



Karelia-ammattikorkeakoulu  
Fysioterapeutti (YAMK)  
Ikäosaamisen kehittäminen ja johtaminen

# Ryhmäkuntoutusmalli muistisairautta sairastaville asiakkaille

Katja-Maria Nurmi ja Hannamari Pölkkyne

Opinnäytetyö, toukokuu 2022

[www.karelia.fi](http://www.karelia.fi)



**OPINNÄYTETYÖ**  
toukokuu 2022  
**Ikäosaamisen kehittäminen ja johtaminen**  
**Ylempi ammattikorkeakoulututkinto**  
Tikkarinne 9  
80200 JOENSUU  
+358 13 260 600 (vaihde)

**Tekijät**  
Katja-Maria Nurmi ja Hannamari Pölkkyne

**Nimeke**  
Ryhmäkuntoutusmalli muistisairautta sairastaville asiakkaille  
  
Toimeksiantaja Raision kaupunki

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää muistisairautta sairastavien asiakkaiden ryhmäkuntoutusta siten, että kotona asuminen onnistuisi pidempään. Tavoitteena oli luoda ryhmäkuntoutusmalli, joka koostettiin eri toimijoiden ryhmäkuntoutukselle antamien merkitysten avulla. Opinnäytetyö toteutettiin toimijalähtöisenä ja osallistavana tutkimuksellisena kehittämistoimintana konstruktivistista lähestymistapaa mukaillen.

Tietoa tuottavina toimijoina kehittämistyöryhmissä olivat muistisairautta sairastavat asiakkaat ja omaiset, heidän kanssaan työskentelevät ammattilaiset sekä esihenkilöt. Aineistoa analysoitiin teemoittamalla ja tiivistämällä. Teoriatiedon ja tiedontuottajilta saadun aineiston pohjalta kehitettiin muistisairautta sairastavien asiakkaiden ryhmäkuntoutusmalli. Kehittämistehtävänä oli tuottaa ryhmäkuntoutusmalli muistisairautta sairastavien asiakkaiden ryhmäkuntoutuksen järjestämisestä Turun kehyskunnissa. Kehyskuntia ovat Kaarina, Lieto, Naantali, Perusturvakuntayhtymä Akseli (Masku, Mynämäki, Nousiainen) sekä Raision ja Ruskon yhteistoiminta-alue.

Tämän opinnäytetyön perusteella on tärkeää, että muistikuntoutus toteutuisi omana palvelukokonaisuutenaan tulevaisuuden hyvinvointialueilla Suomessa. Ryhmäkuntoutusta koordinoisivat muistikuntoutuskoordinaattorit ja vaikuttavaa ryhmäkuntoutusta olisi järjestettävä kaikissa muistisairauden vaiheissa.

**Kieli**  
suomi

Sivuja 77  
Liitteet 3  
Liitesivumäärä 13

**Asiasanat**  
ryhmäkuntoutus, toimintakyky muistisairaudessa, kuntoutuksen koordinointi



**THESIS**  
**May 2022**  
**Master's Programme in Active Ageing**

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

**Authors**

Katja-Maria Nurmi and Hannamari Pölkkyen

**Title**

A Group Rehabilitation Model for Clients with Memory Disorders

Commissioned by The City of Raisio

**Abstract**

The purpose of this thesis was to highlight the significance of group rehabilitation for clients with memory disorders. The aim was to develop group rehabilitation to enable living at home as long as possible. The thesis was carried out as an actor-oriented, participatory research and development activity based on a constructive approach.

The information producers in the development teams were clients with memory disorders and their relatives, professionals working with them, and supervisors. The material was analysed by thematising and summarising. The group rehabilitation model for clients with memory disorders was based on theoretical data and data received from the information producers. The result was a group rehabilitation model for organizing group rehabilitation for clients with memory disorders in the municipalities surrounding Turku. The surrounding municipalities are Kaarina, Lieto, Naantali, Akseli – The Joint Municipal Authority for Basic Social and Health Services (Masku, Mynämäki, Nousiainen) and the cooperation area of Raisio and Rusko.

According to the results memory rehabilitation must be a separate service entity in the newly established wellbeing services counties in Finland. Group rehabilitation should be coordinated by memory rehabilitation coordinators. Effective group rehabilitation must be provided at all stages of the illness.

Language  
Finnish

Pages 77  
Appendices 3  
Pages of Appendices 13

**Keywords**

group rehabilitation, functional capacity in memory disorders, coordination of rehabilitation

## Sisältö

1	Johdanto .....	5
2	Kuntoutuksen merkitys muistisairautta sairastavalle asiakkaalle ja yhteiskunnalle .....	7
2.1	Muistisairauksista yleisesti.....	7
2.2	Muistisairautta sairastavan asiakkaan kuntoutuksen perusteita .....	8
2.3	Muistisairauksien aiheuttamia yhteiskunnallisia vaikutuksia .....	13
3	Kuntoutus toimintakyvyn eri vaiheissa .....	16
3.1	Muistisairauden varhaisvaihe ja lievä vaihe .....	16
3.2	Muistisairauden keskivaikea vaihe.....	18
3.3	Muistisairauden vaikea vaihe.....	20
3.4	Esimerkki kuntoutuksen merkityksestä fyysiseen toimintakykyyn.....	22
4	Opinnäytetyön metodologiset lähtökohdat .....	24
4.1	Tarkoitus, tavoite, tehtävät ja tuotos .....	24
4.2	Metodologiset ja tiedon rakentumisen lähtökohdat .....	25
4.3	Spiraalimalli .....	27
5	Kehittämisprosessin toteutus ja arviointi .....	28
5.1	Kehittämisprosessin malli ja aikataulu .....	28
5.2	Työn toimeksiantaja ja toimintaympäristön kuvaus.....	29
5.3	Tiedontuottajat ja tiedontuotannon menetelmät .....	32
5.4	Kehittämistyöryhmien työskentely.....	33
5.5	Kehittämistyöryhmien tuottaman tiedon analysointi ja tuotoksen rakentuminen .....	34
5.6	Tiedontuottajien tekemä arviointi kehittämistyöryhmistä .....	36
5.7	Opinnäytetyöntekijöiden itsearviointi kehittämistyöryhmistä .....	38
6	Opinnäytetyön tulokset ja tuotos .....	39
6.1	Ryhmäkuntoutus muistisairauden varhaisvaiheessa ja lievässä vaiheessa.....	39
6.2	Ryhmäkuntoutus muistisairauden keskivaikeassa vaiheessa.....	42
6.3	Ryhmäkuntoutus muistisairauden vaikeassa vaiheessa .....	44
6.4	Yhteenveto tuloksista.....	46
6.5	Tuotoksena muistisairautta sairastavien asiakkaiden ryhmäkuntoutusmalli.....	47
7	Pohdinta.....	49
7.1	Tulosten arviointia.....	49
7.2	Kehittämisprosessin arviointi, luotettavuus ja eettisyys .....	51
7.3	Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset .....	54
	Lähteet.....	57

## Liitteet

Liite 1	Kehittämistyöryhmän tuotos
Liite 2	Saatekirje
Liite 3	Lupa tuotetun tiedon käyttöön

## 1 Johdanto

Opinnäytetyön aiheena on muistisairautta sairastavien asiakkaiden ryhmäkuntoutuksen kehittäminen Turun kehyskunnissa. Tässä opinnäytetyössä muistisairautta sairastavalla asiakkaalla tarkoitetaan henkilöä, jolla on muistisairausdiagnoosi, ja hän on asiakkaana sosiaali- ja terveystalveissa. Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Turun kehyskuntien, Varsinais-Suomen muistiaktiivit -ryhmän ja Varsinais-Suomen muistiasiantuntijoiden kanssa. Raision kaupunki oli työn toimeksiantaja.

Muistisairaudet ovat sekä kansanterveydellinen että taloudellinen uhka Suomessa ja koko maailmassa tulevina vuosina. Vuonna 2015 maailmassa oli lähes 50 miljoonaa muistisairautta sairastavaa henkilöä ja määrän arvioidaan kaksinkertaistuvan seuraavan 20 vuoden aikana. Suomessa muistisairautta sairastavia henkilöitä arvioidaan olevan yli 190 000. Muistisairautta sairastavien henkilöiden kanssa toimivia työntekijöitä tarvitaan enemmän, mutta samanaikaisesti työikäisten työntekijöiden määrä yhteiskunnassa vähenee. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2020a.)

Muistisairautta sairastavien asiakkaiden kuntoutus ja erityisesti ryhmäkuntoutus voidaan nähdä keinona varautua tähän. Ryhmäkuntoutuksella voidaan tukea sairastavien toimintakykyä ja saada työntekijäresurssia riittävämmäksi. Vanhuspalvelulain (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveista 980/2012, 2. §) mukaan kunnalla on velvollisuus huolehtia ikääntyneen väestön hyvinvoinnista ja itsenäisen suoriutumisen tukemisesta, tunnistaa toimintakyvyn heikkenemisestä aiheutuvia ongelmia ja antaa varhaista tukea.

Kansallisen muistiohjelman mukaan muistisairaiden hoitoon ja kuntoutukseen tulee kiinnittää huomiota jo varhaisessa vaiheessa ja tarjota kuntoutusta oikea-aikaisesti. Lisäksi toimintakykyä, terveydentilaa ja voimavaroja tulee arvioida monipuolisesti. Kuntoutuksen tavoitteena tulee olla toimintakyvyn ja elämänlaadun ylläpysyminen ja kehittyminen. Muistisairauksien aiheuttamat

terveydenhuollon kustannukset johtuvat pääosin sairastuneiden kasvavasta määrästä sekä ympärivuorokautisen hoidon kustannuksista. Kotona asumisen mahdollistuminen pidempään edellyttää kuntoutuksen lisäämistä ja monimuotoistumista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 7–14.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää muistisairautta sairastavien asiakkaiden ryhmäkuntoutusta siten, että kotona asuminen onnistuisi pidempään. Tavoitteena on luoda ryhmäkuntoutusmalli, joka koostetaan eri toimijoiden ryhmäkuntoutukselle antamien merkitysten avulla. Tiedontuotannon tehtävänä on tuottaa tietoa, millaista ryhmäkuntoutusta tarvitaan, jotta kotona asuminen onnistuisi pidempään. Tietoa tuottavina toimijoina ovat muistisairautta sairastavat asiakkaat ja omaiset, heidän kanssaan työskentelevät ammattilaiset sekä esihenkilöt. Kehittämistehtävänä on tuottaa ryhmäkuntoutusmalli muistisairautta sairastavien asiakkaiden ryhmäkuntoutuksen järjestämisestä Turun kehyskunnissa.

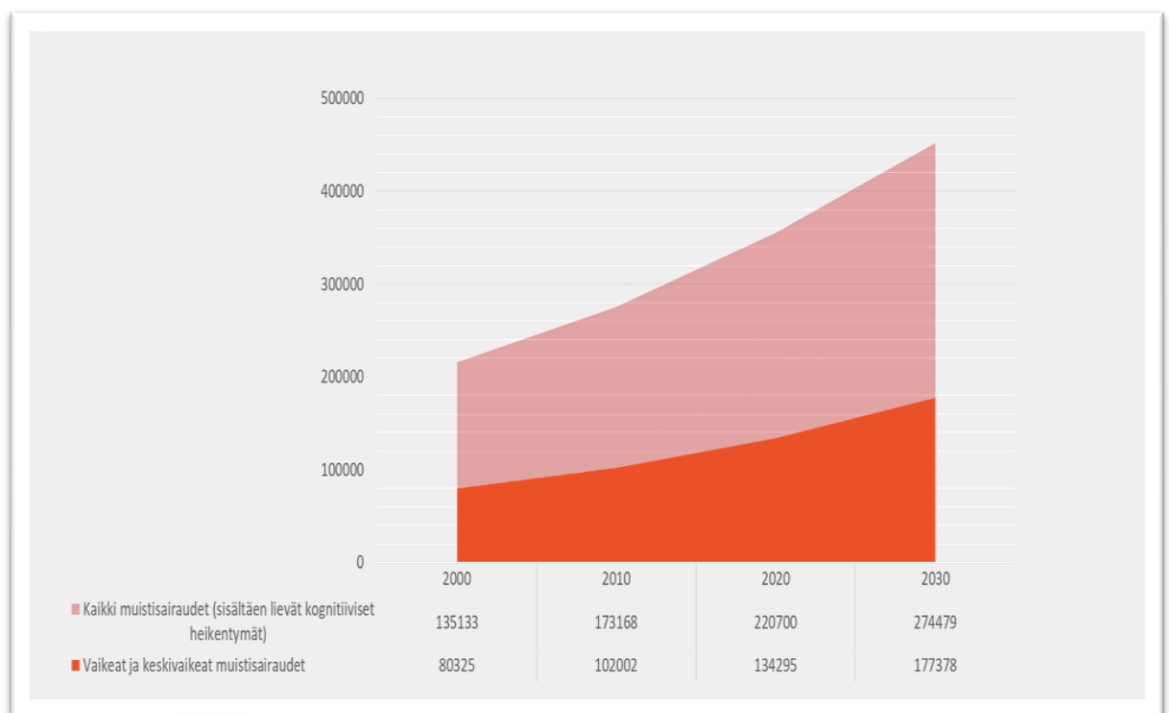
Ontologisena valintana tässä opinnäytetyössä on konstruktivistinen lähestymistapa, jossa tiedon ajatellaan syntyvän sosiaalisessa vuorovaikutuksessa (Kekäle & Puusa 2020, 46–47). Työssä käytetään toimintatutkimuksellisia elementtejä, laadullisen tutkimuksen menetelmiä sekä käyttäjä- ja toimijakeskeistä kehittämistä. Lehtosen (2004, 13–20) mukaan merkitykset syntyvät ihmisten välisissä sosiaalisissa suhteissa ja vuorovaikutuksessa sekä kytkeytyvät kulttuuriin. Samassa kulttuurissa olevilla on myös yhteisiä kulttuuriin sidonnaisia merkityksiä. Tässä opinnäytetyössä tiedontuottajat tuottivat merkityksellisiä asioita muistisairautta sairastavien asiakkaiden ryhmäkuntoutukseen liittyen.

Opinnäytetyössä kuvataan muistisairauden vaikutuksia toimintakykyyn sekä ryhmäkuntoutuksen merkityksiä muistisairautta sairastavalle asiakkaalle, heidän läheisilleen ja yhteiskunnalle. Työssä kerrotaan kehittämistyöryhmien kehittämisprosessi sekä tulokset ja lopuksi esitetään malli ryhmäkuntoutuksen järjestämisestä Turun kehyskunnissa. Työssä pohditaan opinnäytetyön tuloksien merkityksellisyyttä tulevaisuuden hyvinvointialueelle.

## 2 Kuntoutuksen merkitys muistisairautta sairastavalle asiakkaalle ja yhteiskunnalle

### 2.1 Muistisairauksista yleisesti

Muistisairaudet ovat väestötutkimuksissa ikääntyneiden yleisimpien pitkäaikaissairauksien joukossa länsimaissa. Muistioireet voivat heikentää merkittävästi toimintakykyä ja elämänhallintaa. (Erkinjuntti, Remes, Rinne & Soininen 2015, 18.) Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (2020a) mukaan muistisairautta sairastavien henkilöiden määrä kasvaa maailmalaajuisesti nopeasti. Suomessa muistisairautta sairastavia henkilöitä arvioidaan olevan yli 190 000 ja vuosittain sairastuvien osuuden arvioidaan olevan noin 14 500 henkilöä (kuvio 1). Muistisairautta sairastavien henkilöiden määrän kasvua Suomessa havainnollistetaan kuviossa 1.



Kuvio 1. Arvio muistisairaiden ihmisten määrän kehityksestä Suomessa vuosina 2000–2030 (Tilastokeskuksen väestölaskennat 2000 ja 2010; Muistisairauksien Käypä hoito –suositus 2017; Terveyskirjasto 2021; Hänninen, Hallikainen, Tuomainen, Vanhanen & Soininen 2002).

Eteneviä muistisairauksia ovat muun muassa Alzheimerin tauti, aivojen verenkierron häiriöt, Lewyn kappale -tauti, Parkinsonin taudin muistisairaus sekä etuotsalohkojen rappeumat. (Suutama 2008, 196.) Näistä Alzheimerin tauti on yleisin yksittäinen etenevä muistisairaus ja kaikista etenevää muistisairautta sairastavista 70 prosentilla on Alzheimerin tauti. Oirekuvan mukaan Alzheimerin tauti voidaan jakaa oireettomaan, varhaiseen, lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan vaiheeseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.)

Alzheimerin tauti alkaa tyypillisesti muistioireilla sekä tiedonkäsittelyn heikentymisenä. Omatoimisuuden ja arkiselviytymisen heikentyminen ovat yhteydessä muistin ja tiedonkäsittelyn heikentymiseen sairauden edetessä. Alzheimerin taudissa käytösoireet vaihtelevat taudin eri vaiheissa. (Erkinjuntti, Remes, Rinne & Soininen 2015, 19.) Tässä opinnäytetyössä ei ole tarpeellista jakaa muistisairautta sairastavia asiakkaita diagnoosien perusteella eri ryhmiin, vaan ryhmiin toimintakyvyn mukaan. Kuntoutus jaotellaan toimintakyvyn mukaan muistisairauden varhaiseen tai lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan vaiheeseen samaan tapaan, kuin Alzheimerin tautia on jaoteltu.

## **2.2 Muistisairautta sairastavan asiakkaan kuntoutuksen perusteita**

Tässä luvussa käsitellään muistisairautta sairastavan asiakkaan kuntoutusta ja sen järjestämisen periaatteita julkisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa Suomessa. Muistisairautta sairastavan asiakkaan hoidon ja kuntoutuksen tavoitteena on sairastavan sekä hänen läheistensä mahdollisimman hyväksi kokema elämänlaatu. Toimintakyvyn laskua halutaan hidastaa ja varautua tulevaan sekä huomioida oikea-aikaisuus tarvittavissa palveluissa. Tavoitteisiin pääseminen edellyttää muistisairauden etenemisen säännöllistä seuranta ja suunnitelmallista yhteistyötä. Hoitoa koordinoivan ammattilaisen sekä palveluverkoston monialaisten toimijoiden on tärkeää olla muistisairaana ja hänen läheisensä tukena muistipolulla takaamassa sujuvaa palveluketjua. (Immonen 2019, 218–221.)

Sosiaali- ja terveysministeriön laatusuosituksessa (2017a, 10–35) todetaan iäkkäiden kuntoutuksen suunnitelmallisuuden, oikea-aikaisuuden ja laaja-alaisuuden mahdollistavan paremman toimintakyvyn ja itsenäisen selviytymisen. Ikäihminen on kuntoutusprosessissa subjekti ja toimija. Omaiset otetaan huomioon kuntoutusta tukevana voimavarana ja omaishoitajien jaksamista tuetaan. Kuntoutustarpeen sekä tavoitteiden saavuttamisen arvioinnissa tulee käyttää luotettavia mittareita ja arviointimenetelmiä.

Muistisairauteen sairastunut henkilö ja hänen läheisensä tarvitsevat tietoa ja tukea lisäämään ymmärrystä sairauden vaikutuksista toimintakykyyn. Tämän avulla voi olla helpompaa tehdä arkea ja tulevaisuutta koskevia suunnitelmia. Muistisairautta sairastavan henkilön ja hänen läheisensä tiedon ja tuen tarpeeseen on kiinnitettävä huomiota sairauden kaikissa eri vaiheissa, koska sairauden aiheuttamat haasteet muuttuvat sairauden edetessä. (Pirttilä, Heimonen & Granö 2007, 320–321.) Merkittävää onkin tiedon saamisen vaiheisuus ja sen vastaavuus yksilöllisiin tarpeisiin. Tärkeää on, että muistisairautta sairastava saa jatkaa totuttua elämäänsä, keskittyä itselleen merkittäviin asioihin sekä saa onnistumisen kokemuksia. Kuntoutumista tukevan toiminnan lähtökohtia ovat muistisairautta sairastavan henkilön toiveet, motivoivat tekijät ja mielenkiinnon kohteet. (Bossen, Specht & McKenzie 2009, 8–9.)

Niemelä ja Väättänen (2017,19) tuovat tutkimuksessaan esille ryhmäkuntoutuksen vertaistuellisen merkityksen. Ikääntyneet kokivat tärkeäksi samanikäisten ja saman elämäkokemuksen omaavien ihmisten kanssa keskustelut. Tikkasen (2015) mukaan iäkkäät motivoituivat ryhmämuotoiseen kuntosaliharjoitteluun ja hyötyivät voimaharjoittelusta. Gerontologisen kuntoutuksen käsikirjassa (Pikkarainen 2013, 52–61) todetaan ryhmäkuntoutuksen toimivan vertaistukena. Kuntosalitoiminta on hyödyllistä, jos ohjaus on asiantuntevaa ja vuorovaikutus toimivaa. Muistisairautta sairastaville henkilöille vertaistuki on nähty tekijäksi, joka vahvistaa heidän itsearvostustaan sekä auttaa löytämään sosiaalisia suhteita ja selviytymiskeinoja (Sørensen, Waldorff & Waldemar 2008, 448).

Muistisairautta sairastavan asiakkaan hoidon kokonaisuudessa tulee olla toimiva hoitoketju, joka turvaa hoito- ja kuntoutuspalveluiden jatkuvuuden muistin heikkoudesta ja kommunikaation vaikeutumisesta huolimatta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012). Palveluiden tulee toteutua oikeaan aikaan ja saumattomasti, yksilölliset tarpeet ja sairauden eri vaiheet huomioiden. Tärkeää on tehdä asiakkaan ja läheisten kanssa voimavaralähtöinen kuntoutumissuunnitelma, joka mahdollistaa ajantasaisen tiedon siirtymisen muistisairaana mukana palvelusta toiseen. Kuntoutumissuunnitelma mahdollistaa hoitokokonaisuuden ja sairauden eri vaiheissa tavoitteiden asettelun, ennakkoinnin ja toimivuuden arvioinnin. (Nukari, Hallikainen & Mönkäre 2017, 162.)

Toimivan kuntoutusketjun myötä voidaan elämänlaadun säilymistä turvata sairauden kaikissa vaiheissa. Kotona asumisen jatkumista voidaan tukea muun muassa kuntouttavien ja omatoimisuutta tukevien toimenpiteiden avulla, asianmukaisella lääketieteellisellä hoidolla, tukitoimilla ja -palveluilla sekä turvallisuutta lisäävillä ratkaisuilla. Tärkeää on myös taloudellisten tukitoimien ja etuuksien varmistaminen sekä omaishoitajien ja potilaiden perheiden tukeminen. (Muistisairauksien Käypä hoito -suositus 2017; Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.) Moniulotteiset tukipalvelut ja saumaton yksilöllinen hoitoketju mahdollistavat suunnitelmallisen seurannan sekä asiakkaan ja hänen omaistensa selviytymistä tukevien toimenpiteiden toteuttamisen oikeaan aikaan. Nämä toimet saattavat siirtää muistisairautta sairastavan asiakkaan pitkäaikaishoidon alkamista ja parantaa elämänlaatua. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.)

Kuntoutuksella on nähty merkitystä muistisairauden etenemisen hidastamisessa. Eri osa-alueisiin kohdistuvalla kuntoutuksella voidaan parantaa ikäihmisten elämänlaatua ja toimintakykyä. Kuntoutuksessa tulee hyödyntää moniammatillisuutta, voimavaralähtöisyyttä ja toiminnallisia kuntoutusmenetelmiä. Näin voidaan pienentää kunnan hoivapalveluista koostuvia kustannuksia. (Hussi, Mäkinen & Vauramo, 2017, 20–45.) Moniammatillista osaamista tarvitaan myös erilaisten tukimuotojen kehittämisessä. Psykologista ammattitaitoa tulisi hyödyntää, koska sairastunut

henkilö tarvitsee keinoja, joiden avulla pystyy jäsentämään tunteitaan ja ajatuksiaan sekä käsittelemään sairauden tuomia muutoksia. (Hänninen & Heimonen 2012, 223.)

Omaisten ja perheiden tukeminen edesauttaa kotona asumista. Kuntoutuksen yksilölliset tavoitteet luodaan laaja-alaisesti ja moniammatillisesti yhdessä lääkärin, muistihoidajan, muistikoordinaattorin, kotihoidon ja muiden erityistyöntekijöiden, kuten sosiaalityöntekijän, fysio-, toiminta-, puhe- ja ravitsemusterapeutin kanssa. Muistikoordinaattoritoiminta parantaa muistisairaana ja hänen läheisensä elämänlaatua. Onnistuneiden tukitoimien avulla omaishoitajien kokema stressi ja kuormittuneisuus vähenevät ja masennus lievittyy, jolloin muistisairas pystyy asumaan kotona pidempään. (Muistisairauksien Käypä hoito -suositus 2017.)

Muistisairautta sairastavan asiakkaan pitää saada tulla kohdatuksi omana itsenään ja hänellä tulee olla tunne, että voi itse vaikuttaa omaan elämäänsä ja olla siinä osallisena. Tämä lisää merkityksellisyyden tunnetta ja henkistä hyvinvointia. Osallistuminen aktiviteetteihin on keino lisätä osallisuuden tunnetta. Osallisuus on vuorovaikutusta ja sen kokemus parantaa mielialaa ja lisää motivaatiota sekä mahdollisuuksia kokonaisvaltaisen kuntoutuksen toteutumiseen ikäihmisillä. (Leemann, Kuusio & Hämäläinen 2015.)

Muistisairaana henkilön päivittäistoimintojen suoriutumisen tukeminen – oppaassa (Hoitotyön tutkimussäätiö 2019) on määritelty lääkkeettömän hoidon suositukseksi muistisairasta huomioiva vuorovaikutus, ohjatut aktiviteetit, muistisairaana asuinympäristöä koskevat ratkaisut, omaisten ja läheisten huomioiminen muistisairaana hoidossa ja hoitotyöntekijöiden osaaminen ja koulutus muistisairauksista ja lääkkeettömistä menetelmistä. Suosituksessa on tutkimuksin perustellut väitteet hyödyllisten aktiviteettien järjestämisestä. Liikunta yhdistettynä kognitiivisiin toimintoihin tukee päivittäisten toimintojen suorittamista, ja liikuntaharjoitteet itsessään tukevat muistisairaana toimintakykyä. Liikunnalla saattaa olla myös positiivinen vaikutus itsetuntoon ja omiin kykyihin luottamiseen osallistumisen mahdollisuuden kokemuksen kautta. Aktiviteettien on hyvä sisältää musiikkia, erityisesti elävällä musiikilla on todettu

olevan positiivisia vaikutuksia, muistelua ja päivittäistoimintojen harjoittelua. Muistisairasta huomioivaa vuorovaikutusta edesauttaa moniammatillinen työote ja muistisairaahan henkilön elämän historian tunteminen sekä huumori. Musiikkia voi käyttää myös vuorovaikutuksen tukena.

Lääkkeettömät hoitomenetelmät tukevat aivojen aktiivisuutta muistisairautta sairastavilla asiakkailla. Kuntoutuksella voidaan vaikuttaa muistisairautta sairastavan asiakkaan aivojen muovautuvuuteen ja ylläpitää esimerkiksi päivittäisistä toiminnoista selviytymistä sekä parantaa elämänlaatua. (Shigihara, Hoshi, Shinada, Okada & Kamada 2020.) FINGER – tutkimuksen (Kivipelto ym. 2013, 657–665) mukaan ravitsemusvalistus, fyysinen ja kognitiivinen harjoittelu sekä sosiaalinen aktiivisuus voivat ennaltaehkäistä muistisairauden etenemistä.

Muistisairauden varhaisvaiheessa ja lievässä vaiheessa kuntoutuksen tavoitteena on toimintakyvyn parantuminen, keskivaikeassa vaiheessa toimintakyvyn ylläpysyminen ja vaikeassa vaiheessa toimintakyvyn heikkenemisen hidastuminen. Kaiken kuntoutuksen tavoitteena on autonomian, elämänhallinnan ja hyvinvoinnin tukeminen. Kuntoutuksen kohteena ovat muistisairaahan henkilön lisäksi läheiset. Kuntoutuksen on kohdennettava sekä fyysiseen, psyykkiseen että sosiaaliseen ja kognitiiviseen toimintakykyyn. Fyysisen toimintakyvyn osalta voima- ja kestävyys harjoittelu sekä tasapainoharjoittelu parantavat muistisairaahan liikuntakykyä. (Muistisairauksien Käypä hoito –suositus, 2017.)

Muistiliiton kuntoutusmalli (2014) on tämänhetkinen muistisairautta sairastavien asiakkaiden kuntoutuksen perusta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Mallin mukaan kuntoutussuunnitelma ohjaa kuntoutusta koko hoitopolun ajan. Kuntoutus alkaa muistisairaahan diagnosoinnista ja se sisältää ensitietoa sekä sopeutumisvalmennusta ja sairauden edetessä päivä kuntoutusta. Asiakkaan tukena on nimetty tukihenkilö ja vertaistukea tarvitaan koko sairauden ajan. Muistisairautta sairastavalla henkilöllä on oikeus hyvään elämään ja kuntoutuksella edistetään yksilölliset elämäntavan mukaista arkea. Muistiliiton kuntoutusmalli on esitetty kuviossa 2. Mallia käytettiin osana teoreettista perustaa tässä opinnäytetyössä.



Kuvio 2. Kuntoutusmalli (Muistiliitto 2014).

### 2.3 Muistisairauksien aiheuttamia yhteiskunnallisia vaikutuksia

Tässä luvussa käsitellään muistisairauksien ja kuntoutuksen vaikutuksia yhteiskunnallisella tasolla. Muistisairauksien lisääntyminen kasvattaa sosiaali- ja terveydenhuollon menoja merkittävästi ja arviolta 85 prosenttia kustannuksista aiheutuu ympärivuorokautisesta hoidosta. Muistisairauksien hoidon välittömien kustannusten on arvioitu Suomessa olevan lähes miljardi euroa ja omaishoidon kustannukset huomioiden yli kaksi miljardia euroa vuodessa. Etenevät muistisairaudet ovat kansanterveydellinen ja -taloudellinen haaste. Muistisairaudet kuormittavat sairastuneita ja heidän läheisiään heikentämällä heidän elämänhallintaansa. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2020b.)

Sosiaali- ja terveysministeriö (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2020c) on laatinut vuosille 2012–2020 Kansallisen muistiohjelman, joka ohjaa sosiaalisesti ja taloudellisesti kestävään hoito- ja palvelujärjestelmän kehittämiseen. Muistiohjelma sisältää tavoitteet aivoterveysten edistämiseksi sekä

muistisairauksien varhaisen toteamisen ja hoidon turvaamiseksi. Vuodesta 2021 eteenpäin muistisairauksien ehkäisyyn ja hoitoon liittyvät tavoitteet sisältyvät laajempaan kansalliseen ikäohjelmaan.

Kunnallisan alan kehittämistätiön ”Ikääntyvä väestö ja toimintakyvyn ylläpito” - julkaisussa (Hussi, Mäkinen & Vauramo, 2017, 20–45) kuntoutuksen kustannushyötyä on arvioitu ja kuntoutusvajeen kustannukseksi on todettu karkeasti noin 350 miljoonaa euroa vuodessa. Laitoshoidon hinnaksi on arvioitu 47 450 euroa ja kotihoidon 10 000 euroa henkilöä kohden vuodessa.

Yhteiskunnan palvelutarpeen kasvun hillitsemiseksi tullaan kaikissa terveyspalveluissa tarvitsemaan terveyttä edistäviin valintoihin ja elämäntapamuutoksiin kannustamista sekä näihin tähtäävää ennaltaehkäisevää terveyspolitiikkaa. Keskeisimpien kansantautien hoitoa tulee edelleen tehostaa yhteiskuntapolitiikan avulla, koska ylipainoa, korkeaa verenpainetta, korkeaa kolesterolia ja diabetesta vähentämällä voidaan vähentää sydän- ja verisuonitautien lisäksi kognitiivisten toimintojen ja muun toimintakyvyn heikentymistä väestössä. Kognitiivisen ja sosiaalisen aktiivisuuden lisäksi liikunnan lisääminen, terveellinen ravinto, riittävä yöuni sekä tupakoinnin ja päihteiden käytön välttäminen ennaltaehkäisevät kansanterveysongelmia. (Koponen, Borodulin, Lundqvist, Sääksjärvi & Koskinen 2018, 191.)

Ikääntyneiden määrän kasvaessa on selvää, että myös muistisairaiden määrä lähivuosikymmeninä tulee kasvamaan. Palvelujärjestelmän kuormituksen minimoimiseksi on tärkeää tukea toimintakyvyn säilymistä ja kotona asumisen onnistumista mahdollisimman pitkään. Terveiden elintapojen ja sairauksien hyvän hoidon sekä esteettömän ympäristön lisäksi kuntoutuksella ja aktiivisuuteen kannustamisella on suuri merkitys ikääntyneiden hyvinvoinnin turvaamisessa. Tarvitaan ongelmien varhaista tunnistamista, puheeksi ottamista ja neuvontaa sekä hoitoon ohjaamista ja hoidon koordinoitua. Tämä edellyttää yhteistyötä kunnan eri sektoreiden, kuluttajaviestinnän, median ja terveyspolitiikan välillä. (Kivipelto, Mangialasche & Ngandu 2018, 653–666; Koponen, Borodulin, Lundqvist, Sääksjärvi & Koskinen 2018, 191–192.)

Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:41 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017b, 57–61) sisältää kuntoutuksen uudistamiskomitean ikääntyneiden kuntoutusprosessin ehdotukset. Ehdotus numero 28 on, että ”Maakunnat ottavat käyttöön ikäihmisten palveluissa asiakas- ja palveluohjauksen toimintamallin, joka voi olla joko toimipaikka tai verkostomainen toimintaprosessi kotona asuvan väestön tukena”. Ikäihmisten kuntoutuksen suosituksessa ehdotetaan palvelukoordinaattorin nimeämistä iäkkään kokonaisvaltaisen hoidon ja kuntoutuksen turvaamiseksi. Prosessi alkaa asiakassuunnitelmasta ja se sisältää toimintakykysuunnitelman, jonka lähtökohtana ovat kuntoutujan arjen tavoitteet. Suunnitelmaan kirjataan kuntoutuksen toteuttamisen suunnitelma, joka sisältää aikataulut. Ikääntyneiden kuntoutusprosessin toteutumista seuraa koordinaattori, joka arvioi tuotettua palvelukokonaisuutta.

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystyöpiiri (Eksote) kotikuntoutusmallissa (Eksote 2022) ikääntyneiden kuntoutusta toteutetaan keskitetyn palveluohjausprosessin kautta. Mallissa on siirretty ja integroitu resursseja rohkeasti ja toteutettu varhaista puuttumista sekä moniammatillista työtappaa. Eksotessa maakunnallinen toimija suunnittelee ja koordinoi monialaista kuntoutusta kotona asuville ikäihmisille. Terveystyöpiiriön suosituksessa todetaan kuntoutuksen tarpeen kasvavan väestön ikääntyessä, jolloin painopiste tulisi olla avokuntoutuksessa ja varhaisessa puuttumisessa. Kuntoutuksen järjestämistä koskevissa ehdotuksissa yhtenä tavoitteena on varmistaa kuntoutuksen asiakaslähtöisyys, oikea-aikaisuus ja alkaminen riittävän varhaisessa vaiheessa ja tätä tulee koordinoita keskitetysti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017b, 57–61.)

Muistisairautta sairastavien henkilöiden aktiivista elämää ja ikääntymistä on tärkeää edistää niin kansantaloudelliselta kuin eettiseltäkin kannalta. Kaikissa hoitopolun vaiheissa on järjestettävä kokonaisvaltaista kuntoutumista tukevaa ryhmätoimintaa. Ryhmätoimintaan osallistaminen on aloitettava ennaltaehkäisevästi. (Muistisairauksien Käypä -hoitosuositus 2017.) Aloitekyvyn heikkenemisen vuoksi muistisairaus voi johtaa yhteiskunnan ulkopuolelle jäämiseen jo ennen diagnoosin saamista. Yhteiskunnan toiminnoista pois

jääminen voi aiheuttaa passivoitumista, mikä saattaa lisätä kustannuksia sairauden edetessä.

Edellisen perusteella voidaan todeta, että muistisairaus vaikuttaa yksilön toimintakyvyn lisäksi myös sairastavan läheisiin ja perheeseen sekä yhteiskuntaan. Yhteiskunnan tasolla vaikutuksia arvioidaan palveluiden tarpeina ja palveluiden järjestämisestä aiheutuvina kustannuksina. Näin ollen taloudellisesti merkittävää on, että muistisairautta sairastava henkilö pystyy asumaan kotona mahdollisimman pitkään ja mahdollisimman kevyillä palveluilla. Tähän päästään tukemalla muistisairautta sairastavan toimintakykyä ja omaisten jaksamista esimerkiksi ryhmämuotoisella toiminnalla. Yleisesti ottaen arki kotona on elämänlaadullisesti sisällöllisempää ja asiakkaan voimavarat huomioiden mahdollisesti myös eettisesti arvokkaampaa kuin laitoksessa. Muistisairautta sairastavan asiakkaan ja perheen mielipide asumisen järjestämisestä tulee kuitenkin ottaa huomioon.

### **3 Kuntoutus toimintakyvyn eri vaiheissa**

#### **3.1 Muistisairauden varhaisvaihe ja lievä vaihe**

Tässä työssä muistisairautta sairastava asiakas kuvataan toimintakyvyn mukaan, eikä muistisairauden diagnoosi ole määrittävä tekijä. Muistisairauden oirekuvaa on käsitelty Alzheimerin taudin pohjalta, koska se on yleisin yksittäinen etenevä muistisairaus. Seuraavaksi tarkastellaan toimintakykyä ja kuntoutusta muistisairauden varhaisvaiheessa ja lievässä vaiheessa.

Alzheimerin taudin lievässä muistisairauden vaiheessa MMSE (Mini-Mental State Examination) -muistitestin pisteet ovat 18–26 pistettä. Muistisairauden lievässä vaiheessa oppiminen, keskittymis- ja päättelykyky heikentyvät, tapahtuu unohtelua, toiminnanohjaus hidastuu, sanojen löytäminen vaikeutuu ja laskemiskyky heikkenee. Sairastuneella saattaa olla apatiaa, vetäytymistä, ärtyisyyttä, ahdistuneisuutta, masennusta ja harhaluuloisuutta.

(Muistisairauksien Käypä hoito –suositus. 2017.)

Varhaisvaiheen muistisairaudessa ensimmäisiä tyypillisiä oireita ovat kielellisessä muistisuorituksessa laajempien kokonaisuuksien mieleen palautuksen vaikeudet sekä nopea unohtaminen. Muistivaikeuksien lisäksi haasteita voi olla nimeämisessä sekä viitteitä toiminnan ohjauksen ja tarkkaavaisuuden säätelyn alkavista vaikeuksista. Oiretietoisuus voi heiketä jo varhaisvaiheessa ja oireiden lisääntyminen vähitellen heikentää omaa käsitystä oireista. (Karrasch, Hokkanen, Hänninen & Hietanen 2019, 246.)

Lievässä vaiheessa muistioireet lisääntyvät, mutta vaikka äskettäin olleita tapahtumia ei pysty palauttamaan mieleen, on menneisyyden tapahtumia helpompi muistaa. Vaativampi työmuistin prosessointi heikkenee toiminnanohjauksen taitojen kanssa. Muistin lisäksi kognitiiviset toiminnot heikkenevät laaja-alaisesti ja esimerkiksi abstrakti ajattelu heikkenee. Kognitiivinen sujuvuus heikkenee ja toiminta hidastuu sekä virhealttius toimintojen tekemisessä kasvaa. Neuropsykologiset vaikeudet alkavat vaikuttaa arkiselviytymiseen jo tässä vaiheessa ja sairastunut saattaa tarvita apua muun muassa rahankäytössä, ruuanlaitossa sekä lääkityksestä huolehtimisessa. Eksymisalttius lisääntyy ja vieraisissa paikoissa voi olla hankala liikkua. Tässä vaiheessa on tärkeää selvittää sairastavan turvaverkosto ja varmistaa, että lähipiirillä on tietoa sairastavan tilanteesta. (Karrasch ym. 2019, 247–248.)

Muistisairaus vaikuttaa sairastavan fyysiseen toimintakykyyn sekä selviytymiseen päivittäisistä toimista. Fyysinen toimintakyky heikkenee usein hitaasti, mutta altistaa haurastumiselle ja lihaskadolle, ja prosessit alkavat jo usein ennen diagnoosin saamista. Muistisairaus voi hidastaa kävelyä, vaikeuttaa toiminnanohjausta, sekä kaksoistehtävistä kuten yhtäaikaista kävelyä ja keskustelusta suoriutumista. Jo lievässä vaiheessa monimutkaiset tarkkaavaisuutta ja päättelyä vaativat sekä välineelliset toiminnot voivat vaikeutua. (Pitkälä ym. 2013, 13.)

Muistisairauden varhaisessa vaiheessa muistikuntoutuksen tavoitteina ovat omatoimisuuden ylläpysyminen ja tiedonkäsittelytoimintojen heikentymisen hidastaminen. Lisäksi pyritään ylläpitämään mielekkäitä rooleja ja toimintatapoja sekä jatkamaan totuttua elämäntyyliä ja vahvistamaan sosiaalisia suhteita.

(Muistisairauksien Käypä hoito –suositus 2017.) Muistisairauden kanssa selviytymistä tukevat varhainen ohjaus ja neuvonta, ensitieto- ja sopeutumisvalmennus sekä erilaiset aktiviteetit ja omaisen tukeminen. (Pirttilä, Heimonen & Granö 2007, 330–331.) Vertaisryhmät antavat mahdollisuuden keskustella sairauden tuomista haasteista ja vahvistavat sairastuneen voimavaroja, mikä edistää sairauteen sopeutumista. Vertaistuki voi helpottaa tilanteen hyväksymistä ja vahvistaa itseluottamusta sekä tarjota mahdollisuuden käsitellä turvallisessa ympäristössä sairauteen liittyviä asioita. (Burnham 2009, 110–111.)

Toimintakykyä tukevien harjoitusten tulee olla tekemiseltään merkityksellisiä ja tuottaa onnistumisen iloa muistisairautta sairastavan voimavarat huomioiden. Toiminnan tulee olla arvostavaa ja aikuisille kohdennettua. Harjoittelu kannattaa sijoittaa niin, että vireystila on parhaimmillaan ja harjoittelumotivaatio ja mielenkiinto säilyvät. Harjoitteissa tulee olla selkeä aloitus ja lopetus sekä riittävästi toistoja ja kertaamista. Tämä tukee taitojen säilymistä ja saa aikaan hermosolujen välistä aktivaatiota. (Mönkäre & Immonen 2019, 130.)

Sosiaalistavan ryhmäkuntoutuksen on todettu parantavan merkittävästi yksinäisyydestä kärsivien ikääntyneiden kognitiota vertailuryhmään verrattuna. Tutkimusryhmissä oli mukana muistisairauden lievässä vaiheessa olevia ikääntyneitä ja kognition parantumista voidaan verrata jopa muistisairauslääkkeillä saatuihin tuloksiin. Ryhmätapaamisia oli kolmen kuukauden aikana 12 ja ryhmiin osallistui noin seitsemän - kahdeksan ikäihmistä. Ryhmädynamiikan hyväksikäyttöön perustuvien ryhmien tavoitteena oli osallistujien keskinäisen vuorovaikutuksen ja vertaistuen lisääminen sekä sosiaalisen aloitteellisuuden ja elämänhallinnan parantaminen. (Pitkälä, Routasalo, Kautiainen & Tilvis, 2011.)

### **3.2 Muistisairauden keskivaikea vaihe**

Tässä luvussa tarkastellaan toimintakykyä ja kuntoutusta muistisairauden keskivaikeassa vaiheessa. Alzheimerin taudin keskivaikeassa sairauden

vaiheessa MMSE (Mini-Mental State Examination) -muistitestin pisteet ovat 10–22 pistettä. Keskivaikeassa taudin vaiheessa lähimuisti heikentyy, kätevytydessä ja visuospatiaalisessa kyvyssä on vaikeuksia, puheen tuotossa ja hahmottamisessa voi olla vaikeutta, orientaatio saattaa häiriintyä ja sairautentunto voi olla heikentynyt. Sairastuneella voi olla harhaluuloisuutta, levottomuutta, hallusinaatioita, vaeltelua, uni-valverytmin häiriöitä ja masennusta. Pinnalliset sosiaaliset taidot ovat usein säilyneet tässä vaiheessa. (Muistisairauksien Käypä hoito –suositus 2017.)

Keskivaikean vaiheen muistisairaudessa muistivaikeudet lisääntyvät edelleen, orientaatio heikkenee ja esimerkiksi uuden oppiminen on hyvin vaikeaa. Omaelämäkerrallinen muisti rajautuu entisestään kaukaisempiin vuosiin. Erityishäiriöt kuten afasia eli puheen tuottamisen ja ymmärtämisen häiriö sekä apraksia eli tuttujen liikkeiden ja liikesarjojen suorituksen vaikeudet lisääntyvät. Pukeutuminen ja liikkuminen voivat vaikeutua, ja kirjoittaminen, lukeminen ja laskeminen onnistuvat yhä heikommin. Toiminnanohjauksessa esiintyy sekaantumis- ja juuttumisalttiutta tai toimintojen hidastumista. (Karrasch ym. 2019, 248.)

Kuntoutuksen tavoitteina muistisairauden keskivaikeassa vaiheessa ovat omatoimisuuden ja liikuntakyvyn ylläpysyminen sekä arjen toimintoihin osallistuminen. Kuntoutuksessa pyritään aikaansaamaan onnistumisen kokemuksia ja vahvistamaan itsetuntoa. (Muistisairauksien Käypä hoito –suositus 2017; Pirttilä ym. 2007, 330–331.) Lisäksi tulee pyrkiä lieventämään ja ennaltaehkäisemään mahdollisia käytösoireita. Sosiaalisten suhteiden ja läheisten jaksamisen tukeminen ovat myös tärkeitä tavoitteita tässä sairauden vaiheessa. (Muistisairauksien Käypä hoito –suositus 2017.)

Liikuntaharjoittelu on hyödyllistä muistisairauden keskivaikeassa vaiheessa ja se vaikuttaa myönteisesti liikkumiskyvyn lisäksi kognition eri osa-alueisiin. Alaraajojen lihasvoimaharjoittelulla voidaan parantaa fyysistä toimintakykyä ja pienentää kaatumisriskiä. Vaihteleva ja monipuolinen motorinen harjoittelu sekä aistien aktivointi saattavat olla myös muistin kannalta hyödyllisiä. Muistisairaahan toimintakykyä voidaan ylläpitää sosiaalisella ja psyykkisellä toiminnalla sekä

tarjoamalla uusiakin liikuntaympäristöjä ja liikuntatapoja. (UKK-instituutti 2020.) Liikunnallisella harjoittelulla voidaan parantaa myös kognitiota, koska harjoittelu parantaa toiminnanohjausta, ajattelun nopeutta ja viivästettyä mieleen palauttamista (Heyn, Johnson & Kramer, 2008). Lievää tai keskivaikeaa muistisairautta sairastavien toimintakykyä on voitu parantaa toimintaterapeutin ohjauksella ja tämä on todettu myös kustannustehokkaaksi. Toimintaterapeuttinen harjoittelu paransi myös liikuntakykyä. (Graff ym. 2008.)

### **3.3 Muistisairauden vaikea vaihe**

Tässä luvussa tarkastellaan toimintakykyä ja kuntoutusta muistisairauden vaikeassa vaiheessa. Alzheimerin taudin vaikeassa sairauden vaiheessa MMSE (Mini-Mental State Examination) -muistitestin pisteet ovat 0–12 pistettä. Vaikeassa taudin vaiheessa puheen tuotto rajoittuu, ymmärtäminen vaikeutuu huomattavasti, sairastuneella on keskittymiskyvyttömyyttä ja vaikeaa apraksiaa. Sairastunut voi olla levoton, aggressiivinen, masentunut, apaattinen ja motorinen käytös voi olla poikkeavaa. Sairastunut voi karkailla sekä uni-valvetrytmi olla häiriintynyt. (Muistisairauksien Käypä hoito –suositus 2017.) Vaikean vaiheen muistisairaudessa sairastavan sairaudentunto on heikko ja myös käyttäytymishäiriöt voivat lisääntyä. Arkielämästä selviytyminen on riippuvaista muiden päivittäisestä avusta ja lähes jatkuvasta valvonnasta. (Karrasch ym. 2019, 248.)

Kuntoutuksen tavoitteina muistisairauden vaikeassa vaiheessa ovat liikuntakyvyn ja säilyneiden toimintojen ylläpysyminen. Kuntoutuksella ehkäistään lisäoireita, lievennetään käytösoireita ja tuetaan ilmaisukykyä. (Muistisairauksien Käypä hoito –suositus 2017.) Kuntoutuksen tavoitteena on vuorovaikutustaitojen ja liikuntakyvyn ylläpysyminen muun muassa muokkaamalla ympäristöä selviytymistä tukevaksi ja mielihyvää tuottavaksi. Myös läheisten jaksamisen huomioon ottaminen on tärkeää. (Pirttilä ym. 2007, 330–331.) Vaikean vaiheen muistisairaiden toimintakykyä on voitu parantaa liikunnallisen harjoittelun avulla (Muistisairauksien Käypä hoito –suositus 2017).

Muistisairauden vaikean vaiheen kuntoutus on vaativaa. Tässä vaiheessa hoitohenkilökunnan usko asiakkaiden kuntoutumisen mahdollisuuksiin ja voimavaroihin vaikuttaa kuntoutuksen toteutumiseen. Tämä vuoksi kuntoutus saattaa myös jäädä toteutumatta. Asiakkaan elämänlaadun sekä hoitohenkilökunnan ja omaisten kuormittumisen vähentämisen kannalta muistisairaahan pienelläkin kuntoutumisella tai toimintakyvyn paranemisella on merkitystä. Esimerkiksi itsenäisen pukemisen onnistuminen tai kävelykyvyn ylläpysyminen vähentävät hoidon tarvetta merkittävästi ja tuovat sairastuneelle itsenäisyyden tunnetta. Iäkkään osallisuuden tukemisella voidaan parantaa myös mielialaa ja kuntoutusmotivaatioita. Toimintakyvyn heikkeneminen aiheuttaa lisäksi masennusoireita ja masennusta taas voidaan lieventää toimintakykyä parantamalla. Tutkimuksessa todetaan, että tehostetun palveluasumisen asukkaista vain alle puolet osallistuivat kuntouttavaan toimintaan. Osallisuuden tunteen ja kuntoutuksen puute aiheuttavat näin myös masennusta ja kognition heikkenemistä. Asukkaille tulisi järjestää osallistumisen mahdollisuuksia yksilöllisin ja toimivin ratkaisuin. (Edgren ym. 2021.)

Muistisairauden vaikeassa vaiheessa ilmenevien käytösoireiden hoidossa lääkkeettömät keinot ovat ensisijaisia. Käypä hoito –suositusten tutkimusten mukaan on todettu, että käytösoireiden hoidossa tehokkaita menetelmiä ovat musiikkiterapia, ryhmätoiminta, omaisten ja hoitohenkilökunnan kommunikaation edistäminen sekä potilaskeskeinen hoito. (Muistisairauksien Käypä hoito -suositus 2017.) Omaishoitajan ohjaus, taloudellinen tuki, muistisairaahan liikunnallinen harjoittelu, sopeutumisvalmennus ja käytösoireiden lääkkeetön hoito lievensivät kotona asuvien muistisairaiden käytösoireita. (Callahan ym. 2006.) Taulukossa 1 on esitetty yhteenvetona edellisissä luvuissa esiin tulleet kuntoutuksen tavoitteet muistisairauden eri vaiheissa.

<b>Muistisairauden vaihe</b>	<b>Kuntouksen tavoite</b>
Varhaisvaihe ja lievä vaihe	Omatoimisuuden ylläpysyminen. Tiedonkäsittelyn heikentymisen hidastuminen. Mielekkäiden roolien ja toimintatapojen ylläpysyminen. Elämäntyylin ja sosiaalisten suhteiden jatkaminen.
Keskivaikea vaihe	Omatoimisuuden ja liikuntakyvyn ylläpysyminen. Arjen toimintoihin osallistuminen. Käyttöoireiden ehkäiseminen tai lieventyminen. Onnistumisten kokemusten saaminen. Itsetunnon vahvistuminen. Sosiaalisten suhteiden ja läheisten jaksamisen tukeminen.
Vaikea vaihe	Liikuntakyvyn ja säilyneiden toimintojen ylläpysyminen. Lisäoireiden ja käyttöoireiden ehkäiseminen tai lieventyminen. Ilmaisukyvyn tukeminen.

Taulukko 1. Kuntoutuksen tavoitteet muistisairauden eri vaiheissa (Muistisairauksien Käypä hoito –suositus 2017).

### 3.4 Esimerkki kuntoutuksen merkityksestä fyysiseen toimintakykyyn

Tässä luvussa kuvataan esimerkki yhdestä kehyskunnasta ja ryhmäkuntoutuksen merkityksestä fyysiseen toimintakykyyn. Esimerkissä nähdään, miten ryhmäkuntoutuksen tauko aiheutti muutoksen toimintakyvyssä fyysisen toimintakyvyn mittarilla arvioituna. Tämän esimerkin mukaan voidaan päätellä, että ryhmäkuntoutus on merkityksellistä.

Yhdessä kehyskunnassa järjestetään päiväkuntoutusta, joka sisältää toimintakykyä ylläpitävää kuntoutusta. Fyysistä toimintakykyä testataan säännöllisesti puolen vuoden välein SPPB-testillä (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2021d). SPPB- eli lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö mittaa iäkkäiden henkilöiden tasapainon hallintaa seisten, kävelynopeutta ja alaraajojen lihasvoimaa asteikolla 0–12. Päiväkuntoutusryhmät olivat tauolla COVID-19-pandemian takia 16.3.-11.8.2020. Tauko päiväkuntoutuksesta vaikutti asiakkaiden fyysiseen toimintakykyyn SPPB-testillä arvioituna.

Päiväkuntoutusryhmissä testattiin 60 kuntoutujaa SPPB-testillä elokuussa 2020, marraskuussa 2020 ja helmikuussa 2021. Kaikille tässä otoksessa mukana olleille oli tehty SPPB-testi ennen päiväkuntoutustaukoa. Ryhmäkuntoutuspäivä sisältää kuntoutujan tavoitteiden mukaan fyysistä harjoittelua kuntosalilla, kävelyä ulkona, kognitiivista harjoittelua, keskustelua ja ruokailut. Osalla kuntoutujista tavoitteet painottuvat enemmän psyykkisen toimintakyvyn tukemiseen.

Otoksessa olevat kuntoutujat pystyivät kävelemään vähintään neljä metriä apuvälineen kanssa. Testauksesta rajattiin pois pyörätuolia pääsääntöisesti liikkumisen apuvälineenä käyttävät kuntoutujat. Otokseen hyväksyttiin kuntoutujat, joille oli mahdollista tehdä kaikki neljä mittausta. Kuntoutujista 25 osallistui päiväkuntoutukseen kerran viikossa ja 35 kaksi kertaa viikossa. Kuntoutujista kymmenen osallistui iltapäiväkuntoutukseen ja 50 kokopäiväiseen kuntoutukseen.

SPPB-testien tulokset on esitetty taulukossa 2. Testien tulokset eriteltiin kerran ja kaksi kertaa viikossa käyneiden osalta. Kerran viikossa päiväkuntoutusryhmässä kävijöiden (N=25) SPPB-pisteiden (0–12 pistettä) keskiarvo oli ennen päiväkuntoutuksen taukoa 7,0 pistettä, elokuussa 2020 6,9 pistettä, marraskuussa 2020 7,3 pistettä ja helmikuussa 2021 7,0 pistettä. Kaksi kertaa viikossa kävijöiden (N=35) osalta keskiarvo oli ennen päiväkuntoutuksen taukoa 8,5 pistettä, elokuussa 2020 7,4 pistettä, marraskuussa 2020 8,2 pistettä ja helmikuussa 2021 8,4 pistettä.

Käyntimäärä	SPPB ka ennen taukoa	SPPB ka elokuu 2020	SPPB ka marraskuu 2020	SPPB ka helmikuu 2021
1 x viikko (N=25)	7,0	6,9	7,3	7,0
2 x viikko (N=35)	8,5	7,4	8,2	8,4

Taulukko 2. SPPB-testin tuloksia päiväkuntoutusryhmäläisillä ennen COVID-19-pandemiasta aiheutunutta taukoa ja tauon jälkeen.

Tuloksista nähdään, että SPPB-testin tulokset heikkenivät päiväkontoutustauon aikana. Lisäksi nähdään, että kaksi kertaa viikossa päiväkontoutusryhmään osallistuneiden SPPB-testin tuloksissa tapahtui enemmän muutosta tauon aikana kuin yksi kertaa viikossa päiväkontoutusryhmään osallistuneilla. COVID-19-pandemiasta johtuvan päiväkontoutustauon aikana osallistujat eivät käyneet kuntoutuksessa ja arki oli oletettavasti passiivisempaa kotona. SPPB- testien tuloksien perusteella ei voida poissulkea muita tekijöitä, jotka ovat saattaneet vaikuttaa fyysiseen toimintakykyyn.

Tässä opinnäytetyössä tämä esimerkki tuo esiin ryhmäkuntoutuksen merkitystä fyysiseen toimintakykyyn käytännön toimintaympäristössä. Ryhmäkuntoutuksen tauon aikana toimintakyky heikkeni SPPB-testillä arvioituna. Tavoitteellisen säännöllisen päiväkontoutuksen voidaan nähdä parantavan fyysistä toimintakykyä. Kuvattu esimerkki vahvistaa ryhmäkuntoutuksen tärkeyttä ja perustelee sen merkitystä.

## **4 Opinnäytetyön metodologiset lähtökohdat**

### **4.1 Tarkoitus, tavoite, tehtävät ja tuotos**

Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää muistisairautta sairastavien asiakkaiden ryhmäkuntoutusta siten, että kotona asuminen onnistuisi pidempään. Tavoitteena on luoda ryhmäkuntoutusmalli, joka koostetaan eri toimijoiden ryhmäkuntoutukselle antamien merkitysten avulla.

Tiedontuotannon tehtävänä on tuottaa tietoa, millaista ryhmäkuntoutusta tarvitaan, jotta kotona asuminen onnistuisi pidempään. Tietoa tuottavina toimijoina ovat muistisairautta sairastavat asiakkaat ja omaiset, heidän kanssaan työskentelevät ammattilaiset sekä esihenkilöt. Kehittämistehtävänä on tuottaa ryhmäkuntoutusmalli muistisairautta sairastavien asiakkaiden ryhmäkuntoutuksen järjestämisestä Turun kehyskunnissa.

## 4.2 Metodologiset ja tiedon rakentumisen lähtökohdat

Opinnäytetyössä käytetään konstruktivistista lähestymistapaa, koska kehittämistyö tapahtui ryhmissä dynaamisissa vuorovaikutustilanteissa. Ryhmässä keskustelemisen vahvuutena on tiedontuotannossa moniulotteisemman näkemyksen saanti ja ideoiden jalostuminen keskustelun aikana. Ryhmässä tietoa tuotetaan enemmän ja luovemmin kuin yksilö tuottaisi yksinään. Tässä työssä ei tavoitella yleistettävyyttä, kuten määrällisen tutkimuksen töissä, vaan tieto on moninäkökulmaista ja merkitykset syntyvät keskusteluissa. (Kekäle & Puusa 2020, 46–47.) Opinnäytetyössä käytetään laadullista tutkimusstrategiaa ja sovelletaan toimintatutkimuksellista otetta. Tavoitteena on saada uutta käytännöllistä tietoa ryhmäkuntoutuksen merkityksellisyydestä sekä aikaansaada uusi malli teorian ja käytännön yhdistyessä. Toimintatutkimuksellisen prosessin tuloksena pidetään muutosta entiseen, mikä tässä työssä tarkoittaa mallia ryhmäkuntoutuksen järjestämisestä Turun kehyskuntiin. Toimintatutkimuksessa tutkija on osa kehitettävän ilmiön toimintaa ja läsnä kehittämisen prosessissa (Kananen 2014, 11–17). Opinnäytetyöntekijät olivat aktiivisina ohjaajina mukana tiedontuotannossa hyödyntäen omaa ammattitaitoaan muistikuntoutuksen fysioterapeutteina.

Organisaatiotasolla tavoitteet ovat organisaation itseymmärryksen lisääntyminen, muutoksen saavuttaminen ja muutostoimien vieminen käytäntöön. Toimintatutkimuksessa uuden tiedon tuottamiseen osallistuvat kaikki toimijat, kuten asiakkaat, henkilöstö, johto ja opinnäytetyöntekijät. (Juuti & Puusa 2020, 268–269.) Edellä mainittu toteutuu tämän opinnäytetyön kehittämisprosessissa.

Toimijälähtöisessä, osallistavassa kehittämisessä kehittämistoimintaan otetaan mukaan toimijat, joita kehittäminen koskee. Kehittäminen on sosiaalinen prosessi, yhteistyösuhde, jossa korostuu dialogisuus. (Arola & Suhonen 2014.) Tässä opinnäytetyössä käytettiin käyttäjä- ja toimijakeskeistä kehittämistä menetelmänä. Kehittämistoimintaan osallistettiin muistisairautta sairastavia asiakkaita, omaisia, heidän kanssaan työskenteleviä ammattilaisia sekä

esihenkilöitä. Ammattilaisia ja esihenkilöitä osallistamalla sitoutettiin heitä ryhmäkuntoutuksen edistämiseen kotikunnassaan. Kehittämisyhmissä pyrittiin tasavertaiseen ja aktiiviseen vuorovaikutukseen. Osallistavan tutkimuksellisen kehittämistoiminnan mukaisesti tietoa kerättiin kehittämisen prosessin aikana.

Muistisairautta sairastavien henkilöiden ja omaisten osallistamisen keskiössä oli asiakasnäkökulman ja sellaisen tiedon esiin tuominen, joka on aiemmin jäänyt katveeseen. Ryhmien tuotoksilla tavoiteltiin kompromissia, jossa kaikkien näkökulma hyväksyttiin. Kehittämistilanteesta luotiin avoin vuorovaikutustilanne, jotta osallistajat voisivat myös oppia toisiltaan. (Toikko & Rantanen 2009, 91–93.)

Opinnäytetyössä tuodaan esiin muistisairautta sairastavien asiakkaiden ryhmäkuntoutukseen liittyviä merkityksiä. Merkitykset tulevat esiin kehittämistoiminnan tuloksena saadussa aineistossa, esimerkiksi kuvauksina kokemuksista ryhmäkuntoutuksesta ja sen järjestämisestä. Kehittämistyöryhmissä osallistajat tuottivat vuorovaikutuksessa keskenään merkityksellisiä asioita muistisairautta sairastavan asiakkaan ryhmäkuntoutukseen liittyen.

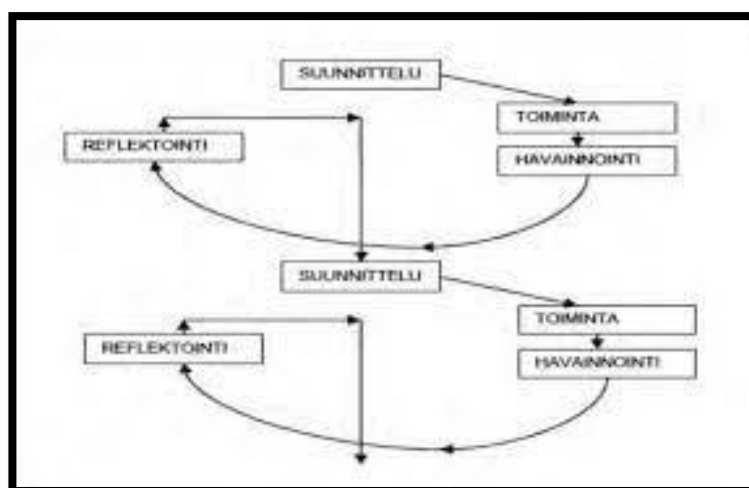
Merkitykset muodostuvat ihmisten toiminnassa ja ovat osa ihmisten muodostamaa ja käsittämää maailmaa. Asioiden merkityksellisyys kullekin ihmiselle muodostuu tarinoista, ihmisen historiasta, kokemuksista ja elämäntapahtumista. Merkitykset vaihtuvat, ovat inhimillisiä ja muuttuvat. Ne voivat olla myös kulttuurisidonnaisia. Merkitykset ylläpitävät toimintaa ja järjestävät arkielämää. Kokemus asioista muodostuu yksilöllisen taustan, tarinan ja ihmisen oman merkityksenannon kautta ja kaikilla merkityksillä on omat kontekstinsa. (Lehtonen 2004, 14–18.)

Opinnäytetyön viitekehyksessä esitettiin näyttöön perustuvaa tietoa muistisairauksista, toimintakyvystä ja kuntoutuksesta, mikä antaa pohjan myös reflektoinnille. Tietoperustassa on määritelty keskeiset käsitteet ja niiden väliset suhteet. Muistisairauksien vaikutuksia toimintakykyyn ja kuntoutuksen merkitystä on käsitelty suhteessa toisiinsa. Lähteinä on käytetty kirjallisuutta,

artikkeleita ja tutkimuksia, joista suurin osa on vertaisarvioituja ja näytön asteeltaan luotettavia sekä ajantasaisia. Perustana on käytetty valtakunnallisia suosituksia sekä kansallisia ja kansainvälisiä tutkimuksia. Viitekehyksen tietoa on analysoitu kriittisesti ja syntetisoitu tämän työn tulokulmaan sopivaksi. Konstruktivistinen lähestymistapa, toimintatutkimuksellinen ote, toimijalähtöinen, osallistava kehittäminen sekä laadullinen tutkimusstrategia sopivat tähän opinnäytetyöhön, jossa merkityksiä tuotettiin sosiaalisessa vuorovaikutuksessa osallistujien kanssa. Osallistujien tuottamat eri tasoiset merkitykset koottiin spiraalimaisen kehittämisprosessin aikana yhteen ja analysoitiin teemoittelemalla laajemmiksi merkityskokonaisuuksiksi.

### 4.3 Spiraalimalli

Tässä opinnäytetyössä kehittäminen tapahtui konstruktiviseen lähestymistapaan pohjautuen spiraalimallin mukaisesti (kuvio 3). Yhteisöllinen ja osallistava näkökulma korostuvat konstruktivisessa kehittämisessä, jossa kehittämishanke suunnitellaan huolellisesti ja vaiheistetaan. Toiminnasta opitaan, kehittäminen on osallistavaa ja menetelmäosaaminen on hyvää. Konstruktivisessa mallissa reflektoidaan paljon ja kehittäminen on vuorovaikutuksellista sekä spiraalimaista. Spiraalimallissa ihminen on sosiaalinen, luova ja oppiva yksilö taustoineen ja näin yksilön hiljaista osaamista voidaan hyödyntää. (Salonen 2013, 15–20.)



Kuvio 3. Toimintatutkimuksen spiraalimalli (Salonen 2013, 16).

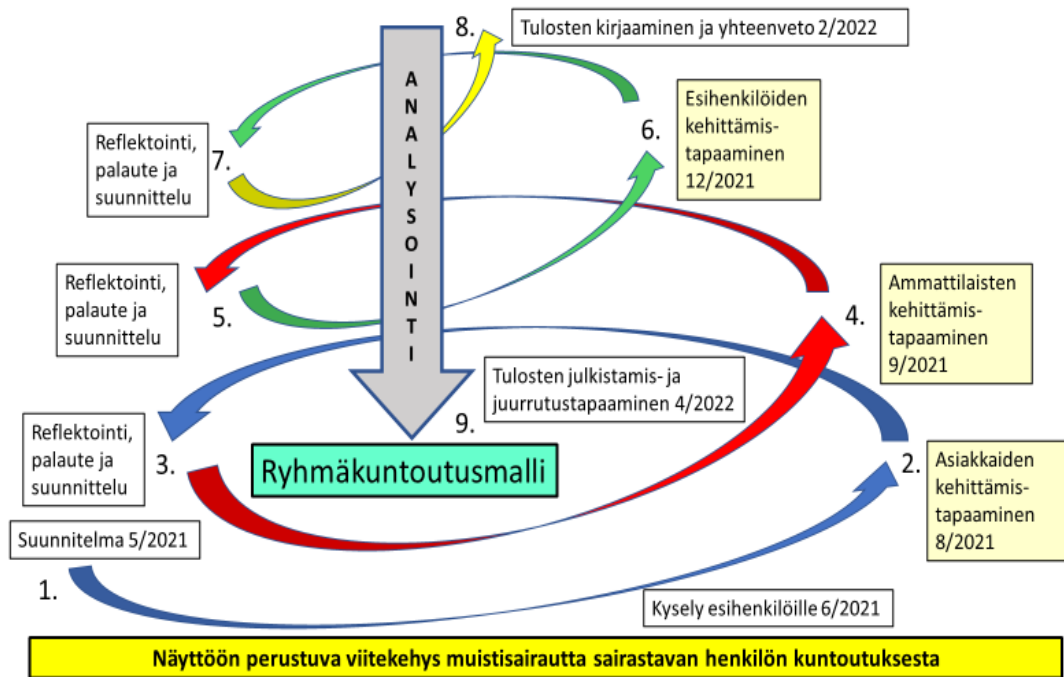
Tässä työssä kehittäminen tapahtui vuorovaikutuksessa osallistujien kesken ja työskentelyä arvioitiin spiraalimallin tavoin koko prosessin ajan. Spiraalimallissa kehittäminen tapahtuu sykleittäin spiraalina. Tehtävät, organisointi, toteutus ja arviointi muodostavat kehän. Toiminta jatkuu ja prosessin edetessä muodostuu uusi kehä. Reflektiivisyys, arviointi ja vuorovaikutus ovat keskiössä.

Spiraalimallissa otetaan huomioon kehittämistyöprosessissa olevat kehittämistoiminnan sosiaaliset, kulttuuriset ja inhimilliset piirteet. Spiraalimallin mukaisessa kehittämistyössä arviointia tehdään jatkuvasti ja tämän pohjalta kehittämistoiminnan suunnitelmaa voidaan muuttaa ja tarkentaa. (Salonen 2013, 15–20.) Viitekehyksessä esitetty tietoperusta oli pohjana spiraalimallisesti etenevässä ja jatkuvasti arvioitavassa kehittämisprosessissa.

## **5 Kehittämisprosessin toteutus ja arviointi**

### **5.1 Kehittämisprosessin malli ja aikataulu**

Seuraavissa luvuissa kuvaamme kehittämisprosessin toteutumista käytännössä peilaten edellä mainittuihin metodologisiin ja tiedon rakentumista koskeviin lähtökohtiin. Opinnäytetyön kehittämisprosessin vaiheet, aikataulu ja sisällöt on esitetty kuviossa 4. Kehittämisprosessin malli on tehty tähän opinnäytetyöhön spiraalimallin pohjalta. Reflektiivisyys, arviointi ja vuorovaikutus ovat tärkeässä osassa mukailen spiraali- ja konstruktivistista mallia. Opinnäytetyön mallissa konstruktivistisia piirteitä ovat yhteisöllinen ja osallistava näkökulma.



Kuvio 4. Opinnäytetyön kehittämisprosessin malli ja aikataulu

Tässä opinnäytetyössä kehittäminen lähti kehittämistarpeen tunnistamisesta ja eteni suunnittelu- ja toteutusvaiheeseen prosessia jatkuvasti arvioiden. Tieto tuotettiin kehittämistapaamisissa spiraalimallin mukaisesti. Prosessista syntyivät tulokset ja tuotos, joita peilattiin aikaisempaan tietoon asiasta. Kehittämisen prosessiin sisältyi myös uuden tiedon käyttöönotto ja kehittäminen. Kehittämistoiminta tapahtui syklisenä ja reflektiivisenä jatkumona, jossa kehittäminen tapahtui yhdessä tekemällä ja osallistumalla. (Salonen, Eloranta, Hautala & Kinos 2017, 52–54.)

## 5.2 Työn toimeksiantaja ja toimintaympäristön kuvaus

Opinnäytetyön toimeksiantajana oli Raision kaupunki. Opinnäytetyöllä ei ollut ulkopuolista rahoitusta. Raision kaupunki tarjosi kehittämistyöryhmille tilat ja tarjoilut. Ryhmätapaamiset ja yhteistyö toimeksiantajan kanssa toteutettiin sovittuun työajalla. Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Turun kehyskuntien kanssa, joita ovat Kaarina, Lieto, Naantali, Perusturvakuntayhtymä Akseli (Masku, Mynämäki, Nousiainen) sekä Raision ja Ruskon yhteistoiminta-alue.

Turun kehyskuntien muistisairautta sairastavien henkilöiden määrä väestöennusteiden mukaan vuosina 2020, 2025 ja 2040 on esitetty taulukossa 3. Arvio perustuu Tilastokeskuksen väestölaskentaan 31.12.2019. Ennusteet on laskettu Muistiliiton ohjeiden mukaan, jossa valtakunnallisen linjauksen mukaisesti varhaisvaiheen määriä ei lasketa. (Muistiliitto 2022.)

Kunta	Ikä vuosina	Vuosi 2020	Vuosi 2025	Vuosi 2040
Kaarina	30–64	41	42	43
	65–74	176	166	178
	75–84	252	346	386
	85-	271	345	758
	<b>Yhteensä</b>	<b>740</b>	<b>899</b>	<b>1365</b>
Lieto	30–64	25	25	25
	65–74	95	88	101
	75–84	132	186	214
	85-	160	195	412
	<b>Yhteensä</b>	<b>412</b>	<b>494</b>	<b>752</b>
Naantali	30–64	23	23	22
	65–74	127	125	123
	75–84	167	241	290
	85-	181	225	547
	<b>Yhteensä</b>	<b>498</b>	<b>614</b>	<b>982</b>
Masku (Akseli)	30–64	12	11	10
	65–74	45	44	48
	75–84	60	82	102
	85-	64	81	182
	<b>Yhteensä</b>	<b>181</b>	<b>218</b>	<b>342</b>
Mynämäki (Akseli)	30–64	9	9	8
	65–74	49	46	41
	75–84	70	90	102
	85-	96	105	202
	<b>Yhteensä</b>	<b>224</b>	<b>250</b>	<b>353</b>
Nousiainen (Akseli)	30–64	6	5	5
	65–74	25	24	20
	75–84	28	40	48
	85-	44	41	98
	<b>Yhteensä</b>	<b>103</b>	<b>110</b>	<b>171</b>
Akseli Raisio (yhteistoiminta- alue, Rusko)	30–64	29	28	27
	65–74	133	127	113
	75–84	188	234	268
	85-	243	289	502
	<b>Yhteensä</b>	<b>593</b>	<b>678</b>	<b>910</b>
Rusko (yhteistoiminta- alue, Raisio)	30–64	8	8	8
	65–74	31	29	30
	75–84	40	56	64
	85-	47	62	139
	<b>Yhteensä</b>	<b>126</b>	<b>155</b>	<b>241</b>
<b>Yhteistoiminta- alue Raisio- Rusko</b>	<b>Yhteensä</b>	<b>719</b>	<b>833</b>	<b>1151</b>

Taulukko 3. Keskivaikean ja vaikean muistisairauden esiintyvyys (Muistiliitto 2022; Tilastokeskuksen väestölaskennat 2000 ja 2010, väestöennuste 2012–2060).

Eniten muistisairautta sairastavia henkilöitä on Kaarinassa ja vähiten Liedossa. Perusturvakuntayhtymä Akselin ja Yhteistoiminta-alue Raisio-Ruskon

muistisairautta sairastavien henkilöiden määrä on esitetty sekä kuntakohtaisesti että yhteenlaskettuna. Arvion mukaan muistisairautta sairastavien henkilöiden määrä lisääntyy tulevaisuudessa merkittävästi kaikissa kunnissa. Tämän perusteella kuntoutuksen tarve tulee kasvamaan huomattavasti vuoteen 2040 mennessä. Kuntoutustarpeen lisääntymiseen pystytään vastaamaan ryhmäkuntoutusta toteuttamalla.

Toimintaympäristön ryhmäkuntoutuksen nykytilannetta selvitettiin kehyskuntien esihenkilöille lähetetyllä Webropol-kyselyllä. Kaikista kehyskunnista (Kaarina, Lieto, Naantali, Perusturvakuntayhtymä Akseli, Raisio-Rusko) vastattiin etukäteiskyselyyn. Vastauksista käy ilmi, että jokaisessa kehyskunnassa järjestetään jonkinlaista ryhmäkuntoutustoimintaa muistisairautta sairastaville asiakkaille. Tällä hetkellä ryhmäkuntoutus on kehyskunnissa erilaista ja hajanaista, eikä kunnissa ole yhtenäistä mallia. Kyselyn perusteella kaikissa kunnissa ryhmiä ei ohjaa kuntoutuksen ammattilainen, eikä toiminta ole koordinoitua. Olemassa olevien ryhmien vaikuttavuus jää epäselväksi.

Webropol-kyselyn mukaan kaikissa kunnissa ei ole ensitietotyyppistä ryhmää eikä päiväkuntoutusryhmiä. Vain yhdessä kunnassa on vaikean vaiheen päiväkuntoutusryhmiä. Neljässä kunnassa muistisairaiden ryhmäkuntoutukseen osallistuu 10–50 henkilöä viikossa ja yhdessä yli 100 henkilöä viikossa. Pääasiassa ryhmäkuntoutusta tarjotaan pienelle määrälle asiakkaita suhteutettuna muistisairautta sairastavien henkilöiden määrään. Ryhmiä ohjaavat eri kunnissa eri ammattilaiset, kuten toimintaterapeutti, fysioterapeutti, muistikoordinaattori, sosionomi, geronomi, sairaanhoitaja, lähihoitaja, kuntohoitaja ja toiminnanohjaaja. Edellä kuvattujen Webropol-kyselyn vastausten pohjalta ryhmäkuntoutuksen järjestämisen mallille on tarvetta toiminnan paremman organisoinnin ja ryhmien toteutumisen onnistumiseksi tasapuolisesti kaikissa kehyskunnissa.

### 5.3 Tiedontuottajat ja tiedontuotannon menetelmät

Tiedontuottajina kehittämisprosessissa olivat Varsinais-Suomen Muistiaktiivit -ryhmäläiset, muistisairautta sairastavien asiakkaiden kanssa työskentelevät ammattilaiset sekä esihenkilöt. Muistiaktiivit ovat maakunnassa toimiva vaikuttajaryhmä, jonka jäsenet edustavat muistisairautta sairastavia henkilöitä ja heidän läheisiään. (Varsinais-Suomen muistiyhdistys Ry 2021.) Asiakkaiden kehittämistyöryhmään osallistui seitsemän Varsinais-Suomen muistiaktiivit -ryhmän jäsentä. Osallistujina oli kolme pariskuntaa sekä yksi omainen. Pariskunnista toinen osapuoli sairastaa muistisairautta. Ennakkoon ilmoittautuneista yksi pariskunta perui osallistumisensa ja yhden omaisen muistisairas puoliso jäi tulematta paikalle. Tässä työssä asiakkailla tarkoitetaan jatkossa muistisairautta sairastavia asiakkaita ja heidän omaisiaan.

Asiakkaiden kehittämistyöryhmässä kehittämisen työkaluna käytettiin aivoriihimenetelmää. Aivoriihi on luovan ideoinnin väline, jonka tavoitteena on ryhmässä keksiä uusia ratkaisuja ongelmaan tai kehitettävään tehtävään. Ideat voivat kumpuilla toisten ideoiden pohjalta ja näin oletetaan ideoinnin olevan tuloksekkaampaa. Kaikkien ehdotuksien on tarkoitus tulla kuulluiksi. (Innokylä 2021a.)

Turun kehyskunnista koottiin kehittämistyöryhmä muistikoordinaattoreista ja työntekijöistä, jotka tekevät kuntoutustyötä muistisairautta sairastavien asiakkaiden kanssa. Kehittämistapaamiseen osallistui viisi muistikoordinaattoria, viisi muistisairaiden ryhmäkuntoutuksen parissa työskentelevää ammattilaista sekä kaksi työntekijää Varsinais-Suomen muistiyhdistyksestä. Esihenkilöiden kehittämistyöryhmään kutsuttiin Turun kehyskuntien hoidon ja hoivan tulosalueilta kaksi esihenkilöä kustakin kunnasta. Lisäksi kutsuttiin sosiaali- ja terveysalan asiantuntija ja Varsinais-Suomen muistiyhdistyksen kaksi asiantuntijaa. Paikalle pääsi yhteensä yhdeksän henkilöä, joista yksi työskenteli Teams:in välityksellä. Kaikki kutsutut kunnat olivat edustettuina.

Ammattilaisten ja esihenkilöiden tapaamisissa työskenneltiin ryhmissä hyödyntäen oppimiskahvilatyypistä työskentelyä. Oppimiskahvila on yhteistoimintamenetelmä keskustelun pohjaksi ja tiedon luomiseen. Tarkoituksena on ideoida keskustellen sekä löytää ryhmässä yhteinen ymmärrys pohdittavaan asiaan. Oppimiskahvila on menetelmänä prosessi, jossa keskitytään valittujen teemojen ratkaisuun ryhmässä. Ryhmä jakaantuu pienempiin pöytäkuntiin ja prosessin edetessä pöytäkunta vaihtaa seuraavaan pöytään jatkamaan edellisen ryhmän pohdiskeluja ideoiden niitä eteenpäin. (Innokylä 2021b.)

#### **5.4 Kehittämistyöryhmien työskentely**

Kehittämistyöryhmien työskentelyn tavoitteena oli tuottaa tietoa muistisairautta sairastavien asiakkaiden ja omaisten, heidän kanssaan työskentelevien ammattilaisten sekä esihenkilöiden näkökulmista siitä, millaista ryhmäkuntoutusta tarvitaan, jotta kotona asuminen onnistuisi pidempään mahdollisimman kevyillä palveluilla. Kehittämistyöryhmien kehittämisen teemoiksi valittiin muistisairauden etenemisen mukaisen jaottelun perusteella muistisairauden varhaisvaiheen ja lievän vaiheen, keskivaikean vaiheen ja vaikean vaiheen ryhmäkuntoutus. Muistisairauksien Käypä hoito -suositukseen mukaan jokaisessa vaiheessa tarvitaan erilaisia kuntoutustoimenpiteitä toimintakyvyn ylläpysymiseksi (Muistisairauksien Käypä hoito -suositus 2017).

Asiakkaiden ja ammattilaisten kehittämissä vastattiin kysymyksiin, minkälaista ryhmäkuntoutusta tarvitaan varhaisvaiheen ja lievän vaiheen, keskivaikean vaiheen ja vaikean vaiheen muistisairaudessa. Esihenkilöt vastasivat kysymyksiin, minkälainen ryhmäkuntoutus muistisairauden eri vaiheissa on vaikuttavaa. Lisäksi kysyttiin, millaisia resursseja tarvitaan ja miten ryhmäkuntoutus tulee järjestää. Muistisairauden varhaisvaiheen ja lievän vaiheen osalta kysyttiin, miten kuntoutuspolulle ohjaututaan. Keskivaikean vaiheen osalta kysyttiin, miten kuntoutuspolulla pysytään ja miten ryhmien jatkuvuus mahdollistetaan. Vaikean vaiheen osalta kysyttiin, miten hallitaan

hoidon kokonaisuus ja varmistetaan kuntoutusryhmiin osallistumisen onnistuminen. Kysymyksillä haettiin vastausta tiedontuotannon tehtävään.

Muistisairautta sairastavista asiakkaista ja omaisista koostuva Muistiaktiivien ryhmä kokoontui kerran. Asiakkaiden ryhmän kehittämisideat koottiin alustukseksi ammattilaisten kehittämistyöryhmälle, jonka työskentely pohjautui asiakasnäkökulman tuloksiin. Ammattilaisten kehittämistyöryhmä kokoontui myös kerran ja tämänkin ryhmän kehittämisideat koottiin. Molempien ryhmien kehittämisideat esiteltiin esihenkilöiden kehittämistapaamisessa alustuksena. Esihenkilöiden kehittämistyöryhmän työskentely pohjautui asiakas- ja ammattilaisnäkökulman tuloksiin. Lopuksi asiakkaiden, ammattilaisten ja esihenkilöiden tuotokset koottiin kokonaisuudeksi, jonka perusteella luotiin malli ryhmäkuntoutuksen järjestämisestä muistisairautta sairastaville asiakkaille Turun kehyskuntiin. Kaikille kehittämistoimintaan osallistuneille järjestettiin yhteistyötapaaminen keväällä 2022.

## **5.5 Kehittämistyöryhmien tuottaman tiedon analysointi ja tuotoksen rakentuminen**

Kehittämistyöryhmissä tuotettu tieto kirjattiin sanatarkasti. Osallistujien tuottamaa materiaalia jäsennettiin esiin tulleiden aihealueiden mukaan. Sisällön analyysimenetelmänä ja jäsentelyn keinona käytettiin teemoittelua soveltaen. Teemoittelussa tuotiin esiin kehittämistyöryhmissä tuotetusta aineistosta nousseita asiakokonaisuuksia. Teemat syntyivät kehittämistyöryhmien tuottaman materiaalin tuloksena, eikä teemoja määritelty etukäteen. Muodostuneet teemat olivat oleellisia opinnäytetyön tehtävien kannalta. (Kallinen & Kinnunen 2021.)

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä merkityskokonaisuus muodostuu ihmisten sanoista, lauseista tai useista lauseista ja teorialähtöisessä sisällönanalyysissä teorian ja tutkimusaineiston välisistä merkityssuhteista. Merkitysten löytymisistä ohjaavat tutkimuskysymykset ja siihen vaikuttavat tutkimusaineisto sekä opinnäytetyöntekijöiden asiantuntijuus ja merkitysten taju.

Merkityskokonaisuudet syntyvät, kun löydetään sisällöllisesti yhteenkuuluvia kuvauksia tai keskenään samanlaisia merkityksiä. (Vilka 2005, 112–119.) Tässä työssä pääteemat syntyivät vuorovaikutuksessa tiedontuottajien kesken heidän esiin tuomista merkityksellisistä ydinajatuksista. Ydinajatuksia tiivistettiin suuremmiksi kokonaisuuksiksi, jotka sisältävät yksittäisiä pienempiä merkityksiä.

Kehittämistyöryhmien työskentely ja tuotosten analysointi tapahtui valitun näkökulman mukaisesti muistisairautta sairastavan asiakkaan sairauden vaiheen mukaan. Kerroksellisesti toteutuneella kehittämistyöryhmien työskentelyllä varmistettiin asiakasnäkökulman säilyminen kehittämistyössä loppuun saakka.

Asiakkaiden, ammattilaisten ja esihenkilöiden työskentelyn tulokset teemoitettiin eri vaiheiden mukaisesti yhdeksäksi eri yhteenvedoksi. Kaikkien tiedontuottajien näkökulma oli yhtä merkityksellinen ja työskentely pohjautui aina edellisen kehittämistyöryhmän tuloksiin. Jokaisen kehittämisryhmän yksityiskohtaiset tuotokset näkyvät yhteenvedoissa (liite 1). Yhteenvedoista jäsennettiin tiivistetyt teemat, joiden pohjalta syntyivät lopulliset ryhmäkuntoutusmallin pääteemat. Analyysimenetelmänä käytettiin tiivistämistä. Pääteemat on esitetty tuloksissa.

Pääteemojen pohjalta luotiin malli muistisairautta sairastavien asiakkaiden ryhmäkuntoutuksen järjestämisestä Turun kehyskunnissa. Malli rakentui spiraalimallin mukaisesti vaiheittain toteutuneesta moninäkökulmaisesta kehittämisestä. Lopputuloksessa pystyttiin hyödyntämään asiakkaiden, ammattilaisten sekä esihenkilöiden ajatuksia ja kaikkien osallistujien näkökulmat säilyivät prosessin loppuun saakka. Aineiston pohjalta luotiin toimiva kokonaisuus eli uudenlainen asiakaslähtöinen ryhmäkuntoutusmalli. Malli perustuu teorian ja käytännön yhteensovittamiseen.

Toimintatutkimuksessa kehittämistyö tapahtuu yhdessä osallistujien kanssa. Tässä opinnäytetyössä uusi malli on kehitetty syklisesti suunnittelun, toiminnan ja arvioinnin kautta. (Humanistinen ammattikorkeakoulu 2022.) Lopputuloksena syntynyt malli muodostettiin teoretiedon ja aineiston pohjalta abduktiivisen

analyysiin mukaisesti. Abduktiivinen analyysi on teoriaohjaavaa, joka perustelee kerätyn, aineiston merkitystä (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Näin rakennettiin opinnäytetyön tarkoitusta tukeva malli, joka tuo esiin muistisairautta sairastavien asiakkaiden ryhmäkuntoutukseen liittyviä merkityksiä. Malli tukee opinnäytetyön tavoitetta kehittää muistisairautta sairastavien asiakkaiden ryhmäkuntoutusta siten, että kotona asuminen onnistuisi pidempään.

## 5.6 Tiedontuottajien tekemä arviointi kehittämistyöryhmistä

Tiedontuottajilta kysyttiin kirjallista palautetta kaikkien kehittämistyöryhmien jälkeen. Palaute kirjattiin tarkasti ja avoimesti ja sitä hyödynnettiin kehittämisprosessissa. Palautteet osoittivat opinnäytetyön merkityksellisyyden sekä asiakkaille, ammattilaisille, että esihenkilöille. Palautetta kysyttiin soveltamalla Max Peberdyn universaaleja kysymyksiä. Max Peberdyn kysymykset ovat, teimmekö mitä lupasimme, saimmeko aikaan muutosta ja teimmekö oikeita asioita. Palautetta halutaan toimintojen tasolla, vaikutuksesta ja vaikuttavuudesta sekä strategisesta relevanssista. Palautelomakkeessa arvioitiin tapaamisen hyödyllisyyttä asteikolla 4–10, jolla haluttiin vastausta vaikutukseen ja vaikuttavuuteen. Lisäksi kysyttiin tapaamiseen osallistumisen tärkeyttä asteikolla 4–10, jolla arvioitiin strategista relevanssia eli oliko kehittämisen aihe osallistujille tärkeä. Avoimessa palautteessa osallistujat arvioivat lisäksi tapaamisen toiminnan tasoa. (Innokylä 2021c.)

Asiakkaiden kehittämistyöryhmän hyödyllisyyden keskiarvoksi tuli 9,6 ja kehittämistyöryhmään osallistumisen tärkeydeksi tuli 9,3. Avoimessa palautteessa kehittämistyöryhmän koettiin antavan osallistujille miettimisen aihetta hyvin tärkeästä aiheesta. Osallistujien kuuleminen ennen lopullisen kehittämisidean päättämistä koettiin merkitykselliseksi ja toiveena oli, että suunnitelmat johtaisivat konkretiaan. Osallistujat kokivat tärkeäksi saada tavata muita sairastuneita sekä päästä keskustelemaan yhdessä. Aivoriihi koettiin onnistuneesti läpiviedyksi ja ohjaajat hyväksi:

Hyvin tärkeä ja hyvin läpiviety aivoriihi, toivottavasti johtaa konkretiaan, Kiitos, että saimme tulla kuulluksi.

Ammattilaisten kehittämistyöryhmän hyödyllisyyden keskiarvoksi tuli 9,1 ja osallistumisen tärkeydeksi tuli 9,3. Avoimessa palautteessa kehittämistyöryhmä koettiin mielenkiintoiseksi. Osallistujat kokivat tärkeäksi nähdä, miten eri tavoin ryhmäkuntoutus toteutuu lähikunnissa ja yhdenmukaisia käytäntöjä kaivattiin. Tapahtuma koettiin hyvin organisoiduksi kokonaisuudeksi, jossa keskustelulle oli aikaa. Kehittämistehtävien jakaminen sairauden eri vaiheisiin koettiin tarkoituksenmukaiseksi ja oppimiskahvila toimivaksi menetelmäksi. Oppimiskahvilan pienryhmät todettiin hyvin kootuiksi. Yhteistyötä kaivattiin kuntien välillä lisää ja tapaaminen antoi motivaatiota myös oman työn kehittämiseen. Ammatillaiset kokivat myös tarvitsevansa vertaistukea toisiltaan:

Mielenkiintoisia näkökulmia, herättävää se, miten eri tavalla lähikunnissa ryhmäkuntoutus toteutuu ja toteutetaan. Yhdenmukaisuutta ja yhteneväisiä linjoja todellakin tarvitaan.

Esihenkilöiden kehittämistyöryhmä koettiin tärkeäksi ja keskiarvoksi tuli 9,9. Avoimessa palautteessa esihenkilöt kokivat keskustelun eri toimijoiden välillä merkitykselliseksi sekä avartavaksi. Osallistujaryhmä koettiin aktiiviseksi ja monipuoliseksi. Esihenkilöiden mielestä tämän kaltaiselle yhteistyölle on tarvetta myös tulevaisuuden hyvinvointialuetta suunniteltaessa. Opinnäytetyön tuottama tieto nähtiin tarpeelliseksi hyvinvointialueen valmisteluissa, erityisesti suunniteltaessa väestön palvelutarvetta, palvelutuotteita ja palveluverkkoa. Yhteisiä käytänteitä toivottiin ja verkoston kanssa työskentely jatkossakin koettiin tärkeäksi. Kehittämistyöryhmä koettiin hyvin valmistelluksi ja toteutetuksi. Esihenkilöt kokivat, että opinnäytetyöntekijät olivat saaneet osallistujat motivoitumaan ja antamaan aikaansa tärkeälle asialle pandemian aikaisesta poikkeustilanteesta huolimatta:

Todella tärkeä aihe ja tälle yhteistyölle on selkeästi tarvetta hyvinvointialueen toimintaa suunniteltaessa.

Palautteiden perusteella voidaan todeta, että kehittämistapaamisissa tehtiin, mitä luvattiin, saatiin aikaan muutosta ja kehitettiin oikeita asioita. Positiivista palautetta saatiin toimintojen tasolla, vaikutuksesta ja vaikuttavuudesta sekä strategisesta relevanssista. (Innokylä 2021c.) Tiedontuottajien tekemä arviointi kehittämistyöryhmistä perustelee opinnäytetyön merkityksellisyyttä.

## 5.7 Opinnäytetyöntekijöiden itsearviointi kehittämistyöryhmistä

Itsearviointi voi olla osallistujien henkilökohtaista arviointia tai esimerkiksi tiimin yhdessä tekemää arviointia. Itsearviointi tuottaa kehittämistyöhön hyödynnettävämpää ja välittömämpää tietoa kuin ulkopuolinen arvioitsija toisi. Kehittämishankkeeseen osallistuvien itsearviointi ja reflektio toimivat jatkuvaa kehittämistä aikaansaavana työkaluna. (Seppänen-Järvelä 2004, 24.)

Prosessiarviointia toteutettiin opinnäytetyöntekijöiden itsearviointina koko prosessin ajan järjestelmällisesti ja rehellisesti. Opinnäytetyöntekijät tekivät suunnitellun itsearvioinnin jokaisen kehittämistyöryhmän jälkeen. Spiraalimallissa kehittämistyöntekijät ovat osa kehää, jossa arviointia tapahtuu ja toiminnasta opitaan kehittämistyön aikana. Itsearvioinnin avulla arvioitiin osallistujien soveltuvuutta, valittuja menetelmiä, tiloja ja aikataulua sekä opinnäytetyöntekijöiden omaa työskentelyä.

Itsearvioinnissa todettiin, että kehittämistyöryhmille määritellyt tavoitteet ja tarkoitus toteutuivat suunnitellusti. Järjestelyt onnistuivat hyvin, paikka oli toimiva ja tarkasti suunniteltu aikataulu helpotti ryhmien hallitsemista. Työskentely oli joustavaa ja pystyttiin spontaaneihin ratkaisuihin. Tapaamisten ilmapiiri oli lämmin, keskusteleva ja aktiivinen sekä kehittämiselle myönteinen. Opinnäytetyöntekijöiden yhteistyö toimi saumattomasti. Menetelminä käytetyt aivoriihi ja oppimiskahvila olivat toimivia ja jäsensivät kehittämistyötä.

Asiakkaat pystyivät ideoimaan paremmin niitä asioita, joista heillä oli omakohtaista kokemusta. Ryhmään osallistuneista muistisairautta sairastavista henkilöistä kukaan ei ollut muistisairauden vaikeassa vaiheessa, joten tämän vaiheen kehittäminen oli heille haastavaa. He tarvitsivat ideoinnissa enemmän ohjaamista. Ideoinnin onnistumisen edellytys oli, että myös läheinen osallistui kehittämistyöryhmään. Muistisairautta sairastavan henkilön oman mielipiteen ilmaiseminen oli vaikeaa ja osallistujat saattoivat olla helposti johdateltavissa tai juuttua johonkin tiettyyn asiaan. Puolisot auttoivat tarvittaessa ohjeiden ymmärtämisessä.

Ammattilaisten kehittämistyöryhmään oli onnistuttu valikoimaan tarkoitukseen sopivia henkilöitä, joilla oli aktiivisuutta, ammattitaitoa ja motivaatioita kehittämiseen. Oppimiskahvilan ryhmäjako oli onnistunut, koska ryhmiin oli valittu sekaisin muistikoordinaattoreita ja muita ammattilaisia eri kunnista. Kehyskuntien esihenkilöiden lisäksi kutsutut muut asiantuntijat toivat tärkeän lisän kehittämiseen ja rikastuttivat sisällöllisesti asian työstämistä. Tämä myös lisäsi muistisairaiden ryhmäkuntoutuksen juurtumista sekä opinnäytetyön arvoa ja merkityksellisyyttä. Esihenkilöiden tapaamisessa ideoita tuotettiin paljon ja keskustelu oli avointa sekä kokoavaa. Esihenkilöiden näkökulma painottui ryhmäkuntoutuksen vaikuttavuuden arviointiin ja tulevan hyvinvointialueen kehittämiseen. Opinnäytetyöntekijöiden itsearvioinnit kehittämistyöryhmien jälkeen tuottivat hyödynnettävää tietoa, joka otettiin huomioon aina seuraavan ryhmän toteutuksessa.

## 6 Opinnäytetyön tulokset ja tuotos

### 6.1 Ryhmäkuntoutus muistisairauden varhaisvaiheessa ja lievässä vaiheessa

Kehittämistyöryhmien työskentelyn pääteemat ja tulos muistisairauden varhaisvaiheen ja lievän vaiheen ryhmäkuntoutuksessa on esitetty taulukossa 4.

Näkökulma	Muistisairauden varhaisvaiheen ja lievän vaiheen ryhmäkuntoutuksen pääteemat	Tulos
Asiakkaat	Kuntoutuspolun alkaminen ja kuntoutuspolulle ohjautuminen nopeasti diagnoosin saamisen jälkeen	Kuntoutuspolulle ja kuntoutusryhmiin ohjautuminen
Ammattilaiset	Kuntoutuspolun löytäminen ja kuntoutuspolulle pääseminen helposti ilman lähetettä	
Esihenkilöt	Kuntoutuspolulle ja kuntoutusryhmiin ohjautumisen koordinointi	

Taulukko 4. Kehittämistyöryhmien työskentelyn pääteemat ja tulos muistisairauden varhaisvaiheen ja lievän vaiheen ryhmäkuntoutuksessa.

Asiakkaiden ryhmätyöskentelyn tuloksena on kuntoutuspolun alkaminen ja kuntoutuspolulle ohjautuminen nopeasti diagnoosin saamisen jälkeen. Asiakkaiden mielestä merkityksellistä on tiedon saaminen, sairauteen sopeutumisen ja osallisuuden tukeminen, toiminnallinen kuntoutus ja vertaistuki. Keskustelussa nousi esiin sosiaalisten suhteiden ylläpysymisen tärkeys. Asiakkaat kokivat, että tietoa tulee saada muistisairaudesta, palveluista ja tukiverkosta. Toiminnallisen kuntoutuksen tulee sisältää liikuntaa, kognitiivisia toimintoja, taidetta sekä käytännön asioiden, kuten digilaitteiden käytön harjoittelua. Lisäksi toivottiin kodin ulkopuolisten asioiden, kuten kaupassa käynnin harjoittelua sekä harrastuksien säilymistä. Asiakkaiden ryhmätyöskentelyn tulokset on esitetty liitteessä yksi. Seuraavaksi esitetään asiakkaiden merkityksellisiksi kuvaamia asioita.

Oma ajatus on, että alussa on shokki, kun todetaan muistisairaus. Pääsimme omahoitovalmennus-ryhmään, joka oli meille todella hyvä asia.

Keskustelua muiden ihmisten kanssa, joilla muisti on heikentynyt. Toivon että otettaisiin huomioon, että muistisairaus on sairaus siinä, kun muukin sairaus.

Musiikki, runo, sudoku, ristisana, palapeli, liikunta.

Ammattilaisten ryhmätyöskentelyn tuloksena on kuntoutuspolun löytyminen ja kuntoutuspolulle pääseminen helposti ilman lähetettä. Merkityksellistä on tiedollinen näkökulma, tavoitteellinen ryhmäkuntoutus ja järjestävän tahon sopiminen. Toiminnan on tuettava sairastavan osallisuutta. Älyteknologian ja apuvälineiden käytön opastaminen sekä ravitsemustiedon antaminen koettiin tärkeäksi. Ryhmät voidaan toteuttaa interventioina osallistujien sukupuoli, ikä ja elämäntilanne huomioiden. Ammattilaisten ryhmätyöskentelyn tulokset on esitetty liitteessä 2. Seuraavaksi esitetään ammattilaisten merkityksellisiksi kuvaamia asioita.

Muistisairasta autetaan pysymään mukana yhteiskunnassa ja tavallisissa arkisissa toiminnoissa esim. kirjaston käyttö, bussilla kulkeminen + tietokoneen ja älylaitteiden käyttö.

Tapaamispaikka esim. Muistikahvila.

Kuntoutuksen lisäksi informatiivista toimintaa esim. kunnan muista palveluista / harrasteista --> tuetaan osallisuuteen.

Esihenkilöiden ryhmätyöskentelyn tuloksena on kuntoutuspolulle ja kuntoutusryhmiin ohjautumisen koordinointi. Muistisairausdiagnoosin tulee käynnistää kuntoutusprosessi ja ammattilaisilla tulee olla tieto, mihin ohjata. Palveluketjut tulee kuvata ja yhdyspinnat eri toimijoiden välillä olla selkeitä. Vaikuttava ryhmäkuntoutus on tavoitteellista, moniammatillista, terapeutti- ja terapeuttijohtoista, kokonaisvaltaista ja kaikille tasapuolista sosiaali- ja terveysalan henkilöstön ohjaamaa, kun taas avoimilla ryhmillä on omat merkityksensä. Ensietokursseja voidaan järjestää eri kuntien ja kolmannen sektorin yhteistyönä. Kuntoutusryhmissä tulee käyttää sovittuja mittareita, esimerkiksi RAI-mittari vaikuttavuuden arvioinnissa. Ryhmäkuntoutuksen ammattilaisten tulee luoda alueellinen verkosto ja yhteiset hoitopolut. Verkostolla tulee olla yhteinen materiaalipankki. Varhaisvaiheen ryhmät voivat olla isompia ja kuljetus tulee järjestää tarvittaessa. Esihenkilöt ehdottivat "oma olo -kyselyä" tehtäväksi muististaan huolestuneille. Kysely ohjaisi asiakkaan muistiselvittelyihin, koska ajoissa palveluiden piiriin ohjautuminen on tärkeää. Esihenkilöiden ryhmätyöskentelyn tulokset on esitetty liitteessä 3. Seuraavaksi esitetään esihenkilöiden merkityksellisiksi kuvaamia asioita.

Vaikuttavuus vaatii tavoitteellisuutta ja sote-henkilöstön ohjausta.

Kuntoutuksen pitää sisällään psyyk. / sos. / fyys. (+hengellinen) näkökulmat --> kokonaisvaltaisuus.

Tulosalueet ei saisi määrittää, tärkeintä että asiakas saa palvelun.

## 6.2 Ryhmäkuntoutus muistisairauden keskivaikeassa vaiheessa

Kehittämistyöryhmien työskentelyn pääteemat ja tulos muistisairauden keskivaikean vaiheen ryhmäkuntoutuksessa on esitetty taulukossa 5.

Näkökulma	Muistisairauden keskivaikean vaiheen ryhmäkuntoutuksen pääteemat	Tulos
Asiakkaat	Toimintakyvyn ylläpysyminen	Toimintakyvyn ylläpysyminen ja kotona asumisen tukeminen tavoitteellisen ryhmäkuntoutuksen avulla. Kuntoutuspolulla pysyminen ja kuntoutusryhmien jatkuvuuden mahdollistaminen.
Ammattilaiset	Kotona asumisen tukeminen päivä kuntoutuksella	
Esihenkilöt	Kuntoutuspolulla pysymisen koordinointi ja kuntoutusryhmien jatkuvuuden mahdollistaminen	

Taulukko 5. Kehittämistyöryhmien työskentelyn pääteemat ja tulos muistisairauden keskivaikean vaiheen ryhmäkuntoutuksessa.

Asiakkaiden ryhmätyöskentelyn tulokseksi muodostui toimintakyvyn ylläpysyminen. Merkitykselliseksi nähtiin fyysinen ja kognitiivinen kuntoutus, ruokaileminen yhdessä sekä mielialan tukeminen. Kuntoutuksen tulee sisältää muun muassa kunnosta huolehtimista, aivojumppaa, vertaistukea, arkitöiden harjoittelua ja ulkoilua. Asiakkaat näkivät vuorovaikutuksellisen toiminnan tärkeänä. Asiakkaiden ryhmätyöskentelyn tulokset on esitetty liitteessä 4. Seuraavaksi esitetään asiakkaiden merkityksellisiksi kuvaamia asioita.

Kukat, linnut, elukat. Muistamista helpottavat (muistiapu). Ruokailu.

Miten pitää aktivoita esim. ruuanlaittoa koitetaan vaikka laittaa vuoropäivinä. Muistisairas voi koittaa käydä yksin kaupassa. Onko hyvä, pelata erilaisia pelejä ystävien kanssa. Mitä tehdä kun tavarat ovat häviksissä.

Aktivointi: Pidä kunnostas huolta, aivojumppa, osallistu päivän askareisiin, ryhmässä ns. Osallistumispakko.

Ammattilaisten ryhmätyöskentelyn tulokseksi muodostui kotona asumisen tukeminen päivä kuntoutuksella. Toiminnan painotuksen tulee olla toiminnallisissa menetelmissä ja arkiaskareiden harjoittelussa. Kuntoutuksen tulee sisältää ruokailemisen yhdessä, voima- ja tasapainoharjoittelua,

kognitiivista harjoittelua ja ulkoilua. Mittareita tulee hyödyntää vaikuttavuuden arvioinnissa. Merkityksellisinä pidettiin sosiaalisia kontakteja ja vertaistukea. Ryhmäkuntoutuksen tulee toteutua säännöllisesti yhdestä viiteen kertaan viikossa, kerrallaan kolmesta kuuteen tuntia yksilöllisen tarpeen mukaan. Tiivis omaisyhteistyö korostuu ja muun muassa ravitsemusneuvonta omaisille koettiin tärkeiksi. Ammattilaisten ryhmätyöskentelyn tulokset on esitetty liitteessä 5. Seuraavaksi esitetään ammattilaisten merkityksellisiksi kuvaamia asioita.

Painotus siirtyy toiminnallisiin menetelmiin enemmän.

Ulkoilu! Fyysinen harjoittelu joka kerta ryhmäkuntoutuksen aikana, varusteet mahdollistamaan ulkoilun joka säällä.

Yksilöllistä sisällön suunnittelua → otetaan huomioon mitkä asiat tuottavat iloa → motivoi ryhmässä käymiseen.

Esihenkilöiden ryhmätyöskentelyn tulokseksi muodostui kuntoutuspolulla pysymisen koordinointi ja kuntoutusryhmien jatkuvuuden mahdollistaminen. Vaikuttavassa ryhmäkuntoutuksessa tulee olla yksilölliset kuntoutumisen suunnitelmat, joissa huomioidaan myös omaiset. Kuntoutumista tulee arvioida suunnitelmallisesti sovitulla mittareilla, esimerkiksi RAI-mittaria hyödyntämällä. Ammattilaiset voivat siirtyä paikasta toiseen, tarvittaessa yli kuntarajojen, jotta asiakkaalle toimintaa pystytään järjestämään lähellä kotia. Ryhmiä tulee muodostaa tarpeiden mukaisesti, esimerkiksi nuorille muistisairaille omat ryhmät. Ryhmiin tulee päästä jonottamatta ja oikea-aikaisesti. Terapeuttien moniammatillisuudella ja ammattitaidolla varmistetaan osaaminen. Ryhmien koko tulee olla pienempi kuin varhaisvaiheessa. Ryhmätoiminnan tulee sisältää ruokailu ja ryhmiin pitää järjestää kuljetus. Ammattilaisten tulee verkostoitua ja järjestää yhteisiä koulutuksia. Esihenkilöiden ryhmätyöskentelyn tulokset on esitetty liitteessä 6. Seuraavaksi esitetään esihenkilöiden merkityksellisiksi kuvaamia asioita.

Jatkuva arviointi yksilöllisesti, yksilöllinen kuntoutumisen suunnitelma.

Työntekijät = ammattilaiset liikkuvat, ei kuljetuksia pitkiä matkoja.

Jonottaminen pahasta.

### 6.3 Ryhmäkuntoutus muistisairauden vaikeassa vaiheessa

Kehittämistyöryhmien työskentelyn pääteemat ja tulos muistisairauden vaikean vaiheen ryhmäkuntoutuksessa on esitetty taulukossa 6.

Näkökulma	Muistisairauden vaikean vaiheen ryhmäkuntoutuksen pääteemat	Tulos
Asiakkaat	Osallistuminen päiväkuntoutusryhmään	Kuntoutuksen kokonaisuuden hallinta ja kuntoutusryhmiin osallistumisen onnistuminen omaisten jaksamisen tukemiseksi ja kotona asumisen mahdollistamiseksi
Ammattilaiset	Kotona asumisen mahdollistaminen kokopäiväisellä ja useamman kerran viikossa toteutuvalla päiväkuntoutusryhmällä	
Esihenkilöt	Hoidon kokonaisuuden ja kuntoutusryhmiin osallistumisen koordinointi	

Taulukko 6. Kehittämistyöryhmien työskentelyn pääteemat / tulos muistisairauden vaikean vaiheen ryhmäkuntoutuksessa.

Asiakkaiden ryhmätyöskentelyn tulokseksi muodostui osallistuminen päiväkuntoutusryhmään. Päiväkuntoutuksen tulee toteutua yhdestä viiteen kertaan viikossa osa- tai kokopäiväisesti muistisairautta sairastavan asiakkaan toimintakyvyn mukaan. Päiväkuntoutuksen tulee sisältää liikuntaa, askartelua, keskustelua ja ulkoilua sekä päivän aikana tulee olla ruokailu. Omaisten jaksamista tulee tukea vertaistuen avulla ja omaisiin tulee pitää yhteyttä. Asiakkaiden ryhmätyöskentelyn tulokset on esitetty liitteessä 7. Seuraavaksi esitetään asiakkaiden merkityksellisiksi kuvaamia asioita.

Kokopäiväinen ryhmäkuntoutus joka päivä sairaalle.

Omaiselle ryhmätoimintaa, siitä saa vertaistukea.

Päiväryhmä: Ruokailu, askartelu, keskustelu, liikunta, ulkoilu.

Ammattilaisten ryhmätyöskentelyn tulokseksi muodostui kotona asumisen mahdollistaminen kokopäiväisellä ja useamman kerran viikossa toteutuvalla päiväkuntoutuksella. Päiväkuntoutuksessa tulee huomioida yksilöllisyys ryhmässä vielä enemmän kuin aikaisemmin. Toiminnassa tulee huomioida ajattomuus ja joustavuus niin, että esimerkiksi ruokailu saa kestää ja päivälepoon tulee olla mahdollisuus. Päivää pitää pystyä muokkaamaan

ryhmän voinnin, tunnelman ja tarpeiden mukaan. Tavoitteena tulee olla liikkumiskyvyn ja päivittäistoimien tukeminen. Kuntoutuksen tulee sisältää ulkoilua ja musiikkia sekä aistien hyödyntämistä. Omaisten jaksamista tulee tukea ja järjestää omaiselle vapaa aikaa sekä vertaisryhmiä. Ammattilaisten ryhmätyöskentelyn tulokset on esitetty liitteessä 8. Seuraavaksi esitetään ammattilaisten merkityksellisiksi kuvaamia asioita.

Joustavuus päivän sisällössä, päivää pystytään muokkaamaan ryhmän voinnin, tunnelman ja tarpeiden mukaan.

Ajattomuus esim. ruokailu saa kestää.

Yksilöllistä ryhmäkuntoutusta. Omaisten tukeminen, jaksamisen huomioiminen → vapaa-aikaa omaiselle.

Esihenkilöiden ryhmätyöskentelyn tulokseksi muodostui hoidon kokonaisuuden ja kuntoutusryhmiin osallistumisen koordinointi. Vaikuttava ryhmäkuntoutus on tavoitteellista ja sisältää jatkuvaa arviointia, jolloin jäljellä olevat voimavarat hyödynnetään ja elämänhistoria huomioidaan. Päiväkuntoutus tulee järjestää pienryhmissä. Terapeuttien ja muun henkilökunnan tulee olla osaavaa ja moniammatillista ja erityistaitoja kannattaa hyödyntää. Henkilökunnan tulee osallistua esimerkkiruokailuun. Kuljetus ja lähettäminen ryhmiin tulee mahdollistaa kaikille. Ryhmäkuntoutusta pitää järjestää kunnan muistisairaiden määrä huomioiden, mutta tasapuolisesti tarvittavat käyntimäärät kaikille. Ryhmätoiminta tulee järjestää asiakkaalle lähellä kotia. Vaikean muistisairauden vaiheen ryhmäkuntoutuksessa asiakkaana ei ole vain muistisairas asiakas, vaan koko perhe. Vaikuttavalla ryhmäkuntoutuksella vähennetään kotihoidon tarvetta ja siirretään tehostettuun palveluasumiseen siirtymistä. Tällä saavutetaan kustannustehokkuutta. Esihenkilöiden ryhmätyöskentelyn tulokset on esitetty liitteessä 9. Seuraavaksi esitetään esihenkilöiden merkityksellisiksi kuvaamia asioita.

Oma palvelukokonaisuus – tasapuolisuus – keskitetty koordinointi → resurssointi.

Asiakas ei ole pelkkä asiakas, vaan perhe on asiakas.

Tavoitteellista → arviointi → jäljellä olevat vahvuudet säilyy.

Kehittämistyöryhmien osallistajat tuottivat myös asioita, jotka eivät liity ryhmäkuntoutukseen. Nämä asiat ovat kirjattuna liitteessä 1: 1(9), 4(9), 7(9) ja 8(9).

#### 6.4 Yhteenveto tuloksista

Tässä opinnäytetyössä tulokset esitetään muistisairauden eri vaiheet huomioon ottaen. Tulokset ovat ryhmäkuntoutuksen merkityksiä muistisairauden eri vaiheissa. Yhteenveto muistisairauden eri vaiheiden ryhmäkuntoutuksen merkityksistä on esitetty taulukossa 7.

Muistisairauden vaihe	Ryhmäkuntoutuksen merkityksiä
Muistisairauden varhaisen vaiheen ja lievän vaiheen ryhmäkuntoutus	Kuntoutuspolulle ja kuntoutusryhmiin ohjautuminen
Muistisairauden keskivaikean vaiheen ryhmäkuntoutus	Toimintakyvyn ylläpysyminen ja kotona asumisen tukeminen tavoitteellisen ryhmäkuntoutuksen avulla. Kuntoutuspolulla pysyminen ja kuntoutusryhmien jatkuvuuden mahdollistaminen.
Muistisairauden vaikean vaiheen ryhmäkuntoutus	Kuntoutuksen kokonaisuuden hallinta ja kuntoutusryhmiin osallistumisen onnistuminen omaisten jaksamisen tukemiseksi ja kotona asumisen mahdollistamiseksi

Taulukko 7. Yhteenveto muistisairauden eri vaiheiden ryhmäkuntoutuksen merkityksistä.

Varhaisvaiheen tai lievän vaiheen ryhmäkuntoutuksessa merkityksellistä on kuntoutuspolulle ja kuntoutusryhmiin ohjautuminen. Ryhmäkuntoutuksessa tärkeää on tiedonsaanti muistisairaudesta sekä sairauteen sopeutumisen ja osallisuuden tukeminen. Keskivaikean vaiheen ryhmäkuntoutuksessa merkityksellistä on toimintakyvyn ylläpysyminen ja kotona asumisen tukeminen tavoitteellisen ryhmäkuntoutuksen avulla. Kuntoutuspolulla pysyminen ja kuntoutusryhmien jatkuvuus on mahdollistettava. Vaikean vaiheen ryhmäkuntoutuksessa merkityksellistä on hoidon kokonaisuuden hallinta kuntoutuksen ollessa osa sitä. Kuntoutusryhmiin osallistumisen onnistuminen

on tärkeää omaisten jaksamisen tukemiseksi ja kotona asumisen mahdollistamiseksi.

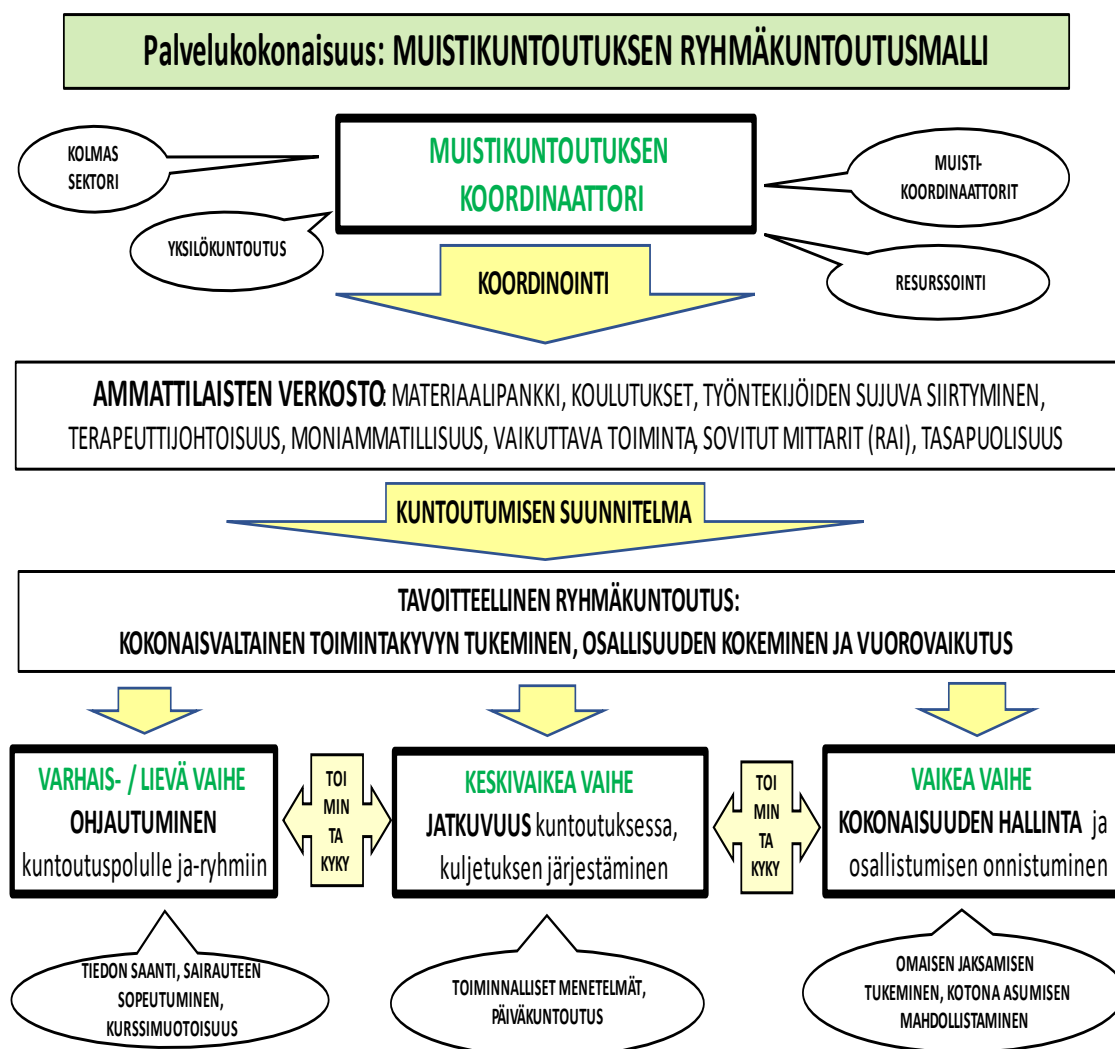
Kaikissa vaiheissa merkityksellistä on toimintakyvyn ylläpysyminen ja vertaistuki. Vuorovaikutuksen ja sosiaalisten kontaktien säilyminen ja tukeminen sekä muistisairautta sairastavan asiakkaan osallisuuden kokeminen ovat tärkeitä. Muistisairautta sairastavien asiakkaiden ryhmäkuntoutusta tulisi koordinoida ja resursoida keskitetysti. Muistikuntoutuksen tulisi olla oma palvelukokonaisuutensa kotihoidon tavoin. Tämä mahdollistaisi asiakkaille tasa-arvoista, laadukasta ja vaikuttavaa palvelua.

## **6.5 Tuotoksena muistisairautta sairastavien asiakkaiden ryhmäkuntoutusmalli**

Tämän opinnäytetyön tuotoksena syntyi malli muistisairautta sairastavien asiakkaiden ryhmäkuntoutuksen järjestämisestä Turun kehyskunnissa. Muistikuntoutusmalli on palvelukokonaisuus, jota koordinoivat muistikuntoutuksen koordinaattorit. Palvelukokonaisuus pitää sisällään muistisairautta sairastavien asiakkaiden ryhmäkuntoutuksen kokonaisuuden varhaisessa, lievässä, keskivaikeassa ja vaikeassa vaiheessa (kuvio 5).

Ryhmäkuntoutuksen tulee toteutua moniammatillisesti ja terapeutitjohtoisesti. Ryhmäkuntoutuksen tulee olla vaikuttavaa toimintaa ja tukea toimintakykyä kokonaisvaltaisesti. Ammatillaiset muodostavat verkoston, joka ylläpitää yhteisiä "materiaalipankkeja" ja järjestää koulutuksia. Verkosto mahdollistaa työntekijöiden resurssoinnin ja siirtelyn koordinaattorin toimesta. Koordinaattori on yhteistyössä muistikoordinaattoreiden ja muiden kuntoutuksen alan toimijoiden kuten lääkinnällisen kuntoutuksen sekä kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. Toimintoja voidaan järjestää yhteistyössä eri toimijoiden välillä hyvinvointialueiden sisällä. Ryhmäkuntoutusta ohjaa yksilöllinen kuntoutumisen suunnitelma, jonka koordinaattori tekee asiakkaan ja läheisten kanssa. Ryhmäkuntoutuksen tavoitteena on toimintakyvyn ylläpysyminen sekä osallisuuden ja vuorovaikutuksen tukeminen.

Ryhmäkuntoutus jaetaan vaiheisiin sairauden kulun mukaan. Koordinaattori ohjaa muistisairautta sairastavan asiakkaan tarkoituksenmukaiseen ryhmään toimintakyvyn tason mukaan. Varhaisvaiheen ja lievän vaiheen ryhmäkuntoutuksessa merkityksellistä on kuntoutuspolulle ja ryhmiin ohjautuminen. Tärkeää on tiedon saanti ja sairauteen sopeutuminen. Toteutus voi olla kurssimuotoista. Keskivaikeanvaiheen ryhmäkuntoutuksessa merkityksellistä on kuntoutuspolulla pysyminen ja kuntoutusryhmien jatkuvuuden mahdollistaminen. Tärkeää on toiminnalliset menetelmät kuntoutuksessa. Toteutus on säännöllistä ja päivä kuntoutustyyppistä. Vaikean vaiheen ryhmäkuntoutuksessa merkityksellistä on hoidon kokonaisuuden hallinta ja kuntoutusryhmiin osallistumisen onnistuminen. Tärkeää on omaisten tukeminen kotona asumisen mahdollistamiseksi. Muistikuntoutuksen ryhmäkuntoutusmalli on kuvattu kuviossa 5.



Kuvio 5. Muistikuntoutuksen ryhmäkuntoutusmalli.

## 7 Pohdinta

### 7.1 Tulosten arviointia

Opinnäytetyön tuotoksena muodostunut ryhmäkuntoutuksen järjestämisen malli Turun kehyskuntiin syntyi viitekehyksessä esitetyn teorian ja käyttäjä- ja toimijakeskeisen kehittämisprosessin tuloksena. Kehittämistyön tuloksista tuli esiin samoja merkityksiä kuin aiemmassa aiheesta koskevassa tutkimuksessa, mikä tukee ryhmäkuntoutuksen tärkeyttä. Tuloksena syntynyt malli pohjautuu Nukarin, Hallikaisen ja Mönkäreen (2017, 162–164) muistisairaahan hoidon järjestämisen periaatteisiin sekä Muistiliiton (2014) kuntoutusmalliin.

Teoriatiedon perusteella muistisairautta sairastavan asiakkaan toimintakyvyn tukeminen kuntoutuksella on vaikuttavaa. Kuntoutusta tulee järjestää sairauden alusta loppuun saakka ja kuntoutuksen tulee olla erilaista toimintakyvystä ja sairauden vaiheesta riippuen. (Nukari, Hallikainen & Mönkäre 2017, 162–163; Muistisairauksien Käypä hoito –suositus 2017; Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 7–14; Suomalainen lääkäriseura Duodecim 2021.)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa muistisairautta sairastavan asiakkaan laadukas hoito toteutuu yleisesti ottaen suositusten mukaisesti. Tässä opinnäytetyössä tehdyn Turun kehyskuntien nykytilanteen selvittelyn perusteella muistisairautta sairastavan asiakkaan kuntoutus sen sijaan toteutuu koordinoimattomasti, hajanaisesti ja vaillinaisesti. Webropol-kyselyn perusteella muistisairautta sairastavien asiakkaiden ryhmäkuntoutus kohdentuu neljässä kehyskunnassa 10–50 henkilöön viikossa ja yhdessä yli sataan henkilöön viikossa. Kehyskunnissa keskivaikeaa ja vaikeaa muistisairautta sairastavia henkilöitä on 412–740 (vuonna 2020) kuntaa kohti. Tämän perusteella ryhmäkuntoutus toteutuu heikosti muistisairautta sairastavien henkilöiden määrään suhteutettuna kehyskunnissa.

Ryhmäkuntoutuksen koordinointi olisi edellytys ryhmien järjestämiselle ja kuntoutuksen toteutumiselle. Tämä antaa perusteluja muistikuntoutuskoordinaattorin toiminnan aloittamiseksi kehyskunnissa.

Kuntoutuksen koordinointi on merkittävää, jotta muistisairautta sairastavan asiakkaan kuntoutuspolku onnistuu. Muistikoordinaattoritoiminnan on todettu olevan hyödyllistä ja jopa siirtävän laitoshoitoon siirtymistä. (Suhonen, Rahkonen, Juva, Pitkälä, Voutilainen & Erkinjuntti 2011.)

Muistikuntoutuskoordinaattorin toiminnan perustelut voisivat löytyä samankaltaisin perustein. Koordinoidun toiminnan on todettu edistävän palvelujen tarkoituksenmukaista kohdentumista ja palvelusta saatavan hyödyn kokemusta sekä tukevan kotona asumista. Suunnitelmallisesti ja oikea-aikaisesti järjestetty hoito, kuntoutus ja palvelut muodostavat yhtenäisen kokonaisuuden ja tarjoavat parhaimman hyödyn. (Lotvonen, Rosenvall & Nukari 2014, 199–201.)

Tässä opinnäytetyössä on pohdittu laadullisen tutkimuksen tapaan tulosten siirrettävyyttä muihin ympäristöihin. Tuloksena syntynyttä muistisairautta sairastavien asiakkaiden ryhmäkuntoutuksen järjestämisen mallia voidaan hyödyntää muuallakin Suomessa sosiaali- ja terveyspalveluissa, koska siirrymme hyvinvointialueisiin ja samankaltaisiin palvelujärjestelmiin koko maassa.

Muistisairautta sairastavan asiakkaan hoito ja kuntoutus liittyvät toisiinsa ja hyvä hoito on kokonaisvaltaista kuntoutumista tukevaa hoitoa. Muistisairaahan toimintakykyä ja elämänlaatua voidaan parantaa merkittävästi kuntoutuksella ja aktiivisuudella. Kuntoutus voi hidastaa sairauden etenemistä ja mahdollistaa kotona asumisen pidempään. Kuntoutuksella tuetaan sairastuneen laadukasta omannäköistä elämää. Kuntoutuksella mahdollistetaan arkielämän taitojen, ihmissuhteiden ja harrastusten jatkuminen. Ryhmäkuntoutuksella tuetaan lisäksi vuorovaikutuksen ja sosiaalisten kontaktien säilymistä. Muistisairaahan kuntoutus pohjautuu voimavaralähtöiseen ja kokonaisvaltaiseen ajattelutapaan. Ryhmäkuntoutuksessa fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja kognitiivinen toiminta tukevat toinen toisiaan. Kuntoutuksessa pyritään osallisuuden kokemukseen, mikä lisää motivaatiota ja sitoutumista kuntoutukseen. (Mönkäre, Hallikainen, Nukari & Forder 2014.)

Opinnäytetyössä kehitetyn mallin mukaisesti järjestetty ryhmäkuntoutus parantaa muistisairautta sairastavan asiakkaan koettua elämälaatua ja toimintakykyä sekä lisää osallisuutta. Ryhmäkuntoutuksen toteuttamisella voidaan tukea omaisten jaksamista erityisesti sairauden vaikeassa vaiheessa. Kehittämistyöhön osallistuvat asiakkaat kokivat ryhmäkuntoutuksen merkitykselliseksi ja elämänlaatua kohentavaksi.

Kehittämistyöhön osallistuneet asiakkaat ja ammattilaiset kokivat muistisairautta sairastavien asiakkaiden ryhmäkuntoutuksen erityisesti osallistavassa ja sosiaalistavassa mielessä merkitykselliseksi. Kuntoutuksen pitää sisältää tavoitteellista fyysistä kuntoutusta, mutta ainoastaan ryhmäkuntoutus mahdollistaa vuorovaikutuksen ja vertaistuellisen merkityksen sairastuneiden ja samassa elämäntilanteessa olevien asiakkaiden välillä. Kehittämistyöhön osallistuneet ammattilaiset, asiantuntijat ja esihenkilöt näkivät ryhmäkuntoutuksen resurssien säästönä, koska ryhmäkuntoutuksessa voidaan kuntouttaa useampaa asiakasta samanaikaisesti.

## **7.2 Kehittämisen prosessin arviointi, luotettavuus ja eettisyys**

Tässä luvussa arvioidaan kehittämissuoraa sekä sen luotettavuutta ja eettisyyttä. Arvioinnin tulee kohdentua prosessinaikaiseen toimintaan, jolloin työskentelyä voidaan kehittää ja muuttaa jo itse prosessin aikana. Tällainen jatkuva, ei-suoraviivaisesti etenevä arviointi on kehittämissuorassa ainutkertaista ja koostaa osallistujien havaintoja ja ajattelua kokonaisuudeksi. (Seppänen-Järvelä 2004, 21.) Reflektiivinen ajattelu kulkee tässä toimintatutkimuksellisessa opinnäytetyössä mukana koko kehittämissuorassa ajan. Reflektion tarkoituksena on arvioida ja ymmärtää omaa toimintaa sekä tavoitella uudenlaisen toiminnan ymmärtämistä ja toiminnan muutosta. Reflektiota tehdään koko prosessin ajan syklittäin ja spiraalimaisesti. (Heikkinen 2015, 211–213.)

Prosessiarvioinnissa seurataan ja reflektoidaan projektia ja arvioinnin tuottamaa tietoa hyödynnetään. Prosessiarvioinnissa dokumentoidaan projektin

eteneminen ja arviointimateriaalia käytetään loppuarvioinnissa. Arviointi on jatkuva ja kiinteä osa kehittämistyötä. Kehittämistyön tavoitteita ja visioita voidaan tarkentaa prosessiarvioinnilla. Tähän päästään, kun prosessiarvioinnilla saadaan palautetta kehittämistoiminnan toteutuksesta prosessin aikana. (Seppänen-Järvelä 2004, 26–31.) Kehittämisprosessissa käytettiin spiraalimallin mukaisesti jatkuvaa prosessin arviointia. Prosessiarviointi ei ole erillinen tehtävä vaan kulkee mukana koko tutkimuksellisen kehittämistyön prosessissa. Jatkuva arviointi prosessin aikana voi muokata toiminnan etenemistä. (Toikko & Rantanen 2009, 82–83.) Opinnäytetyön kehittämisprosessi eteni suunnitellun mallin ja aikataulun mukaisesti.

Toimintatutkimuksessa korostetaan avointa keskustelua luotettavuuden ja pätevyyden kriteerinä. Tällöin totuuden ajatellaan tulevan ilmi tasavertaisessa keskustelussa syntyvänä yhteisymmärryksenä. (Toikko & Rantanen, 122–123.) Tässä opinnäytetyössä merkitykset syntyivät vuorovaikutuksessa kehittämistyöhön osallistuvien kanssa. Opinnäytetyössä toteutui konstruktivistisen kehittämisen malli, jossa korostui tiedontuottajien yhteisöllinen ja osallistava näkökulma. Kehittäminen tapahtui vaiheittain ja kehittämistä arvioitiin vuorovaikutuksellisesti ryhmien kanssa suunnitelman mukaisesti. Työryhmien näkökulmat vaikuttivat kehittämisprosessin mallin mukaisesti syklisesti toinen toisiinsa.

Tässä opinnäytetyössä tarkoituksena oli tuoda esiin muistisairautta sairastavien asiakkaiden ryhmäkuntoutukseen liittyviä merkityksiä. Tiedontuotannon tehtävänä oli tuottaa tietoa muistisairautta sairastavien asiakkaiden ja omaisten, heidän kanssaan työskentelevien ammattilaisten sekä esihenkilöiden näkökulmista siitä, millaista ryhmäkuntoutusta tarvitaan, jotta kotona asuminen onnistuisi pidempään. Tiedontuotannon tehtävä onnistui ja tämä tukee opinnäytetyön tarkoitusta. Opinnäytetyössä päästiin asetettuun tavoitteeseen kehittää muistisairautta sairastavien asiakkaiden ryhmäkuntoutusta siten, että kotona asuminen onnistuisi pidempään. Tuloksista käy ilmi, että oikea-aikainen ja osallisuutta tukeva ryhmäkuntoutus edistää muistisairautta sairastavan asiakkaan koettua elämälaatua, hyvinvointia ja toimintakykyä. Tuotoksena syntyi malli muistisairautta sairastavien asiakkaiden ryhmäkuntoutuksen

järjestämisestä Turun kehyskunnissa. Tuotos vastaa tavoitteena olleeseen kehittämistehtävään. Mallin käyttöönotto jää tulevaisuuden hyvinvointialueen tehtäväksi.

Opinnäytetyö tehtiin hyvän tieteellisen käytännön ja tutkimuseettisten periaatteiden mukaisesti. Opinnäytetyössä käytettiin eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Lähdeviittaukset on tehty asianmukaisesti. Koko prosessi on raportoitu avoimesti, rehellisesti ja huolellisesti. Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti tutkimuslupa pyydettiin toimeksiantajalta ja Karelia ammattikorkeakoululta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2021.)

Laadullisen tutkimuksen tapaan opinnäytetyöntekijät ovat analysoineet ja tulkinneet tuloksia läpinäkyvästi, selkeästi, havainnollisesti ja yksityiskohtaisesti. Tarkasti tehty analysointi mahdollistaa luotettavan tuloksen, vaikka laadullisessa tutkimuksessa arviointi on yksilöllistä ja räätälöity kyseessä olevaan tilanteeseen. Mitä tarkemmin tutkija on tämän tehnyt, sitä luotettavampi on tutkimuksen tulos. (Aaltio & Puusa 2020, 177–181.) Tässä opinnäytetyössä opinnäytetyöntekijöiden taustat muistisairautta sairastavien asiakkaiden kuntoutuksen ammattilaisina nousevat esiin ja tukevat opinnäytetyön kehittämistoimintaa ja arviointia sekä tulosten analysointia.

Opinnäytetyön eettisiä lähtökohtia pohdittiin etukäteen ja otettiin huomioon prosessin aikana. Ammattilaisia ja esihenkilöitä lähestyttiin sähköpostitse lähetetyllä saatekirjeellä, jossa kerrottiin työn tarkoituksesta (liite 2, 1–2(3)). Asiakkaita lähestyttiin muistiyhdistyksen yhdyshenkilön kautta. Myös asiakkaat saivat tietoa opinnäytetyön tarkoituksesta saatekirjeellä (liite 2, 3(3)). Muistiaktiivit ovat vapaaehtoinen vaikuttajaryhmä, jotka osallistuivat tiedon tuotantoon vapaaehtoisesti. Tutkimukseen osallistuivat muistisairautta sairastavat henkilöt ja omaiset, jotka pystyivät itse päättämään osallistumisestaan. Kaikkea saatua tietoa käsiteltiin nimettömästi ja luotettavasti ja aineisto hävitettiin asianmukaisesti. Myös ammattilaisten ja esihenkilöiden osallistuminen oli vapaaehtoista ja tulosten käsittelyssä henkilön tuottama tieto

ei yksilöitynyt. Osallistujilta pyydettiin kirjallinen suostumus opinnäytetyön tiedon tuotantoon osallistumisesta (liite 3). (Tietoarkisto 2020.)

Kehittämistyöryhmien tulokset esitettiin avoimesti yhteistyötapaamisessa hyvien tieteellisten käytänteiden mukaisesti pätevyyden, luotettavuuden ja uskottavuuden takaamiseksi. Kehittämistoiminnassa käytetyt menetelmät perusteltiin ja raportoitiin huolellisesti. Opinnäytetyössä huomioitiin asiakkaat, ammattilaiset ja esihenkilöt tasapuolisesti. Yhteistyötapaamisessa kaikki osallistujat saivat mahdollisuuden esittää kysymyksiä opinnäytetyöntekijöille prosessin kulusta sekä keskustella keskenään opinnäytetyön tuloksista. (Vilkkä 2005.)

Tässä opinnäytetyössä tiedon juurruttaminen aloitettiin jo kehittämistyöryhmissä. Projektimuotoisessa kehittämisessä suositaan oppimista ja oppimisverkostoja yksisuuntaisen tuloksien tiedottamisen sijaan. Hankkeessa syntyneet hyvät käytännöt leviävät hitaasti ja käytäntöön toimeenpano edellyttää monipuolisempaa prosessia kuin tiedottaminen (Toikko & Rantanen 2009, 86-87.) Työn valmistuttua järjestettiin yhteistyötapaaminen. Tuotoksena syntyneessä mallissa on kehittämis ehdotuksena muistikuntoutuksen koordinointi ja ammattilaisverkoston luominen, joiden ajatellaan edesauttavan opinnäytetyön hyvien käytänteiden leviämistä ja juurtumista. Kehitetty muistikuntoutusmalli perustuu luotettavaan tietoperustaan ja avoimeen osallistuja- ja toimijakeskeiseen kehittämiseen, jossa opinnäytetyöntekijät ammattilaisina olivat mukana.

### **7.3 Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset**

Muistisairautta sairastavien asiakkaiden ryhmäkuntoutuksen tulee olla tulevaisuuden hyvinvointialueella oma palvelukokonaisuus. Muistikuntoutusta ei ole huomioitu nykyisissä palvelurakenteissa riittävästi. Muistisairautta sairastavien asiakkaiden määrän kasvaessa kyse on kansallisesti vakavasta ja merkittävästä asiasta.

Ryhmäkuntoutuksen koordinointiin tarvitaan tulevaisuuden hyvinvointialueella muistikuntoutuksen koordinaattoreita. Muistikuntoutuksen koordinaattoreiden tulee suunnitella ja järjestää ryhmäkuntoutuksen toteutumista sekä organisoida ammattilaisverkoston toimintaa, henkilöresursseja, tiloja, ryhmiä ja kursseja tulevaisuuden hyvinvointialueella. Muistikuntoutuksen koordinaattorit tulee toimia yhteistyössä kuntien muistikoordinaattoreiden, muiden kuntoutuksen ammattilaisten ja kolmannen sektorin toimijoiden kanssa koko tulevaisuuden hyvinvointialueella.

Hyvinvointialueille tulee perustaa ammattilaisista koostuvia muistikuntoutusverkostoja, joiden toiminta edesauttaa asiakkaiden tasa-arvoista palveluiden saantia ja palvelun laatua. Verkoston sisällä ammattilaiset voivat joustavasti siirtyä ryhmäkuntoutuksen tarpeen mukaan lähelle asiakasta. Asiakkaalle voidaan löytää toimintakykynsä mukaan oikeanlainen ryhmä helpommin. Toiminnan organisoiminen asiakas- ja tarvelähtöisesti mahdollistaa paremman tuloksellisuuden. Verkoston ammattilaiset tekevät kuntoutumisen suunnitelmat yhdessä asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa. Verkosto tukee monialaista yhteistyötä ja esimerkiksi yhteisiä materiaalipankkeja voi hyödyntää kuntoutusryhmissä. Muistikuntoutusryhmien kuntoutuksen tulee olla näyttöön perustuvaa, kokonaisvaltaista, moniammatillista ja terapeutti-johtoista. Muistikuntoutusryhmiä tarvitaan koko muistisairautta sairastavan asiakkaan kuntoutuspolun varrella.

Tämän opinnäytteen pohjalta esiin tulleita kehittämissuhteita tulevaisuuden hyvinvointialueille ovat:

- muistikuntoutus omaksi palvelukokonaisuudeksi
- muistikuntoutuksen koordinaattorit organisoimaan muistikuntoutusta
- moniammatillinen ammattilaisverkosto vastaamaan tavoitteellisesta toteutuksesta
- muistikuntoutuksen koordinaattori organisoimaan ryhmäkuntoutusta todellisen tarpeen mukaan asiakaslähtöisesti
- resurssien joustava siirtely tarpeen mukaan alueen sisällä
- vaikuttavaa ryhmäkuntoutusta kaikissa muistisairauden vaiheissa.

Organisoidulla tavoitteellisella ryhmäkuntoutuksella voidaan vastata muistisairautta sairastavien asiakkaiden lisääntyvän määrän aiheuttamaan haasteeseen yhteiskunnassa. Tämän opinnäytetyön perusteella ryhmäkuntoutus muistisairautta sairastavalle asiakkaalle on merkityksellistä ja vaikuttavaa. Ryhmäkuntoutuksen avulla parannetaan sairastavan toimintakykyä ja elämäläätua, mikä mahdollistaa kotona asumisen pidempään ja siirtää laitoshoidon tarvetta. Ryhmäkuntoutuksen tulee olla sisällöltään näyttöön perustuvaa ja tavoitteellista kuntoutusta, jotta toiminta on vaikuttavaa. Ryhmäkuntoutuksen hyvällä koordinoinnilla ja yhteistyöllä hyvinvointialueen sisällä voidaan optimoida resurssien käyttöä ja näin saavuttaa säästöjä. Muistisairautta sairastavan asiakkaan kuntoutuksen tulee toimintakyvyn lisäksi tukea osallisuutta ja vuorovaikutusta, jonka ryhmäkuntoutus mahdollistaa.

Tämän opinnäytetyön tuotoksen muistikuntoutuksen ryhmäkuntoutusmallin käyttöön ottaminen jää tulevaisuuden hyvinvointialueelle. Opinnäytetyön tulokset julkistettiin ja tuotos esitettiin yhteistyötapaamisessa keväällä 2022 kehittämistoimintaan osallistuneille. Valmis opinnäytetyö lähetettiin yhteistyökuntiin ja asiantuntijoille koordinoitun muistikuntoutustoiminnan pohjaksi.

## Lähteet

- Aaltio, I. & Puusa, A. 2020. Mitä laadullisen tutkimuksen arvioinnissa tulisi ottaa huomioon? Teoksessa Puusa, A. & Juuti, P. (toim.) Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Tallinna: Gaudeamus Oy, 177–188.
- Arola, M. & Suhonen, L. 2014. YAMK työelämää kehittämässä. Sosiaali- ja terveysalan näkökulmia työhyvinvointiin. Teoksessa Tiainen, A-I. (toim.) Karelia-ammattikorkeakoulun julkaisuja B:25, 14–22. [https://moodle.karelia.fi/pluginfile.php/465766/mod\\_resource/content/1/Tutkivakehitt%C3%A4misprosessi\\_artikkeli\\_VALMIS.pdf](https://moodle.karelia.fi/pluginfile.php/465766/mod_resource/content/1/Tutkivakehitt%C3%A4misprosessi_artikkeli_VALMIS.pdf). 12.2.2021.
- Bossen, A.L., Specht, J.K. & McKenzie, S.E. 2009. Needs of People with Early-Stage Alzheimer’s Disease: Reviewing the Evidence. *Journal of Gerontological Nursing* 35: 3, 8-15.
- Burnham, M. 2009. Memory Croups for People with Early Dementia. Teoksessa Moniz-Cook, E. & Manthorpe, J. (toim.) *Early Psychosocial Interventions in Dementia*, 106–111. London & Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Callahan, C., Boustani, A., Unverzagt, F., Austrom, M., Damush, T., Perkins, A., Fultz, B., Hui, S., Counsell, S. & Hendrie, H. 2006. Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary care: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2006; 295 (18), 2148–57. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16684985/>. 25.1.2022.
- Graff, M., Adang, E., Vernooij-Dassen, M., Dekker, J., Jönsson, L., Thijssen, M., Hoefnagels, W. & Rikkert, M. 2008. Community occupational therapy for older patients with dementia and their care givers: cost effectiveness study. *BMJ*. 2008; 336 (7636), 134–8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18171718/>. 25.1.2022.
- Edgren, J., Penttinen, L., Mäkelä, M., Asikainen, J., Gerasin, A. & Havulinna, S. 2021. Ikääntyneen asiakkaan kuntoutumisen voimavarat jäävät usein hyödyntämättä. Tutkimuksesta tiiviisti 46/2021. Helsinki: Terveystien ja hyvinvoinnin laitos. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/142995/TUTI2021\\_046\\_korjattu.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/142995/TUTI2021_046_korjattu.pdf?sequence=4&isAllowed=y). 15.1.2022.
- Eksote.2022. Terveyspalvelut. Kotikuntoutus. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystien. <https://www.eksote.fi/terveyspalvelut/kotikuntoutus/Sivut/default.aspx>. 15.1.2022.
- Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. 2015. Muistisairaudet: Käsitteitä ja termejä. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) *Muistisairaudet*. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 18–22.
- Heikkinen, H. 2015. Toimintatutkimus: Kun käytäntö ja tutkimus kohtaavat. Teoksessa Valli, R. & Aaltola, J. (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin* 1. 4. painos Juva: PS-Kustannus, 204–219.
- Heyn, P., Johnson, K. & Kramer, A. 2008. Endurance and strength training outcomes on cognitively impaired and cognitively intact older

- adults: a meta-analysis. *J Nutr Health Aging*. 2008;12(6), 401–9.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18548179/>. 15.1.2022.
- Hoitotyön tutkimussäätiö. 2019. Muistisairaahan henkilön päivittäistoiminnoista suoriutumisen tukeminen - Lääkkeettömät menetelmät hoitotyössä.  
<https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/12/hoitosuositus-muistisairaat.pdf>. 5.2.2022.
- Humanistinen ammattikorkeakoulu. 2022. Opinnäytetyöopas YAMK.  
<https://humak.libguides.com/c.php?g=688355&p=4925417>.  
 12.1.2022.
- Hussi, E., Mäkinen E., Vauramo E. 2017. Ikääntyvä väestö ja toimintakyvyn ylläpito. *Kaks – kunnallisalan kehittämissäätiö*. <https://kaks.fi/wp-content/uploads/2017/06/ikaantyyva-vaesto-006-1.pdf>. 4.4.2021.
- Hänninen, T. & Heimonen, S. 2012. Kognitiiviset toiminnot –kuntoutuksen ja tuen mahdollisuudet normaalissa ikääntymisessä ja muistisairauksissa. Teoksessa Heimonen, S. & Pajunen, H. (toim.) *Mielen terveys vanhuudessa*. Helsinki: Persona Grata. 211–224.
- Hänninen, T., Hallikainen, M., Tuomainen, S., Vanhanen, M. & Soininen, H. 2002. Prevalence of mild cognitive impairment: a population-based study in elderly subjects. 2002; 106(3),148–54.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12174174/>. 2.2.2022.
- Immonen, A. 2019. Muistisairaahan hoidon järjestämisen periaatteet. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. (toim.) *Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 218–221.
- Innokylä. 2021a. Aivoriihi. <https://innokyla.fi/fi/tyokalut/aivoriihi>. 9.3.2021
- Innokylä. 2021b. Learning cafe eli oppimiskahvila. <https://innokyla.fi/fi/tyokalut/learning-cafe-eli-oppimiskahvila>. 13.3.2021.
- Innokylä. 2021c. Max Peberdyn kolme universaalia kysymystä.  
<https://innokyla.fi/fi/tyokalut/max-peberdyn-kolme-universaalia-kysymysta>. 20.3.2021.
- Juuti, P. & Puusa, A. 2020. Toimintatutkimus sekä toimintaa että tutkimusta. Teoksessa Puusa, A. & Juuti, P. (toim.) *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät*. Tallinna: Gaudeamus Oy, 267–281.
- Kallinen, T. & Kinnunen, T. 2021. Etnografia. Teoksessa Vuori, J. (toim.) *Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja*. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto.  
<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/analyysitavan-valinta-ja-yleiset-analyysitavat/teemoittelu/>. 28.11.2021.
- Kananen, J. 2014. Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona. Miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä? Makkonen, T. (toim.) *Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja -sarja*. Jyväskylä: Suomen Yliopistopaino Oy, 10–18.
- Karrasch, M., Hokkanen, L., Hänninen, T. & Hietanen, M. 2019 Normaali ikääntyminen ja muistisairaudet. Teoksessa Jehkonen, M., Saunamäki, T. & Hokkanen, L. (toim.) *Kliininen neuropsykologia*. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 246–250.
- Kekäle, J. & Puusa, A. 2020. Tiedesodat, realistinen ja konstruktionistinen maailmankäsitys. Teoksessa Puusa, A. & Juuti, P. (toim.) *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät*. Tallinna: Gaudeamus Oy, 41–55.

- Kivipelto, M., Mangialasche, F. & Ngandu, T. 2018. Lifestyle interventions to prevent cognitive impairment, dementia and Alzheimer disease. *Nat Rev Neurol*; 14:653–666. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30291317/>. 20.1.2022.
- Kivipelto, M., Solomon, A., Ahtiluoto, S., Ngandu, T., Lehtisalo, J., Antikainen, R., Bäckman, L., Hänninen, T., Jula, A., Laatikainen, T., Lindström, J., Mangialasche, F., Nissinen, A., Pajananen, T., Pajala, S., Peltonen, M., Rauramaa, R., Stigsdotter-Neely, A., Strandberg, T., Tuomilehto, J. & Soininen, H. 2013. The Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability (FINGER): Study design and progress. *Alzheimers Dement*; 9:657–665. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23332672/>. 15.1.2022.
- Koponen, P., Borodulin, K., Lundqvist, A., Sääksjärvi, K. & Koskinen S. (toim.) 2018. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. FinTerveys 2017-tutkimus. Helsinki: Terveys- ja hyvinvoinninlaitos.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012, 2. §. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>. 1.4.2021.
- Leemann, L., Kuusio, H. & Hämäläinen, R.-M. 2015. Sosiaalinen osallisuus. Sosiaalisen osallisuuden edistämisen koordinaatiohanke (Sokra). Terveys ja hyvinvoinnin laitos. [https://thl.fi/documents/966696/3775621/Tietopaketti\\_Sosiaalinen\\_Osallisuus.pdf](https://thl.fi/documents/966696/3775621/Tietopaketti_Sosiaalinen_Osallisuus.pdf). 15.1.2022.
- Lehtonen, M. 2004. Merkitysten maailma. Kulttuurisen tekstintutkimuksen lähtökohtia. 5.painos. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Vastapaino.
- Lotvonen, H., Rosenvall, A. & Nukari, T. 2014. Hoitojärjestelmän toiminnan periaatteita muistisairaahan hoidossa. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 199-201.
- Muistiliitto. 2014. Kuntoutusmalli. [https://www.muistiliitto.fi/application/files/5714/8666/3821/Kuntoutu\\_smalli\\_2014\\_vaaka.pdf](https://www.muistiliitto.fi/application/files/5714/8666/3821/Kuntoutu_smalli_2014_vaaka.pdf). 20.12.2021.
- Muistiliitto. 2022. Muistisairaudet. <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet>. 12.12.2021.
- Muistisairauksien Käypä hoito –suositus. 2017. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50044>. 25.1.2022.
- Mönkäre, R., Hallikainen, M., Nukari, T. & Forder, M. 2014. Kuntoutumisen merkitys ja lähtökohdat muistisairaudessa. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 8-9.
- Mönkäre, R. & Immonen, A. 2019. Muistisairaahan toimintakyvyn tukemisen periaatteet. Teoksessa Hallikainen, M., Immonen, A., Mönkäre, R. & Pihlakari, P. (toim.) Muistisairaahan hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 130.
- Nukari, T., Hallikainen, M. & Mönkäre, R. 2017. Muistisairaahan hoidon järjestämisen periaatteet. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. (toim.) Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 162–165.

- Pikkarainen, A. 2013. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 159.  
[https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/64864/JAMKJULKAISUJA1592013\\_web.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/64864/JAMKJULKAISUJA1592013_web.pdf?sequence=1&isAllowed=y). 7.4.2021.
- Pirttilä, T., Heimonen, S. & Granö, S. 2007. Kuntoutuksella keskeinen rooli dementoivaa sairautta sairastavan hoidossa. *Gerontologia* 21:4, 320–334.
- Pitkälä, K., Routasalo, P., Kautiainen, H. & Tilvis, R. 2011. Effects of socially stimulating group intervention on lonely, older people's cognition: A randomized, controlled trial. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2011; 19(7), 654–663. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21709611/>. 31.1.2022.
- Pitkälä, K., Savikko, N., Pöysti, M., Laakkonen, M-L., Kautiainen, H., Stranberg, T. & Tilvis, R. 2013. Muistisairaiden liikunnallisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Satunnaistettu vertailututkimus. Tampere: Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 125. Kelan tutkimusosasto.
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto.  
[https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L2\\_3\\_2\\_3.html](https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L2_3_2_3.html). 25.1.2022.
- Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen oppinäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.
- Salonen, K., Eloranta, S., Hautala, T. & Kinon, S. 2017. Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksessa. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 108. Turun ammattikorkeakoulu. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522166494.pdf>. 1.4.2021.
- Shigihara, Y., Hoshi, H., Shinada, K., Okada, T. & Kamada, H. 2020. Non-pharmacological treatment changes brain activity in patients with dementia. *Scientific reports* 10:6744  
<https://www.nature.com/articles/s41598-020-63881-0>. 16.1.2022.
- Seppänen-Järvelä, R. 2004. Prosessi-arviointi kehittämissuunnitelmassa. Opas Käytäntöihin. STAKES Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. <https://core.ac.uk/download/pdf/12358058.pdf>. 25.1.2022.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Kansallinen muistiohjelma 2012–2020. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:10. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72532/UR%3aNBN%3afi-fe201504226359.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. 5.4.2021.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017a. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3960-8>. 30.3.2021.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2017b. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:41. Helsinki 2017.  
[https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160273/RAP2017\\_41.pdf](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160273/RAP2017_41.pdf). 15.1.2022.
- Sørensen, L.V., Waldorff, F.B. & Waldemar, G. 2008, Early counselling and support for patients with mild Alzheimer's disease and their caregivers: a qualitative study on outcome. *Aging and Mental Health* 12: 4, 444–450.

- Suhonen, J., Rahkonen, T., Juva, K., Pitkälä, K., Voutilainen, P. & Erkinjuntti, T. 2011. Muistipotilaan hoitoketju. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 127(11):1107–16.  
<https://www.duodecimlehti.fi/duo99577>. 3.1.2022.
- Suutama, T. 2008. Muisti ja oppiminen. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. 2. painos. Helsinki: Duodecim, 192–203.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2020a. Muistisairauksien yleisyys.  
<https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet/muistisairauksien-yleisyys>. 11.4.2021.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2020b. Muistisairauksien kustannukset.  
<https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet/muistisairauksien-kustannukset>. 10.4.2021.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2020c. Muistisairaudet. <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet>. 9.4.2021.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2021d. Liikkumis- ja toimintakyvyn testaaminen.  
<https://thl.fi/documents/966696/1449811/SPPB+lomake+%26+ohje.pdf/b989644c-4b2e-432e-877a-f8bb52eab56c>. 16.1.2022.
- Terveyskirjasto. 2021. Muistihäiriöt ja dementia. Duodecim.  
<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00706>. 2.2.2022.
- Terveyskirjasto. 2022. Muistisairaudet ja kuntouttava työ. Duodecim.  
<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00860>. 22.1.2022.
- Tietoarkisto. 2020. Aineistonhallinnan suunnittelu.  
<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/aineistonhallinta/aineistonhallinnan-suunnittelu/>. 10.12.2021.
- Tikkanen, P. 2015. Physical Functioning among Community-Dwelling Older People. Publications of the University of Eastern Finland.  
[https://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-1733-1/urn\\_isbn\\_978-952-61-1733-1.pdf](https://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1733-1/urn_isbn_978-952-61-1733-1.pdf). 29.3.2021.
- Tilastokeskuksen väestölaskennat. 2000 ja 2010. Väestöennuste 2012–2060.  
[https://www.tilastokeskus.fi/til/vaenn/2012/vaenn\\_2012\\_2012-09-28\\_fi.pdf](https://www.tilastokeskus.fi/til/vaenn/2012/vaenn_2012_2012-09-28_fi.pdf)
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämissuunnitelmaan, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. [https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/100802/Toikko\\_Rantanen\\_Tutkimuksellinen\\_kehittamistoiminta.pdf?sequence=1](https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/100802/Toikko_Rantanen_Tutkimuksellinen_kehittamistoiminta.pdf?sequence=1). 12.2021.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. <https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/hyva-tieteellinen-kaytanta-htk>. 25.4.2021.
- UKK-instituutti. 2020. Liikunta parantaa muistisairaana liikkumis- ja toimintakykyä sekä kotona että laitoksessa.  
<https://ukkinstituutti.fi/liike-laakkeena/liikunta-ja-sairaudet/muistisairaudet/>. 29.1.2022.
- Varsinais-Suomen muistiyhdistys Ry. 2021. Muistiaktiivit. <https://www.muistiturku.fi/fi/muistiluotsi/yhteistyö-ja-kehittäminen/muistiaktiivit/>. 11.4.2021.
- Vilka H. 2005. Tutkimusmetodeja ammatilliselle kentälle.  
<http://hanna.vilka.fi/wp-content/uploads/2014/02/Tutki-ja-kehita.pdf>. 25.1.2022.

**Kehittämistyöryhmän tuotos****Asiakasnäkökulma ryhmäkuntoutukseen varhaisvaiheen ja lievän vaiheen muistisairaudessa**

<b>Tiedollinen näkökulma</b>	<b>Sopeutuminen</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tietopaketti muistisairaudesta</li> <li>- Tietoa palveluista ja tukiverkosta</li> <li>- Läheinen mukana</li> <li>- Kurssimuotoisuus, sama ryhmä</li> <li>- Ryhmiä sairastuneille, omaisille ja yhdessä</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vertaistuki</li> <li>- Muistisairaudesta puhuminen läheisten ja sairastuneiden kanssa</li> <li>- Avoimuus ja luottamus ryhmässä</li> </ul>
<p><b>Kuntoutuspolun alkaminen, ohjautuminen diagnoosin saamisen jälkeen</b></p>	
<b>Toiminnallinen kuntoutus</b>	<b>Osallisuuden näkökulma</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Liikunta</li> <li>- Kognitiiviset toiminnot</li> <li>- Taide</li> <li>- Luonto</li> <li>- Digiapu</li> <li>- Kodin laitteiden käyttö</li> <li>- Asioiden toistaminen, selkeys, rauhallisuus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kodin ulkopuolisten asioiden hoitaminen esim. kaupassa käyminen</li> <li>- Harrastukset</li> <li>- Puhelimen käyttö</li> <li>- Ystävä mukaan</li> </ul>
Ei luokiteltu, ei liity ryhmäkuntoutukseen:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- valtuutukset läheiselle riittävän ajoissa</li> <li>- muistisairaudet tunnetuksi yhteiskunnassa</li> </ul>

**Kehittämistyöryhmän tuotos****Ammattilaisnäkökulma ryhmäkuntoutukseen varhaisvaiheen ja lievän vaiheen muistisairaudessa**

<b>Tiedollinen näkökulma</b>	<b>Ryhmäkuntoutus</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ensitietokurssi</li> <li>- vertaistuki</li> <li>- sairastunut ja läheinen</li> <li>- älyteknologia ja apuvälineet</li> <li>- palvelut ja harrastuksista</li> <li>- ravitsemustieto sairastuneelle ja omaiselle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tavoitteellista toimintaa</li> <li>- liikuntaryhmiä interventioina</li> <li>- sukupuolijakauman ja elämäntilanteen huomioiminen</li> <li>- työikäisille omat ryhmät</li> <li>- asiantuntijavierailut</li> <li>- omatoimisuuden tukeminen</li> <li>- kuljetusmahdollisuus ryhmään</li> </ul>

**Kuntoutuspolun  
löytyminen ja siihen  
pääseminen helposti ilman  
lähetettä**

<b>Järjestävä taho / vastuutaho</b>	<b>Osallisuuden näkökulma</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- toimintaa yli kuntarajojen</li> <li>- virtuaalitoteutus</li> <li>- monimuotoiset vaihtoehdot</li> <li>- järjestävän kuntoutustahon sopiminen kunnassa esim. sosiaali- ja / tai terveyspalvelut</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- avoin ryhmätoiminta esim. muistikahvila tapaamispaikkana</li> <li>- ystävä mukaan</li> <li>- sosiaalisten kontaktien säilyminen</li> <li>- yhteiskunnassa mukana pysyminen (esim. kirjaston käyttö, bussilla kulkeminen)</li> <li>- älylaitteiden käyttö</li> </ul>

**Kehittämistyöryhmän tuotos****Esihenkilönäkökulma ryhmäkuntoutukseen varhaisvaiheen ja lievän vaiheen muistisairaudessa**

<b>Vaikuttavuus</b>	<b>Resurssit</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- tavoitteellisuus</li> <li>- sote-henkilöstön ohjaus</li> <li>- omat merkityksensä ja eri tavoitteet avoimilla ryhmillä ja sote-ryhmillä</li> <li>- kokonaisvaltaisuus</li> <li>- sovittujen mittareiden käyttö</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- moniammatillisuus, osaaminen</li> <li>- ryhmät isompia varhaisvaiheessa</li> <li>- kuljetus tarvittaessa</li> <li>- kuntoutustilat esim. kuntosali</li> </ul>

**Koordinointi:  
kuntoutuspolulle ja ryhmiin  
ohjautuminen**

<b>Järjestäminen, vastuutaho</b>	<b>Ohjautuminen</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- avoin toiminta kolmannelle sektorille</li> <li>- tavoitteellinen ryhmäkuntoutus hyvinvointialueelle</li> <li>- ensitietokurssit eri kuntien ja kolmannen sektorin yhteistyössä</li> <li>- tasapuolisuus asuinpaikasta tai järjestävästä tahosta riippumatta</li> <li>- alueellinen verkosto: yhteiset hoitopolut ja materiaalit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- "OMA OLO-kysely" ohjaisi yhteydenottoa</li> <li>- diagnoosi käynnistää prosessin</li> <li>- asiakaslähtöisyys</li> <li>- ohjautuminen ajoissa tärkeää → kriittinen vaihe</li> <li>- palveluketjut kuvattuna</li> <li>- yhdyspinnat eri toimijoiden välillä</li> <li>- tieto ammattilaisille mihin ohjata</li> </ul>

**Kehittämistyöryhmän tuotos****Asiakasnäkökulma ryhmäkuntoutukseen keskivaikean vaiheen muistisairaudessa**

<b>Fyysinen kuntoutus</b>	<b>Ruokaileminen</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- kunnosta huolehtiminen</li> <li>- osallistuminen päivän askareisiin</li> <li>- arkitoimintojen harjoittelu</li> <li>- ulkoilu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- yhdessä</li> <li>- kuntoutuspäivä sisältää ruokailun</li> <li>- toimintojen ylläpysyminen</li> </ul>
<b>Toimintakyvyn ylläpysyminen</b>	
<b>Kognitiivinen kuntoutus</b>	<b>Mielialan tukeminen</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- aivojumppa</li> <li>- vinkit muistamiseen</li> <li>- pelit</li> <li>- puhelimen käyttö</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vertaistuki</li> <li>- luonto</li> <li>- keskustelu</li> </ul>
Ei luokiteltu, ei liity ryhmäkuntoutukseen:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- siivous</li> <li>- pankkiasioiden hoito</li> <li>- kaupassa käynti yksin</li> <li>- päätöksen teko</li> <li>- hälytyslaitteet</li> <li>- päivittäinen kotipalvelukäynti</li> <li>- asuminen turvallisesti</li> </ul>

**Kehittämistyöryhmän tuotos****Ammattilaisnäkökulma ryhmäkuntoutukseen keskivaikean vaiheen muistisairaudessa**

<b>Päiväkuntoutuksen sisältö</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- kuntoutuspäivä sisältää ruokailun</li> <li>- voima- ja tasapainoharjoittelu</li> <li>- kognitiivinen harjoittelu</li> <li>- sosiaaliset kontaktit, vertaistuki</li> <li>- ulkoileminen</li> <li>- painotus siirtyä toiminnallisiin menetelmiin</li> <li>- arkiaskareiden harjoittelu</li> <li>- voimavarojen huomioiminen</li> <li>- oman historian huomioiminen</li> <li>- toistuvia rutiineja, turvallisuuden tunne</li> <li>- yksilöllinen sisällön suunnittelu</li> <li>- iloa tuovat asiat motivoivat ryhmässä käymiseen</li> <li>mittareiden hyödyntäminen</li> </ul>	
<b>Kotona asumisen tukeminen</b>	
<b>Ryhmäkuntoutuksen toteuttaminen</b>	<b>Omaisyyhteistyö</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- säännöllisyys 1–5 x vko</li> <li>- kesto noin 3–6 h / päivä</li> <li>- kuljetusmahdollisuus</li> <li>- virtuaalikuntoutuksen hyödyntäminen päiväkuntoutuksessa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- omaiset tiiviisti mukana: kuntouttavia toimintoja myös kotona</li> <li>- omaisten ohjaaminen</li> <li>- ravitsemusneuvonta</li> <li>-</li> </ul>

**Kehittämistyöryhmän tuotos****Esihenkilönäkökulma ryhmäkuntoutukseen keskivaikean vaiheen muistisairaudessa**

Vaikuttavuus	Resurssit
<ul style="list-style-type: none"> <li>- yksilöllinen kuntoutumisen suunnitelma omaiset huomioiden</li> <li>- yksilön näkökulma / kunnan näkökulma</li> <li>- sovittujen mittareiden käyttö, RAI:n hyödyntäminen</li> <li>- jatkuva arviointi / väliarviot</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- moniammatillisuus, osaaminen</li> <li>- pienryhmät</li> <li>- kuljetus</li> <li>- ruokailu</li> </ul>
<p><b>Koordinointi: kuntoutuspolulla pysyminen ja ryhmien jatkuvuuden mahdollistaminen</b></p>	
Järjestäminen, vastuutaho	Jatkuvuus
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ammattilaiset voivat siirtyä, asiakkaalle toimintaa lähellä</li> <li>- verkostoituminen, yhteiset koulutukset</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ryhmien muodostaminen tarpeen mukaan esim. nuorten muistisairaiden ryhmät</li> <li>- ryhmään pääseminen oikea-aikaista, ei jonottamista</li> </ul>

**Kehittämistyöryhmän tuotos****Asiakasnäkökulma ryhmäkuntoutukseen vaikean vaiheen muistisairaudessa**

<b>Osallistuminen päivä kuntoutusryhmään</b>	
<b>Muistisairautta sairastava asiakas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1–5 x vko</li> <li>- osapäivä- / kokopäiväryhmä jaksamisen mukaan</li> <li>- toimintakyvyn mukaan (liikunta, askartelu, keskustelu)</li> <li>- sisältää ruokailun</li> <li>- ulkoilu</li> </ul>	<b>Omainen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- vertaistuki</li> <li>- jaksaminen</li> <li>- yhteydenpito</li> </ul>
Ei luokiteltu, ei liity ryhmäkuntoutukseen:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- intervallijaksot</li> <li>- siivousapu läheiselle</li> <li>- kuntoutusjaksot pariskunnille</li> </ul>

**Kehittämistyöryhmän tuotos****Ammattilaisnäkökulma ryhmäkuntoutukseen vaikean vaiheen muistisairaudessa**

<b>Päiväkuntoutuksen sisältö</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- yksilön huomioiminen ryhmäkuntoutuksessa</li> <li>- ruokailun tukeminen ryhmässä</li> <li>- ulkoileminen</li> <li>- aistien hyödyntäminen kuntoutuksessa (esim. aistihuone)</li> <li>- musiikki</li> <li>- liikkumiskyvyn tukeminen</li> <li>- päivittäistoimien tukeminen</li> <li>- päivälevon mahdollisuus</li> <li>- joustavuus päivän sisällössä, päivää pystytään muokkaamaan ryhmän voinnin, tunnelman ja tarpeiden mukaan</li> <li>- ajattomuus, esimerkiksi ruokailu saa kestää</li> </ul>

<b>Kotona asumisen mahdollistaminen</b>
---

<b>Ryhmäkuntoutuksen toteuttaminen</b>	<b>Omaisyhteistyö</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- kokopäiväisesti useamman kerran viikossa</li> <li>- aloitus myöhemmin (noin klo 10)</li> <li>- ryhmän kesto jaksamisen mukaan</li> <li>- pienempi ryhmäkoko, noin 3–5 hlö / ohjaaja</li> <li>- kuljetus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- omaisten jaksamisen tukeminen</li> <li>- muistisairaana vuorokausirytmien säilyminen</li> <li>- vapaa-aikaa omaiselle</li> <li>- vertaisryhmä</li> <li>- yhdistelmäryhmä: samanaikainen ryhmä omaiselle ja muistisairaalle</li> </ul>

Ei luokiteltu, ei liity ryhmäkuntoutukseen:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- intervallijaksot omaishoitajan jaksamisen tukemiseksi</li> <li>- ”hoitaja kotiin” -palvelua, kun ryhmäkuntoutus ei onnistu</li> </ul>
---	--

**Kehittämistyöryhmän tuotos****Esihenkilönäkökulma ryhmäkuntoutukseen vaikean vaiheen muistisairaudessa**

Vaikuttavuus	Resurssit
<ul style="list-style-type: none"> <li>- tavoitteellisuus → arviointi → jäljellä olevat voimavarat</li> <li>- saman kuntoisten ryhmät, elämänhistorian huomioiminen</li> <li>- omaisten jaksamisen tukeminen</li> <li>- tehostetun palveluasumisen siirtyminen → kustannusvaikutus</li> <li>- kotihoidon tarve vähenee → kustannusvaikutus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kuljetus ja lähettäminen</li> <li>- esimerkkiruokailu</li> <li>- turvalliset tilat</li> <li>- ulkoilumahdollisuus</li> <li>- osaava henkilökunta</li> <li>- moniammatillisuus, erityisosaaminen</li> <li>- pienryhmä</li> </ul>
<p><b>Koordinointi: hoidon kokonaisuuden hallinta ja kuntoutusryhmiin osallistumisen onnistuminen</b></p>	
Järjestäminen, vastuutaho	Hoidon kokonaisuus
<ul style="list-style-type: none"> <li>- sijainti lähellä</li> <li>- toimintaa asiakasmäärän mukaan, mutta tasapuolisesti asiakkaille</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- keskitetty koordinointi ja resurssointi</li> <li>- oma palvelukokonaisuus kuten kotihoito</li> <li>- asiakkuus on koko perhe</li> </ul>

## Saatekirje

Hei muistiammattilainen!

Opiskelemme Karelian ammattikorkeakoulussa Ikäosaamisen kehittäminen ja johtaminen -koulutusohjelmassa YAMK-tutkintoa.

Teemme opinnäytetyötä aiheesta **Muistisairautta sairastavien asiakkaiden ryhmäkuntoutus Turun kehyskunnissa**

(Akseli, Kaarina, Lieto, Naantali ja Raisio-Rusko).

Toimeksiantajamme on Raision Kaupunki / Sari Tanninen.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kehittää muistisairautta sairastavien asiakkaiden kuntoutuspalveluita siten, että kotona asuminen onnistuisi pidempään mahdollisimman kevyillä palveluilla.

Opinnäytetyön kehittämistehtävänä on tuottaa malli muistisairautta sairastavien asiakkaiden ryhmäkuntoutuksesta Turun kehyskuntiin.

Olemme lähestyneet opinnäytetyön merkeissä Turun kehyskuntien esihenkilöitä, jotka ovat nimenneet teidät osallistumaan tähän kehittämistyöhön. Jokaisesta kunnasta kehittämistyöhön osallistuvat muistikoordinaattori, muistisairaiden ryhmiä ohjaava terapeutti tai vastaava ammattilainen ja esihenkilö. Kiitos, että olet mukana.

**Muistikoordinaattoreiden ja ammattilaisten kehittämistyöryhmä kokoontuu 7.9.2021 klo 12.30–15 Raision kaupungintalon takkahuoneella (Nallinkatu 2).**

Tulemme teitä pääovelle vastaan. Tilaisuudessa on kahvitarjoilu, joten ilmoitathan erityisruokavaliosta. Toivomme, että vastaatte tähän postiin mahdollisimman pian, kuitenkin viimeistään 31.7.2021, jotta tiedämme tämän tulleen perille. Mahdollisen esteen sattuessa mietithän itsellesi varahenkilön, joka voi osallistua tarvittaessa.

Kuntien lisäksi kehittämistyöhön osallistuvat Varsinais-Suomen Muistiaktiivit – vaikuttajaryhmä asiakasnäkökulman saamiseksi sekä Varsinais-Suomen muistiyhdistyksen kaksi asiantuntijaa.

Liitteenä opinnäytetyösuunnitelma.

**Rakennetaan yhdessä toimiva malli muistisairaiden ryhmäkuntoutukselle Turun kehyskuntiin!**

Yhteistyöterveisin fysioterapeutit

Katja-Maria Nurmi

[katja.nurmi@raisio.fi](mailto:katja.nurmi@raisio.fi)

ja

Hannamari Pölkkyen

[hannamari.polkkyen@raisio.fi](mailto:hannamari.polkkyen@raisio.fi)

## Saatekirje

**Hei sinä, joka johdat ikäihmisten palveluita,**

Opiskelemme Karelian ammattikorkeakoulussa Ikäosaamisen kehittäminen ja johtaminen -koulutusohjelmassa YAMK-tutkintoa. Teemme opinnäytetyötä aiheesta **Muistisairautta sairastavien asiakkaiden ryhmäkuntoutus Turun kehyskunnissa** (Akseli, Kaarina, Lieto, Naantali ja Raisio – Rusko). Toimeksiantajamme on Raision Kaupunki / Sari Tanninen.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kehittää muistisairautta sairastavien asiakkaiden kuntoutuspalveluita siten, että kotona asuminen onnistuisi pidempään mahdollisimman kevyillä palveluilla. Opinnäytetyön kehittämistehtävänä on tuottaa malli muistisairautta sairastavien asiakkaiden ryhmäkuntoutuksesta Turun kehyskuntiin.

On ensiarvoisen tärkeää, että lähdette yhdessä kanssamme kehittämään Turun kehyskuntien muistisairaiden palveluita. Kehittämistyöhön tarvitsemme teiltä jokaisesta kehyskunnasta:

- muistikoordinaattorin

- ammattilaisen, joka ohjaa muistisairaiden ryhmiä kunnassa esim. fysio- tai toimintaterapeutti / sosionomi / geronomi / sairaanhoitaja.

Muistikoordinaattoreiden ja ammattilaisten kehittämistyöryhmä kokoontuu 7.9.2021 Raisiossa. Kehittämistyöryhmään osallistumiseen tarvitaan aikaa noin 2 tuntia.

Haluamme tuoda kehittämistyöhön esihenkilöiden näkökulman, joka on tärkeä. Siksi toivomme teidän osallistuvan esihenkilöiden kehittämistyöryhmään torstaina 2.12. klo 12.30–15 Raisiossa tai Teams-kokouksessa. Tavataan tämän merkeissä Raisiossa tai Teams:ssa.

Kehittämistyöhön tulee mukaan Varsinais-Suomen Muistiaktiivit – vaikuttajaryhmä asiakasnäkökulman saamiseksi.

**Toivoisimme, että osallistutte tähän tärkeään kehittämistyöhön ja nimeätte muistikoordinaattorin ja ammattilaisen viimeistään 21.5.2021. Mikäli ette itse pysty osallistumaan esihenkilöiden kehittämistyöryhmään, toivomme, että valtuutate tilallenne henkilön, joka vastaa ko. palveluista.**

Lähetämme touko-kesäkuun vaihteessa teille lyhyen Webropol-kyselyn. Kyselyn avulla selvitämme kehyskuntien tämänhetkisen muistisairautta sairastavien henkilöiden kuntoutusryhmien määrän sekä työntekijäresurssin.

Litteenä opinnäytetyösuunnitelma.

Rakennetaan yhdessä toimiva malli muistisairaiden ryhmäkuntoutukselle Turun kehyskuntiin!

Yhteistyöterveisin fysioterapeutit Katja-Maria Nurmi ja Hannamari Pölkkyinen

[katja.nurmi@raisio.fi](mailto:katja.nurmi@raisio.fi)

[hannamari.polkkyinen@raisio.fi](mailto:hannamari.polkkyinen@raisio.fi)

## Saatekirje

**Hei Muistiaktiivi,**

Kiitos, kun osallistut opinnäytetyömme kehittämisryhmään.

Työmme tarkoituksena on edistää muistisairautta sairastavien asiakkaiden toimintakykyä ja kotona asumista mahdollisimman kevyillä palveluilla. Opinnäytetyön tuloksena syntyy malli ryhmäkuntoutuksesta Turun kehyskuntiin, jotka ovat Akseli (Masku, Mynämäki, Nousiainen), Kaarina, Lieto, Naantali ja Raisio-Rusko yhteistoiminta-alue.

Kehittämistyöryhmä kokoontuu **torstaina 19.8.2021 klo 12.30–15** Raision kaupungintalon takahuoneella (osoite: Nallinkatu 2, Raisio).

Tulemme sinua vastaan kaupungintalon pääovelle. Soitathan, jos et löydä perille tai tulee muuta estettä.

Otathan mukaasi täyttämäsi lupalapun kehittämistoimintaan osallistumisesta.

Tilaisuudessa on kahvitarjoilu, joten ilmoitathan tarvittaessa esteestä ja mahdollisesta erityisruokavaliosta Marjut Aallolle.

**TERVETULOA, NÄHDÄÄN ELOKUUSSA!**

Yhteistyöterveisin,

Katja-Maria Nurmi, puh. 044-7972382 ([katja.nurmi@raisio.fi](mailto:katja.nurmi@raisio.fi)) ja

Hannamari Pölkkyinen, puh. 044-7972304 ([hannamari.polkkyinen@raisio.fi](mailto:hannamari.polkkyinen@raisio.fi))

## Lupa tuotetun tiedon käyttöön

### Lupa kehittämistyöryhmässä tuotetun tiedon käyttöön opinnäytetyössä

Annan luvan kehittämistyöryhmässä 19.8.2021 / 7.9.2021 / 2.12.2021 tuotetun tiedon käyttämiseen ylemmän ammattikorkeakoulun (YAMK) opinnäytetyössä. Opinnäytetyön nimi: Muistisairautta sairastavien asiakkaiden ryhmäkuntoutus Turun kehyskunnissa.

Osallistujien henkilöllisyys ei tule esille kehittämistyössä.

Aika ja paikka: \_\_\_\_\_

Osallistujan nimi: \_\_\_\_\_

Allekirjoitus: \_\_\_\_\_