, pääasiassa sukulaisten.	1. Erityisryhmä 2. Teknologiset apuvälineet 3. Peilaaminen	9.1.2 Muistisairaahan kohtaaminen ja ohjeistus suunnittelussa	9.1 Moniammatillinen yhteistyö kotona asuvan muistisairaahan hoitotyössä

dementia gradually loses the ability to act autonomously and must therefore rely on the decisions and support of others, primarily their relatives. A systematic review by Stoltz et al. showed that many relatives of persons with dementia were actively involved in the caregiving process. The ICT used in the care of persons with dementia can be described as having two main functions: assistive devices for cognitive deficits and surveillance technology. Examples of assistive devices are memory aids, electronic calendars, picture phones and cooker monitors A review by Lauriks et al. (23) showed that ICT is increasingly being used to support relatives and persons with dementia in their daily life. Furthermore, studies performed in the United Kingdom (UK) (19) and Norway (24) indicate that ICT has the potential to contribute to perceived benefits for the relatives of persons with dementia. One relative with experience of using a picture phone reported that she perceived that it helped the	Muistisairaiden avustavalla teknologialla kaksi funktiota; kognitiivisten taitojen tukeminen sekä valvonta. Avustavalla teknologialla tuetaan muistisairasta henkilöä sekä hänen läheisiään. Omainen koki kuvapuhelimen hyödylliseksi muistisairaana kanssa kommunikoidessa	4. Ammattihenkilöstön osaaminen 5. Arjen apu 6. Turvallisuus 7. Itsemääräämisoikeus 8. Yksinäisyys 9. Kognitiivinen heikkeneminen 10. Yksinäisyys 11. Yksilöllisyys 12. Taloudellisuus 13. Muistuttajat 14. Yhteiskunnan kehittyminen 15. Etiikka 16. Tekniikan tuttuus 17. Pärjääminen 18. Tuki	(1) 9.1.3 Moniammatillinen tiimi muistisairaana suun terveydenhoidossa (2–4) 9.1.4 Kotona asuvat muistisairaat erityisryhmänä hoitotyössä (1, 11) 9.1.5 Organisaatiotason haasteet muistisairaana hoidossa (1, 12) 9.2.1 Muistisairas vastaanotolla sairauden eri vaiheissa (7) 9.2.2 Muistisairaana toiminnan ja kotilojen huomiointi ja suunnittelu sairauden etenemistä ennakoiden (2, 5–9, 18) 9.3.1 Teknologiset apuvälineet muistisairaana kotihoidon tukena (13–18)	9.2 Muistisairauden huomiointi omahoidon ohjauksen yhteydessä 9.3 Kotona asuvan muistisairaana suun omahoidon tukeminen teknologian avulla
--	--	---	---	--

person with dementia maintain contact with family and friends. The relative programmed in phone numbers and put pictures on the picture phone so that the person with dementia could easily call friends and family members just by pushing a button on the phone. In this way, the picture phone helped the person with dementia maintain independence, something the relatives described as important. One relative made use of a memory aid and recorded messages to remind the person with dementia about activities, e.g. doctors' appointments. Some relatives expressed that they had very limited knowledge of ICT and also limited skills and abilities to handle it. Furthermore, relatives said that ICT manuals are difficult for old people to understand. Female informants found it difficult to know what kind of ICT to use, and they said it was their husband (the person with dementia) who had previously taken care of technological issues.	Nauhoitetut äänviestit muistin tukena. Omaisten tietotekniset taidot rajalliset, käyttö-ohjeet hankalia. Naisilla oli vähemmän kokemusta tekniikan käytöstä.			
--	---	--	--	--

Financial aspects. Relatives said that many of the ICT devices they had come in contact with were very expensive and that they could not afford them. One ethical aspect relatives described as a problem concerned informing and explaining to the person with dementia that they had considered using ICT and doing so in a way that would not offend him/her. The fact that most relatives had not received information about ICT devices from formal care providers may be a consequence of nursing staffs limited knowledge of ICT. We believe that involving persons with dementia and their relatives in research on the use of ICT in dementia care would be useful and would promote a development towards increased use of ICT in the daily life/care of persons with dementia.	Useat tekniset laitteet ovat kalliita. Eettisten syiden takia teknisten laitteiden käytön syyn selittäminen hankalaa Hoitohenkilökunnan rajoittunut tekniikan tuntemus hankaloitti informaation antoa omaisille Tutkijat uskovat teknologian hyödyistä muistisairaankin tukemisessa			
Communication techniques Use their chosen name No discussion over the person, rather include them	Kommunikoitaessa puhutellaan nimellä, puhutaan henkilölle älä henkilöstä, käytetään peilaustekniikoita,	1. Ammattihenkilöstön asenne 2. Erityisryhmä 3. Luovuus	9.1.1 Ammattihenkilöstön asenteiden vaikutus muistisairaudesta huomiointiin (1)	9.1 Moniammatillinen yhteistyö kotona asuvan muistisairaankin hoitotyössä

at all times. Use validation rather than reality orientation. Laugh with the person. Use observation. Use mirroring to affirm behaviours and communication Two thirds of people with dementia live at home—many of them alone'—and so the use of assistive technology (AT) can play an important part in maintaining independence.	käytä huumoria ja tarkkailua. Avustava teknologia on tärkeää itsenäisyyden säilyttämisessä.	4. Teknologiset apuvälineet 5. Peilaaminen 6. Tarpeiden mukaiset palvelut 7. Hitaus 8. Kognitiivinen heikkeneminen 9. Itsemääräämisoikeus 10. Arjen apu 11. Yksilöllisyys 12. Yhteiskunnan kehittyminen 13. Selkeys	9.1.2 Muistisairaahan kohtaaminen ja ohjeistus suunhoitossa (1–3) 9.1.3 Moniammatillinen tiimi muistisairaahan suun terveydenhoidossa (4, 5) 9.1.4 Kotona asuvat muistisairaajat erityisryhmänä hoitotyössä (2, 10) 9.1.5 Organisaatiotason haasteet muistisairaahan hoidossa (2, 6) 9.2.1 Muistisairas vastaanotolla sairauden eri vaiheissa (9) 9.2.2 Muistisairaahan toiminnan ja kotiolojen huomiointi ja suunnittelu sairauden etenemistä ennakkoiden (4, 7-10)	9.2 Muistisairaahan huomioiminen omahoidon ohjauksen yhteydessä 9.3 Kotona asuvan muistisairaahan suun omahoidon tukeminen teknologian avulla
--	---	--	--	---

			9.3.1 Teknologiset apuvälineet muistisairaahan kotihoidon tukena (12, 13)	
Vanhusväestön voimakas lisääntyminen ja väestöllisen huoltosuhteen muuttuminen epäedulliseksi haastaa kuntien vanhusten hoidon. Tarvitaan entistä enemmän keinoja ikääntyneiden hyvinvoinnin ja toimintakyvyn säilyttämiseksi sekä oikea-aikaisten ja oikeanlaisten tukitoimien löytämiseksi, jotta yhteiskunta pystyisi edelleenkin huolehtimaan apua tarvitsevista ikäihmisistä. Toimintakyvyn vähetessä ikääntyvät kompensoivat menetettyjä kykyjään erilaisilla apuvälineillä. He ottavat käyttöönsä vielä käyttämättömiä voimavarojaan ja suuntaavat energiansa rajatuimmille, itse valitsemilleen elämäniluille sekä toimintaan, josta he saavat lisää voimia. Selviytymiseen vaikuttavat aina myös muut tilannesidonnaiset tekijät, kuten olemassa oleva palvelujärjestelmä ja läheisiltä saatu apu.	Lisääntyvä vanhusväestö vaatii uudenlaisia tukitoimia kotona asuminen mahdollistamiseksi Menetettyjä kykyjä kompensoidaan erilaisilla apuvälineillä Selviytymisessä auttaa palvelujärjestelmä ja omaisten apu. Yksinäisyys voi lisätä toimeettomuutta	1. Varhainen tunnistaminen 2. Erityisryhmä 3. Ammatillinen tuki ja tiimityö 4. Teknologiset apuvälineet 5. Peilaaminen 6. Ammattihenkilöstön osaaminen 7. Itsemääräämisoikeus 8. Pärjääminen 9. Kognitiivinen heikkeneminen 10. Yksinäisyys 11. Pelko 12. Syrjäytyminen 13. Arjen apu 14. Turvallisuus 15. Vertaistuki 16. Tarpeiden mukaiset palvelut 17. Organisaatio 18. Taloudellisuus 19. Palvelujärjestelmä 20. Yksilöllisyys 21. Hyväksyminen 22. Yhteiskunnan kehittyminen 23. Etiikka	9.1.1 Ammattihenkilöstön asenteiden vaikutus muistisairaahan huomiointiin (1) 9.1.2 Muistisairaahan kohtaaminen ja ohjeistus suunhoidossa (2) 9.1.3 Moniammatillinen tiimi muistisairaahan suun terveydenhoidossa (3–6) 9.1.4 Kotona asuvat muistisairaat erityisryhmänä hoitotyössä (2, 3, 7, 15, 20, 21) 9.1.5 Organisaatiotason haasteet muistisairaahan hoidossa (2, 16–19) 9.2.1 Muistisairas vastaanotolla sairauden eri vaiheissa (7, 8)	9.1 Moniammatillinen yhteistyö kotona asuvan muistisairaahan hoitotyössä 9.2 Muistisairaahan huomiointi omahoidon ohjauksen yhteydessä 9.3 Kotona asuvan muistisairaahan suun omahoidon tukeminen teknologian avulla

Yksinäisyys voi näyttäytyä esimerkiksi turvattomuudentunteena, kaipauksena, ulkopuolisuuden kokemuksena tai toimeettomuutena Vanhuksen toimintamahdollisuudet ja toiminnan rajoitteet ovat sidoksissa auttajiin. Avun tarpeessa oleva vanhus voi olla toimija toisen avulla, jos auttaja huomaa vanhuksen tarpeen, osaa kuunnella hänen sanatonta ja sanallista viestintäänsä ja haluaa toimia yhdessä vanhuksen kanssa Muutos ei kuitenkaan tapahdu itsestään, vaan vaatii toimijalta luopumista entisestä totutusta toimintatavasta ja asennoitumista uudella tavalla. Vaikealta tai mahdottomalta tuntuvista asioista luovutaan, jos asiaa ei koeta riittävän tärkeäksi eikä oma motivaatio riitä. luopumista ja uuden oppimista. Vanhusten hoivan lähtökohtana pidetään aitoa kohtaamista ja asiakaslähtöistä työtapaa. Kuitenkin käytännössä vallitsee tekemisen kulttuuri, jota leimaavat teknisyys, tehokkuus ja kiire. Kodin esteellinen, fyysinen ympäristö, tarpeellisten apuvälineiden ja palvelujen puuttuminen vaikeuttavat	Muistisairaahan avun huomaaminen on paljon auttajan kyvyistä, osaamisesta sekä asenteesta riippuvaista. Uusien tapojen oppiminen edellyttää luopumista vanhoista tavoista. Teknologia osin korvaa ihmiskontaktia. Apuvälineiden puute vaikeuttaa arjen sujuvuutta.	24. Tekniikan tutuus	9.2.2 Muistisairaahan toiminnan ja kotilojen huomiointi ja suunnittelu sairauden etenemistä ennakoiden (4, 9–15) 9.3.1 Teknologiset apuvälineet muistisairaahan kotihoidon tukena (22–24)	
---	--	-----------------------------	---	--

ikäihmisen arjen sujuvuutta ja osallisuutta omassa asuinyhteisössään. Ikäihmiset turvautuvat yleisimmin lähellä oleviin tiedonlähteisiin, kuten perheenjäseniin ja sukulaisiin. Seuraavaksi eniten turvaututaan samankaltaisessa elämäntilanteissa oleviin ihmisiin ja vasta viimeisenä asiantuntijoihin. Tietoa etsitään aktiivisemmin seuraamalla televisiota ja lehtiä kuin kääntymällä suoraan asiantuntijoiden puoleen. Internetpalveluita käytettiin tiedonhankinnassa, yhtä poikkeusta lukuun ottamatta, ainoastaan omaisten välityksellä. Miljan näkemyksen mukaan palveluista osalliseksi pääsemiseen tarvitaan kuitenkin omaa aktiivisuutta, aloitteellisuutta ja periksiantamattomuutta. Suuret kertaluontoiset menot, kuten silmälasit tai hammaslääkärillä käynnit horjuttivat taloutta. ”Pelkään kaikkia koneita kännykästä lähtien” Toisaalta tietoteknisiä taitoja omaavat	Ensisijaiset tiedonlähteet lähiomaiset, verstaistuki ja viimeisenä asiantuntijat. Tietoa etsitään televisiosta ja lehdistä. Tutkimushenkilöt käyttivät internetiä omaisten välityksellä. Palvelujärjestelmä on tehty itseohjautuvaksi. Hammaslääkärikäynnit ovat kalliita. Ikääntynyt pelkäsi teknologisia laitteita. Tutkimushenkilöt olivat haluttomia käyttämään tietotekniikkaa.			
---	--	--	--	--

nuoremmatkaan haastateltavat eivät halunneet käyttää tietokonetta. Teknisten laitteiden ja sosiaalisen median käyttö tulee tulevana vuosina huomattavasti lisääntymään, arkipäiväistymään ja aukaisemaan monia uusia harrastus- ja toimintamahdollisuuksia myös ikääntyneille. Ikäihmisten tarpeita vastaavilla viestintätekniikan sovelluksilla ja helppokäyttöisillä teknisillä laitteilla voidaan kenties herättää kiinnostus ja motivoida ikääntyneet opettelemaan lisää internetin käyttöä, minkä monet mahdollisuudet kuuluvat kaikenikäisille. Suuressa syrjäytymisriskissä ovat yksinäiset ikääntyneet, joilla ei ole omaisia tai muita läheisiä. Syrjäytyminen voi liittyä myös toiminta- ja liikuntakyvyn menettämiseen, dementiaan, erilaisiin sairauksiin, näkö-, kuulo- tai puhekyvyn huonontumiseen, alkoholi- ja mielenterveysongelmiin, puolison kuolemaan tai koettuun hyväksikäyttöön. Voimavarojen huvetessa sopivan avun saaminen ajoissa on elinehto hyvinvoinnille ja edellytys omassa kodissa asumisen jatkumiselle. Valitettavasti tarvittavaa apua ei aina	Teknisten laitteiden käyttö tulee lisääntymään. Helppokäyttöisillä laitteilla ja sovelluksilla voidaan ehkä motivoida opettelemaan internetin käyttöä. Muistisairas syrjäytymisriskiryhmässä. Riittävän avun saaminen ajoissa on ehto kotona selviytymiselle. Sote muutos siirtää vastuuta omaisille.			
---	--	--	--	--

ole saatavilla tai sitä ei osata tai haluta etsiä Kun vastuuta vanhuspalvelujen järjestämisestä siirretään julkiselta sektorilta järjestöille ja yksityisille palveluntuottajille, vastuuta siirtyy entistä enemmän ikääntyneen omaisille.				
Poor oral health does not have to be a new geriatric syndrome as the provision of effective and individualized preventive oral care for vulnerable older people is neither very technical nor expensive and could easily be integrated in a daily care plan. Oral hygiene of many older people could be easily improved by increased use of electric toothbrushes. However, persons with cognitive impairment may have difficulties in learning to use a powered toothbrush. The use of powered toothbrushes should be promoted already earlier in life, so that the habit then could continue into old age. This study shows that individually tailored preventive oral health interventions had a positive short-term effect on the	Päivittäinen suunhoito ei ole kallista, ja voidaan helposti sisällyttää päivittäisiin hoitorutiineihin. Sähköharjan käytöllä parannetaan helposti suun terveyttä. Sähköharjan käytön opettelu tulisi alkaa varhaisessa vaiheessa. Yksilöllisesti suunnitellut hoito-ohjeet paransivat suun terveyttä.	1. Varhainen tunnistaminen 2. Ammattihenkilöstön asenne 3. Erityisryhmä 4. Yksilöllisyys 5. Ammatillinen tuki ja tiimityö 6. Tiedon integrointi 7. Teknologiset apuvälineet 8. Arjen apu 9. Ammattihenkilöstön osaaminen 10. Kognitiivinen heikkeneminen 11. Koulutus 12. Organisaatio 13. Taloudellisuus 14. Palvelujärjestelmä 15. Yhteiskunnan kehittyminen 16. Teknologian käytön lisääntyminen 17. Etiikka	9.1.1 Ammattihenkilöstön asenteiden vaikutus muistisairauden huomiointiin (1, 2) 9.1.2 Muistisairaahan kohtaaminen ja ohjeistus suunhoidossa (2, 3) 9.1.3 Moniammatillinen tiimi muistisairaahan suun terveydenhoidossa (5–7, 9) 9.1.4 Kotona asuvat muistisairaajat erityisryhmänä hoitotyössä (3-5) 9.1.5 Organisaatiotason haasteet muistisairaahan hoidossa (3, 11–14)	9.1 Moniammatillinen yhteistyö kotona asuvan muistisairaahan hoitotyössä 9.2 Muistisairauden huomiointi omahoidon ohjauksen yhteydessä 9.3 Kotona asuvan muistisairaahan suun omahoidon tukeminen teknologian avulla

cleanliness of teeth and dentures among home care clients aged 75 years or older. There is recent evidence that powered toothbrushes are more efficient in reducing plaque than manual toothbrushes and could be used more especially by those with manual dexterity problems. Regular oral health education should be offered to the caretakers. Caretakers for older person should have adequate oral health knowledge and skills to help older people that need daily help with oral hygiene procedures. Dental hygienists' role should be emphasized; hygienists can provide necessary preventive oral health care at home and assist in selecting individually customized oral hygiene aids.	Sähköharja on tehokas ja sitä voi olla helpompi käyttää, jos on motorisia ongelmia. Hoitajille tarjottava säännöllisiä suun terveys koulutuksia. Hoitajilla tulisi olla riittävä tieto ja osaaminen suuhygieniasta. Suuhygienistien roolia tulisi korostaa vanhushoidossa.		9.2.2 Muistisairaahan toiminnan ja kotiohjelmien huomiointi ja suunnittelu sairauden etenemistä ennakoiden (7, 8, 10) 9.3.1 Teknologiset apuvälineet muistisairaahan kotihoidon tukena (15–17)	
People with early dementia will often have developed strategies that help them before an official diagnosis is made	Potilailla omat muistia tukevat tavat ennen diagnoosia	1. Ammattihenkilöstön asenne 2. Luovuus 3. Itsemääräämisoikeus	9.1.1 Ammattihenkilöstön asenteiden vaikutus muistisairaahan huomiointiin (1)	9.1 Moniammatillinen yhteistyö kotona asuvan muistisairaahan hoitotyössä

		4. Pärjääminen 5. Teknologiset apuvälineet 6. Arjen apu 7. Turvallisuus 8. Yksilöllisyys 9. Muistuttajat	9.1.2 Muistisairaahan kohtaaminen ja ohjeistus suunhoidossa (1, 2) 9.1.4 Kotona asuvat muistisairaat erityisryhmänä hoitotyössä (3, 8) 9.2.1 Muistisairas vastaanotolla sairauden eri vaiheissa (3, 4) 9.2.2 Muistisairaahan toiminnan ja kotilojen huomiointi ja suunnittelu sairauden etenemistä ennakoiden (5, 6, 7) 9.3.1 Teknologiset apuvälineet muistisairaahan kotihoidon tukena (9)	9.2 Muistisairauden huomioiminen omahoidon ohjauksen yhteydessä 9.3 Kotona asuvan muistisairaahan suun omahoidon tukeminen teknologian avulla
Increasing evidence suggests that early diagnosis and management of dementia-related symptoms may improve the quality of life for patients and their families. The diagnostic process was typically characterized by multiple visits and interactions with health professionals, and a diagnosis was obtained as more severe cognitive	Varhainen diagnosointi on tärkeää. Diagnosointi tapahtuu tiiviissä moniammatillisessa yhteistyössä.	1. Varhainen tunnistaminen 2. Havaintojen kirjaaminen 3. Havainnointi 4. Ammattihenkilöstön asenne 5. Rehellisyys 6. Yhteistyökyky 7. Pysyvä hoitosuhde	9.1.1 Ammattihenkilöstön asenteiden vaikutus muistisairaahan huomiointiin (1–4) 9.1.2 Muistisairaahan kohtaaminen ja ohjeistus suunhoidossa (4)	9.1 Moniammatillinen yhteistyö kotona asuvan muistisairaahan hoitotyössä 9.2 Muistisairauden huomioiminen omahoidon ohjauksen yhteydessä

deficits emerged. Delays may reflect the dynamic processes within and between health professionals, people with dementia and carers Little is known about the uncertain period when a problem has been perceived, but no diagnosis has been made. The available research has predominantly focused on carer perceptions. However, each dyadic member also had a unique perspective on early symptoms and most identified different secondary examples which they believed were illustrative of cognitive decline. And she said, 'Are you having memory loss?' And I said, 'Yes.' A better understanding of the pre-diagnosis period may help to identify and address delays in obtaining a diagnosis. Finally, when individuals present with mild impairments, but do not yet meet the dementia diagnostic criteria, periodic monitoring is necessary.	Suurin osa tiedosta saadaan edenneessä vaiheessa hoitajilta. Muistisairauden oireet koettiin eri tavoin. Muistiin liittyviin kysymyksiin vastataan rehellisesti. Sairauden varhainen havaitseminen auttaa diagnosoinnissa Varhaisoireiden ilmetessä säännöllinen seuranta tärkeää.	8. Ammatillinen tuki ja tiimityö 9. Tiedon integrointi 10. Yksilöllisyys 11. Hyväksyminen 12. Koulutus 13. Palvelujärjestelmä 14. Etiikka	9.1.3 Moniammatillinen tiimi muistisairaahan suun terveydenhoidossa (8, 9) 9.1.4 Kotona asuvat muistisairaat erityisryhmänä hoitotyössä (7, 8, 10, 11) 9.1.5 Organisaatiotason haasteet muistisairaahan hoidossa (12, 13) 9.2.1 Muistisairas vastaanotolla sairauden eri vaiheissa (5, 6) 9.3.1 Teknologiset apuvälineet muistisairaahan kotihoidon tukena (14)	9.3 Kotona asuvan muistisairaahan suun omahoidon tukeminen teknologian avulla
--	---	--	--	--

A collaborative approach may reduce time pressures on physicians, which is a known barrier to diagnosis and comprehensive care	Yhteistoiminnallinen ammattiyhteistyö auttaa lääkäreitä.			
In memory support groups, group processes and support from others were found to be more helpful than the actual sharing of memory tips and most memory retaining interventions have had poor results. A strong emphasis is placed on maintaining activities and working with one's strengths. Maintaining an active life is thought to be important to dementia, and is specified in clinical guidelines	Vertaisryhmän tuki hyödyllisempää kuin muisti niksit. Yksilön vahvuuksien korostaminen aktiivisuuden säilyttämiseksi tärkeätä.	1. Erityisryhmä 2. Yksilöllisyys 3. Vertaistuki 4. Tarpeiden mukaiset palvelut 5. Hyväksyminen 6. Pärjääminen	9.1.2 Muistisairaahan kohtaaminen ja ohjeistus suunhoidossa (1) 9.1.4 Kotona asuvat muistisairaajat erityisryhmänä hoitotyössä (1–3, 5) 9.1.5 Organisaatiotason haasteet muistisairaahan hoidossa (1, 4) 9.2.2 Muistisairaahan toiminnan ja kotilojen huomiointi ja suunnittelu sairauden etenemistä ennakoiden (3)	9.1 Moniammatillinen yhteistyö kotona asuvan muistisairaahan hoitotyössä 9.2 Muistisairauden huomiointi omahoidon ohjauksen yhteydessä
Although studies are limited, the cost effectiveness of technology-based interventions and potential positive outcomes in terms of increasing autonomy in the home setting support the significance of this line of inquiry.	Kustannustehokkaat teknologiset ratkaisut lisäävät itsenäisyyttä kotiloissa.	1. Itsemääräämiskeus 2. Teknologiset apuvälineet 3. Arjen apu 4. Turvallisuus 5. Yksilöllisyys 6. Tarpeiden mukaiset palvelut	9.2.1 Muistisairas vastaanotolla sairauden eri vaiheissa (1) 9.1.4 Kotona asuvat muistisairaajat erityisryhmänä hoitotyössä (1, 5)	9.1 Moniammatillinen yhteistyö kotona asuvan muistisairaahan hoitotyössä 9.2 Muistisairauden huomiointi omahoidon ohjauksen yhteydessä

However, technology-based programs offer strong promise for the future as an exemplary method to minimize the need for professional support services, assist family caregivers, minimize costs, and be widely disseminated. Mobile devices and in-home systems that are easy to use may be especially beneficial for those with dementia and their family caregivers. Smith et al.'s project investigated whether interactive video monitoring for people with early-stage dementia who live alone, or who spend a significant portion of their day alone, could improve their ability to take medicine correctly and improve their mood. The researchers used two-way interactive video technology EMA, an electronic device that uses vocal recordings to program dates and times of appointments and has an alarm system to alert the user to a message about an appointment or task.	Teknologiapohjaiset ohjelmat vähentävän ammattilaisten tarvetta, auttavat omaishoitajia, vähentävät kustannuksia ja ovat laaja-alaisesti käytteenotettavia Matkapuhelimet ja kotijärjestelmät voivat olla hyödyllisiä demen- tikoille ja kotihoitajille. Virtuaalinen tuki auttoi kotona selviytymistä. Äänitallennelaite, johon voi ohjelmoida päivämäärä, aika, tapaamiset, tehtävät	7. Joustavuus 8. Taloudellisuus 9. Palvelujärjestelmä 10. Muistuttajat 11. Yhteiskunnan kehittyminen 12. Etiikka 13. Tekniikan tutuus 14. Pärjääminen	9.1.5 Organisaatiotason haasteet muistisaira- raan hoidossa (6–9) 9.2.2 Muistisaira- raan toiminnan ja kotilojen huomioi- nti ja suunnittelu saira- uden etene- mistä ennakoiden (2–4) 9.3.1 Teknologiset apu- välineet muistisai- raan kotihoidon tukena (10–14)	9.3 Kotona asuvan muistisai- raan suun omahoidon tuke- minen teknologian avulla
Dental treatment planning, oral care, and behavioral management	Yksilöllinen hoitosuun- nitelma ja hoito teh-	1. Varhainen tunnistami- nen	9.1.1 Ammattihenkilöstön asenteiden vaikutus muisti- sairau- den huomiointiin	9.1 Moniammatillinen yhteis- työ kotona asuvan muistisai- raan hoitotyössä

for persons with AD must be designed with consideration of the severity of the disease and must involve family members There is an increasing dependence on the caregiver to provide oral hygiene, and the dentist has a significant role in ensuring that caregivers are able to take on these tasks Dental treatment should focus on the removal of nonrestorable teeth and the maintenance of dentition and existing dentures with frequent oral hygiene measures In order to diminish pain and pathology and to maintain the dignity and quality of life of a person with AD, oral health-care providers will be increasingly challenged with preserving oral and nutritional health in these patients. Dental treatment in early stages of the disease should, as far as possible, be aimed at producing a stable oral condition that gives the sufferer minimal trouble when, in the later stages of the disease, dental treatment may be impossible.”	dään moniammatillisesti yhteistyössä perheen kanssa. Kotihoidon henkilöstön ja hammaslääkärin välinen yhteistyö potilaan suuhygienian ylläpidossa. Hammaslääketieteessä pyritään hampaita säästävään toimintaan. Ammatillaiset tasapainoilevat tällöin suun terveyden ja ravitsemuksen välillä. Taudin varhaisessa vaiheessa hammashoito tärkeää, sillä myöhemmin hoito ehkä mahdotonta.	2. Ammattihenkilöstön asenne 3. Potilaan hyöty 4. Tarpeiden mukaiset palvelut 5. Yksilöllisyys 6. Erityisryhmä 7. Organisaatio 8. Palvelujärjestelmä 9. Ammatillinen tuki ja tiimityö 10. Hyväksyminen 11. Tiedon integrointi 12. Etiikka	(1, 2) 9.1.2 Muistisairaahan kohtaaminen ja ohjeistus suunhoidossa (2, 6) 9.1.3 Moniammatillinen tiimi muistisairaahan suun terveydenhoidossa (9, 11) 9.1.4 Kotona asuvat muistisairaajat erityisryhmänä hoitotyössä (1, 3, 5, 6, 10) 9.1.5 Organisaatiotason haasteet muistisairaahan hoidossa (4, 6–8) 9.3.1 Teknologiset apuvälineet muistisairaahan kotihoidon tukena (12)	9.3 Kotona asuvan muistisairaahan suun omahoidon tukeminen teknologian avulla
Ikäihmisille ja omaishoitajille on tuotu aktivoivia ja informatiivisia palveluja kotiin tai palvelutaloympä-	Virtuaalihoiton tai kuvapuhelimen kautta tukea kotiin.	1. Erityisryhmä 2. Ammatillinen tuki ja tiimityö 3. Pärjääminen 4. Yksinäisyys	9.1.2 Muistisairaahan kohtaaminen ja ohjeistus suunhoidossa	9.1 Moniammatillinen yhteistyö kotona asuvan muistisairaahan hoitotyössä

ristöön kuvapuhelun kautta. He voivat pitää yhteyttä omaisiinsa ja asiantuntijoihin Merkityksellisimmät hyvinvointi-tv:n sisältöteemat olivat omahoitoa tukevat palvelut kuten lääkehoito, lääkäriohjelmat ja ruokaohjelmat, yksilölliset neuvonta- ja ohjaustapaamiset erityisesti omaishoidossa, hyvinvointia ja terveyttä edistävät palvelut (esim. farmaseutin vastaanotot; asiantuntijaohjelmat)” Kolmen maakunnan yhteisen hankkeen tavoitteena on luoda Living Lab -toimintamalli hyvinvointialan teknologioiden testaamiseen, arviointiin ja käyttöönottoon. Samalla kehitetään ikääntyneille soveltuvia uusia palvelu- ja teknologiainnovaatioita kotona asumisen tukemiseen yhteistyössä ikäihmisten ja heidän omaistensa, yritysten, kuntien ja kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. Pirkanmaalla tavoitteena on 1) muistihäiriöisten ja dementoituneiden henkilöiden hyvinvoinnin ja elämänlaadun sekä sosiaalisen kanssakäymisen lisääminen palveluita ja teknologioita hyödyntäen, 2) hoito- ja hoivatyön ammattilaisten hyvinvointiteknologioihin liittyvän osaamisen vahvistaminen.	Television kautta sisältöteema. Moniammatillinen innovaatio- ja kehitystyö yhteistyö, jossa ikään- tynyt ja omaiset mukana.	5. Ympäristö 6. Teknologiset apuvälineet 7. Arjen apu 8. Yksilöllisyys 9. Turvallisuus 10. Taloudellisuus 11. Yhteiskunnan kehittyminen 12. Teknologian käytön lisääntyminen 13. Etiikka	(1) 9.1.3 Moniammatillinen tiimi muistisairaahan suun terveydenhoidossa (2, 6) 9.1.4 Kotona asuvat muistisairaat erityisryhmänä hoitotyössä (1, 2, 8) 9.1.5 Organisaatiotason haasteet muistisairaahan hoidossa (1, 10) 9.2.1 Muistisairas vastaanotolla sairauden eri vaiheissa (3) 9.2.2 Muistisairaahan toiminnan ja kotilojen huomiointi ja suunnittelu sairauden etenemistä ennakoiden (4– 8) 9.3.1 Teknologiset apuvälineet muistisairaahan kotihoidon tukena (11–13)	9.2 Muistisairaahan huomiointi omahoidon ohjauksen yhteydessä 9.3 Kotona asuvan muistisairaahan suun omahoidon tukeminen teknologian avulla
--	---	---	--	---

One of the most salient findings of the review portion of the study was that there is a general lack of published studies that report on the use of ICT to support self-management for MACI patients. A high number of studies reporting on ICT tools for self-management of patients with cognitive impairments were developed for patients with severe impairments, Alzheimer disease, and/or age-related deficiencies. Patients with MACI have different needs than these patients and have received far less attention. There are a number of important areas for MACI patients that are not covered by the functionality of existing tools, such as support for interpersonal interactions and relationships. Further research on ICT tools to support self-management for patients with MACI is needed.	Ei-ikääntyneillä muistisairailla omanlaiset tarpeet, mutta heidät jätetään tutkimuksissa paljon huomiotta.	1. Erityisryhmä 2. Yksilöllisyys	9.1.4 Kotona asuvat muistisairaat erityisryhmänä hoitotyössä (1, 2)	9.1 Moniammatillinen yhteistyö kotona asuvan muistisairaahan hoitotyössä
---	--	-------------------------------------	--	--