



Minna Rantanen

Muistisairaahan asiakaslähtöinen hoitopolku

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus asiakaslähtöisyyttä edistävistä ja estävistä tekijöistä muistisairaahan hoitopolulla

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Geronomi YAMK

Vanhustyön tutkinto-ohjelma

Opinnäytetyö

27.11.2024

Tiivistelmä

Tekijä:	Minna Rantanen
Otsikko:	Muistisairaahan asiakaslähtöinen hoitopolku. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus asiakaslähtöisyyttä edistävästä ja estävistä tekijöistä muistisairaahan hoitopolulla
Sivumäärä:	40 sivua
Aika:	27.11.2024
Tutkinto:	Geronomi YAMK
Tutkinto-ohjelma:	Vanhustyö tutkinto-ohjelma
Ohjaaja:	Lehtori Sari Helenius

Muistisairaus on tunnustettu Suomessa kansansairaudeksi. Joka vuosi noin 14 500 suomalaista saa muistisairaus diagnoosin. Diagnoosin saaminen vaikuttaa sairastuneen ja hänen läheistensä elämään, jolloin he tarvitsevat ohjausta, tukea ja neuvontaa erityisen paljon.

Yhteiskunta on tietoinen muistisairauksista johtuvista taloudellisista kustannuksista ja sairauden vaikutuksesta sosiaali- ja terveyspalveluihin. Muistisairaiden hoitoa ja palveluita kehitetään jatkuvasti selkeämmiksi ja asiakaslähtöisemmiksi. Maanlaajuisessa kehittämisyhteistyössä ollaan epätasa-arvoisessa asemassa, sillä kaikilla hyvinvointialueilla ei muistisairaahan hoitopolku ole selkeä. Palvelut ovat sirpaleisia eikä muistisairas tiedä mihin ja keneen olla yhteydessä palveluvidakossa.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata asiakaslähtöisyyttä muistisairaahan hoitopolulla. Työssä kuvattiin mitkä tekijät edistävät ja mitkä tekijät estävät asiakaslähtöisyyttä muistisairaahan hoitopolulla. Menetelmänä opinnäytetyössä käytettiin kuvailevaa kirjallisuuskatsausta, jossa aineisto haettiin sosiaali- ja terveydenalan tietokantoja hyväksi käyttäen. Tutkimuksia, jotka otettiin aineistoksi opinnäytetyöhön, löytyi 11 kappaletta. Tutkimuksista oli 3 kappaletta eurooppalaisia ja loput 8 kappaletta oli tehty Yhdysvalloissa ja Kanadassa. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Edistävästä ja estävästä tekijöistä laadittiin listat. Tulokset liittyivät muistisairaahan tuomaan negatiiviseen stigmaan, oikea-aikaiseen tutkimukseen pääsyyn, ammattilaisten koulutuksen tarpeeseen muistisairauksiin liittyen ja palveluiden sirpaleisuuteen. Muistisairaahan hoitopolun kehittämistä ajatellen tulokset olivat relevantteja ja käytäntöön otettavia. Muistisairaahan hoitopolkua olisi hyvä saada kehitettyä yhtenäisemmäksi ja asiakaslähtöisemmäksi yhdessä muistisairauksiin erikoistuneiden ammattilaisten kanssa. Hoitopolun aikana tarvittavat palvelut ja yhteystiedot, mihin olla yhteydessä, tulee tuoda selkeästi ilmi. Hoitopolun sisälle on myös hyvä suunnitella muistisairaahan itsenäisenä kanssa hyvä ja yksilöllinen hoitosuunnitelma, jota on helppo seurata niin ammattilaisten kuin muistisairaahan ja hänen läheisten toimestansa. Hoitosuunnitelman tekoon tarvitaan moniammatillinen tiimi erikoisosaajia sosiaali- ja terveysalalta sekä muistisairas itse. Näin suunnitelmaa on helpompi pitää yllä ja noudattaa siihen laadittuja suunnitelmia. Tämä vaikuttaa edistävästi muistisairaahan tulevaisuuteen ja kokonaisvaltaiseen toimintakykyyn asiakaslähtöisesti.

Avainsanat: Muistisairas, asiakaslähtöisyys, hoitopolku

Tämän opinnäytetyön alkuperä on tarkastettu Turnitin Originality Check -ohjelmalla.

Abstract

Author: Minna Rantanen
Title: Client-centered care pathway for individuals with dementia. A descriptive literature review of factors promoting and hindering client-centeredness in the care pathway of people with dementia.
Number of Pages: 40 pages
Date: 27 November 2024
Degree: Master of Social Services and Health Care
Degree Programme: Master's Degree Programme in Human Ageing and Services
Instructor: Senior Lecturer Sari Helenius

Memory disorders have been recognized as chronic diseases in Finland. Every year, around 14,500 Finns are diagnosed with a memory disorder. Receiving a diagnosis impacts the life of the client and their loved ones, making guidance, support, and counseling especially important.

Society is aware of the financial costs associated with memory disorders and the impact they have on social and health services. Care and services for people with memory disorders are continuously being developed to become clearer and more client centered. At the national level, clients are in an unequal position, as their treatment pathways are not coherent across all wellbeing service counties. Services are fragmented, and memory disorder clients often do not know what or who to contact within the service system.

The purpose of this thesis was to describe client-centeredness in the care pathway for individuals with dementia. A descriptive literature review was used as the method, with data sourced from social and health care databases. Eleven studies were found and used as the data for the thesis. The data was analyzed using inductive content analysis.

As a result of the study, a list of promoting and hindering factors was established. Among the most important findings were the negative stigma associated with memory disorders, timely access to treatment, the need for professional training related to memory disorders, and the fragmentation of services. When considering the development of the care pathway for people with memory disorders, these results were relevant and practicable. However, it is essential to develop a nationally consistent care pathway. Now, each wellbeing service county has developed its own care path, but when a client with memory disorder is transferred to another region, the same care pathway may not apply.

As part of the care pathway, it is also important to plan a personalized treatment plan in collaboration with the client, one that is easy to follow for both professionals and the client and their close ones. A multi-professional team of specialists from social and health care fields, as well as the memory disorder clients themselves, is needed to create the care plan. This approach makes it easier to maintain and follow the established plans, leading to a better future well-being and overall functional capacity of the affected person.

Keywords: People with dementia, client-centered, care pathway

The originality of this thesis has been checked using Turnitin Originality Check service.

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Teoreettiset lähtökohdat	2
2.1	Ikääntyminen ja muistisairaudet	2
2.2	Muistisairaahan hoitopolku	3
2.2.1	Muistisairaahan hoitopolun prosessi	4
2.3	Asiakaslähtöisyys muistisairaahan hoitopolulla	6
2.3.1	Asiakkaan kohtaaminen sosiaali- ja terveysalalla	8
2.3.2	Asiakaslähtöisyyden osa-alueet	9
3	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	10
4	Opinnäytetyön toteutus	11
4.1	Tutkimusmenetelmänä kuvaileva kirjallisuuskatsaus	11
4.2	Kirjallisuuskatsauksen prosessi	12
4.3	Hakustrategia	15
4.4	Tietokannat	16
4.5	Aineiston laadunarviointi	18
4.6	Aineistolähtöinen sisällönanalyysi	20
5	Tulokset	22
5.1	Katsaukseen valittujen tutkimusten kuvaus	22
5.2	Asiakaslähtöisyyttä edistävät tekijät	26
5.3	Asiakaslähtöisyyttä estävät tekijät	28
6	Pohdinta	30
6.1	Tulosten tarkastelu	30
6.2	Luotettavuus ja eettisyys	33
6.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	33
	Lähteet	36

1 Johdanto

Ikääntyneiden määrä Suomessa kasvaa ja sen myötä myös riski sairastua muistisairauteen lisääntyy. Suomessa diagnosoidaan muistisairauksia keskimäärin 14 500 ihmiselle vuosittain. Muistisairaita ihmisiä Suomessa on jo yli 200 000, kuitenkin merkittävä osa muistisairauksista jää diagnosoimatta. Diagnoosin saaminen edellyttää ihmisen itsensä tai hänen läheisensä huolen kognitiivisten taitojen ja muistin heikkenemisestä ja hakeutumisen lääkäriin tarkempiin tutkimuksiin. Monet ihmiset kuitenkin laittavat kognitiivisten taitojen ja muistin heikentymisen normaalin ikääntymisen syyksi. Tärkeää onkin ymmärtää, onko kyseessä normaalin ikääntymisen tuomat muutokset vai viittaavatko oireet alkavaan muistisairauteen. (Erkinjuntti, Remes, Rinne & Soininen 2015: 35–43.)

Sosiaali- ja Terveysministeriön vuonna 2020 julkaiseman Kansallisen ikäohjelman vaikutustavoitteina oli mm. kehittää iäkkäille ja riskiryhmissä oleville ihmisille ennaltaehkäiseviä ja toimintakykyä parantavia toimintoja sekä varmistaa iäkkäiden palvelujen yhdenvertaisuus. Muistisairauksien lisääntymisen myötä ikääntyneille halutaan mahdollisuus pitkään ja terveeseen elämään. Tähän tavoitteeseen päästään edistämällä tervettä ja hyvää ikääntymistä, kehittämällä ikäystävällistä ympäristöä, mukauttamalla terveydenhuollonjärjestelmiä ikääntyvien tarpeisiin, pitkäaikaishoidon järjestelmien kehittämistä kestävimiksi ja oikeudenmukaisemmiksi sekä parantaa terveen ikääntymisen kognition mittaamista, seuranta ja tutkimusta. (STM 2020: 11–13.)

Asiakaslähtöisyys on tällä hetkellä kaiken toiminnan keskiössä, johon organisaatiot panostavat. Asiakas nähdään toiminnan lähtökohtana, jossa asetetaan asiakkaan tarpeet ja odotukset kaiken tekemisen keskiöön. Asiakaslähtöisyydessä pyritään ymmärtämään asiakkaita syvällisemmin ja tarjoamaan heille arvoa ja kokemusta. Sosiaali- ja terveysalalla asiakaslähtöisyys on myös terveystoiminnan tavoite. Asiakkaan aktiivinen rooli oman itsensä tuntemisessa ja hoidossa on otettava huomioon. Organisaatioiden kilpailuasetelman vuoksi asiakkaan asema korostuu, kun hän voi valinnanvapauden laajennettua valita missä haluaa itseään hoidettavan. (Kähkönen 2021.)

Käytän kuvailevaa kirjallisuuskatsausta opinnäytetyössäni, jossa keskityn muistisairaahan asiakkaan hoitopolkuun. Tutkin millaista tietoa on jo saatu muistisairaiden asiakkaiden kokemuksista heille annetuista palveluista hoitopolun aikana. On tärkeää saada tietoa, jota voi hyödyntää tulevaisuuden palveluissa asiakkaiden hyväksi. Tutkimalla jo aiheesta teh-

tyjä alkuperäistutkimuksia, voidaan luoda uusia käytänteitä, ohjeita ja ohjeistuksia. Tutkitun tiedon lukeminen syventää olemassa olevaa tietoa ja laajentaa asiantuntemusta eri aihepiireistä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013: 259–260.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata asiakaslähtöisyyttä muistisairaahan hoitopolulla. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on etsiä tietoa tekijöistä, jotka edistävät ja estävät asiakaslähtöisyyttä muistisairaahan hoitopolulla.

2 Teoreettiset lähtökohdat

2.1 Ikääntyminen ja muistisairaudet

Suomessa ikääntyneiden määrä kasvaa tulevaisuudessa ja koskettaa laajasti kansanterveyttä. Ihmisen ikääntyessä hänen kokonaisvaltainen toimintakykynsä muuttuu. Ikääntyminen tuo tullessaan muutoksia niin fyysisessä, psyykkisessä, sosiaalisessa ja henkissä toimintakyvyssä, muttei rajoita ihmisen toimintakykyä. Ennaltaehkäisevin toimin pystymme vastaamaan ikääntymisen tuomiin haasteisiin, joita ovat liikunnan vähäisyys, ravitsemusongelmat, vajaaravitsemus, päihteiden käyttö, mielenterveyden ongelmat ja yksinäisyys. Edellä olevat haasteet yhdessä iän myötä ilmenevien sairauksien kanssa, vaikuttavat ikääntyneen toimintakykyyn heikentävästi. Erityisesti muistisairaudet vaikuttavat kokonaisvaltaiseen toimintakykyyn. Muistisairauksiin sairastuneiden ihmisten määrä maailmanlaajuisesti kasvaa voimakkaasti. Suomessa muistisairauteen sairastuu vuosittain noin 14 500 henkilöä ja valtaosa henkilöistä on yli 80-vuotiaita, kun he sairastuvat muistisairauteen. Myös työikäisten muistisairaiden määrä on kasvussa. (STM 2020: 17–18.)

Ikääntyminen tuo mukanaan erilaisia muutoksia ihmisen elämään. Kognitiivisten taitojen eli tiedonkäsittelyyn liittyvien ajattelutoimintojen muutoksia ei normaalissa ikääntymisessä tapahdu. Muistisairaudet sen sijaan heikentävät päivittäisiä toimintoja ja hankaloittavat itsenäistä selviytymistä sekä kognitiivisia taitoja ja muuttavat ihmisen käyttäytymistä. Onkin tärkeää mennä varhaisessa vaiheessa tutkimuksiin, jolloin mahdollisessa sairaudessa saadaan parempia hoitotuloksia. Oikeat tutkimuksen takaavat oikean diagnoosin ja lääkityksen, kun ne tehdään oikeaan aikaan. Näin muistisairaahan ihmisen kokonaisvaltainen toimintakyky säilyy pitkään hyvänä ja siirtää pitkäaikaiseen palvelutaloon joutumista vuosilla eteenpäin. Myös tulevaisuuden suunnittelemisen mahdollistuu paremmin, kun muistisairaahan kognitiiviset taidot pysyvät hyvinä pidempään. (Hallikainen, Immonen, Mönkäre & Pihlakari 2019: 36–37.)

Muistisairaiden aseman, hoidon, palvelujen ja kuntoutuksen ohjaukselliseksi työvälineeksi on julkaistu vuonna 2012 Kansallinen muistiohjelma. Se tukee yhteiskuntaa vaurutumaan muistisairaiden määrän kasvuun sekä kehittämään eettisesti, sosiaalisesti ja taloudellisesti kestävä hoito- ja palvelujärjestelmän. Päätöksien teossa tärkeintä on tehdä ratkaisuja, joilla on kauaskantoisia vaikutuksia aivoterveysten edistämiseen, muistisairauksien hoitoon sekä sairastuneiden ja heidän läheistensä tarvitsemiin tukiin ja palveluihin. Näillä keinoilla voidaan edistää kansanterveyttä, parantaa laadukkuutta hoidossa ja palveluissa, vaikuttavuutta sekä hillitä kustannusten kasvua suomalaisten ikääntyessä. (STM 2012: 2–3.)

Suomen perustuslaki turvaa jokaisen ihmisen ihmisarvon, koskemattomuuden ja antaa suojan muille perusoikeuksille. Ihmisen tulee luottaa kaikissa tilanteissa siihen, että hänen oikeutensa toteutuu yhdenvertaisesti ja hän voi olla mukana päättämässä yhteisistä asioista. Jokaiselle ihmiselle tulee löytää hänelle sopiva kanava mitä kautta hän voi vaikuttaa. Ihminen haluaa kokea elämänsä merkitykselliseksi ja sitoutua sellaisiin asioihin ja tavoitteisiin mitkä ovat hänelle tärkeitä ja merkittäviä. Tämä luo hyvinvointia, avoimuutta ja turvallisuutta. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi on tärkeää, että ihminen voi itse osallistua oman hyvinvointinsa ja terveytensä ylläpitämiseen ja palveluiden kehittämiseen. Tällä hetkellä ikääntyneiden sukupolvi on tottunut hoitamaan omia asioitaan itsenäisesti. (STM 2020: 22–24.)

2.2 Muistisairaahan hoitopolku

Muistisairaahan hoitopolkua ei ole monestikaan suunniteltu selkeäksi ja yksinkertaiseksi, jolloin sekaannuksia asioiden suhteen tulee niin muistisairaille, heidän läheisillään kuin ammattilaisilla. Muistisairaahan hoitopolun kehittäminen hoidon ja palveluiden suhteen tulee olla asiakaslähtöistä, suunnitelmallista ja tavoitteellista. Kun prosessi on sujuvaa ja aukotonta, vaikuttaa se myös kustannuksiin vähentävästi. Muistisairaalla ja hänen läheisillään on tietoa, miten toimitaan ja kuka on heidän yhdyshenkilönsä hoitopolun eri vaiheissa. Ammattilaisten näkökulmasta selkeä hoitopolku helpottaa työtä muistisairaiden kanssa. (Virjonen 2013: 117.)

Muistisairaahan hoitopolku on moniammatillisesti sovittu palvelukokonaisuus, jossa asiakkaan kokonaisvaltaisesta hyvinvoinnista pidetään huolta sosiaali- ja terveydenhuollon eri tasoilla. Muistisairauksien tutkiminen jakautuu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon vastuulle. Muistisairaahan asiakkaan ja hänen läheisen kannalta on tärkeää, että palvelut, joita he tarvitsevat, järjestyvät sairauden edetessä sujuvasti. Tärkeintä on

saada oikeat palvelut, oikeassa paikassa, oikeaan ajankohtaan. (Suhonen, Rahkonen, Juva, Pitkälä, Voutilainen & Erkinjuntti 2011: 1107.)

Sosiaali- ja terveyshuollon palveluiden tulisi olla toteutettuna lähipalveluina sekä muistisairaana tarpeiden mukaisesti. Näin turvattaisiin hoito- ja kuntoutuspalveluiden jatkuvuus sairauden heikentymisestä ja kommunikaation vaikeutumisesta huolimatta sekä säästettäisiin muistisairaana ja hoitavien yksiköiden kuormituksen ja kustannuksien nousua, kuitenkin hoidon laatua vaarantamatta. Tällä hetkellä palveluiden saatavuus on suurin haaste. Ihmisen epäillessä muistisairautta, hänen tulisi päästä perusterveydenhuollon kautta muistipoliklinikalle tarkempiin tutkimuksiin. Sairastuneiden määrä on suurempi kuin mitä muistipoliklinikan henkilöstö voi hoitaa järkevässä aikataulussa. Tämän vuoksi muistipoliklinikan käyntien määrää on vähennetty ja muistisairaiden seuranta siirtynyt sosiaalipuolelle. (Suhonen, Rahkonen, Juva, Pitkälä, Voutilainen & Erkinjuntti 2011: 1107.)

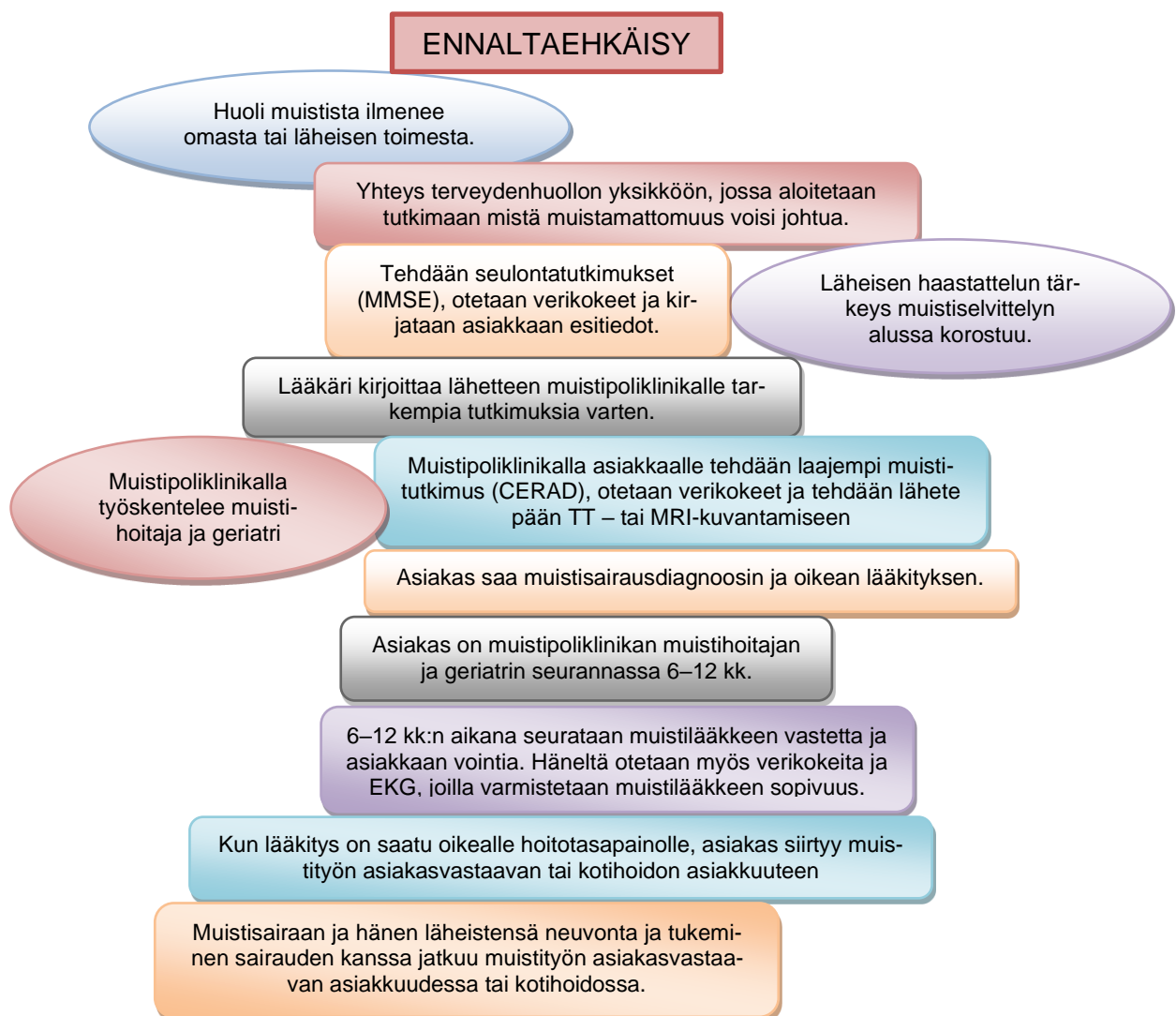
Muistisairaana hoitopolku on luotu moniammatillisten asiantuntijaryhmien laatimien hoitosuosituksen mukaisesti. Hoitopolun lähtökohtana on muistisairaana tarpeet, jossa tulee miettiä, miten toiminta palvelee ja toimii muistisairaana arjessa. Muistisairaana tukena hoitopolulla on hänelle annetut omahoito-ohjeet, läheisten tukeminen, kotihoidon palvelut, välimuotoiset palvelut, yhteistyö sosiaalitoimen kanssa, yksityiset palveluntuottajat sekä kolmannen sektorin toimijat. Hoitopolku tulee räätälöidä muistisairaalle yksilökohtaisesti ja tarkasteltava kokonaisuutena. Tärkeintä on siirtymisen sujuvuus erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon sekä sosiaalihuollon palveluiden piiriin. Kaikissa hoitopolun palveluissa on tärkeää tukea muistisairaana hyvinvointia ja terveyttä. (Suhonen, Rahkonen, Juva, Pitkälä, Voutilainen & Erkinjuntti 2011: 1107–1108.)

2.2.1 Muistisairaana hoitopolun prosessi

Muistisairaana hoitopolku etenee vaiheittain ja on aina yksilöllinen jokaisen asiakkaan kohdalla. Tietyt toimintaperiaatteet ovat kaikilla samat mutta on tärkeä muistaa, että jokainen muistisairaus on omanlaisensa. Hoitopolussa tulee ottaa huomioon kokonaisuus, joka vaikuttaa muistisairaana elämään ennen ja jälkeen diagnoosin. On tärkeää, että muistisairas saa oikeaa tietoa ja häntä kuunnellaan ja kohdataan yksilönä. Asiakaslähtöisyys korostuu muistisairaana asiakkaan kohdalla. Hänen tarpeensa tulee tunnistaa, jolloin voidaan tuottaa hänelle oikein kohdennettuja, asiakkaan tarpeen mukaan eriytettyjä palveluita. (Virjonen ja Kankare 2013: 59–63.)

Muistisairaahan hoitopolku on palveluprosessi, jossa määritellään asiakkaan fyysinen ja henkinen läsnäolo sekä osallistuminen, materiaalit ja informaatio. Prosessi korostaa yhteistyötä ja vuorovaikutusta asiakkaan ja ammattilaisen välillä, jossa hoidetaan asiakkaan ongelmia tai ongelmakokonaisuuksia. Palveluprosessi muodostaa asiakkaan palvelukokonaisuuden eli tässä tapauksessa muistisairaahan hoitopolun alusta loppuun asti eri organisaatioiden toteuttamana. (Virjonen ja Kankare 2013: 59–63.)

Asiakkaan hoitopolku alla kuvattuna (kuvio 1):



Kuvio 1. Muistisairaahan hoitopolku (Hallikainen, Immonen, Mönkäre & Pihlakari 2019: 36–52).

Muistisairaahan hoitopolku alkaa esiin tulleesta huolesta asiakkaan muistista, kognitiivisista taidoista tai käytöksestä. Tutkimuksiin hakeutuminen tulisi tapahtua perusterveydenhuollon tai yksityislääkärin vastaanoton kautta. On tärkeää tunnistaa mahdolliset muistioireet varhain ja ohjata asiakas tarkempiin muistiselvittelyihin. Muistipoliklinikalle

pääsy edellyttää hyviä alkuselvittelyjä asiakkaan kokemista muistioireista, lyhyen muistitestin (MMSE) tekemisen ja verikokeiden ottamisen sekä lääkärin lähetteen teon muistipoliklinikalle. Läheisten haastattelu on tärkein osa muistitutkimuksia, koska asiakkaan itsensä kokemat muistioireet voivat olla erilaisia kuin läheisten kokemat. Kun lähete tulee muistipoliklinikalle, konsultoidaan siitä geriatria, joka määrää asiakkaalle laajemman muistitestin (CERAD), laajemmat verikokeet ja päänkuvantamisen (TT tai MRI). Muistihoitaja tekee asiakkaalle laajan muistitestin ja haastattelee asiakasta ja hänen läheisiään vielä tarkemmin. Kun geriatriin määräämät tutkimukset on tehty, asiakas tulee geriatriin vastaanotolle kuulemaan diagnoosin, saamaan ensitietoa muistisairaudesta ja mahdollinen lääkitys aloitetaan. Asiakas on muistipoliklinikan seurannassa kaiken kaikkiaan 6–12 kuukautta, jonka aikana seurataan lääkityksen sopivuutta ja vastetta. Muistihoitaja on asiakkaan ja läheisen tukena tämän ajan. (Hallikainen, Immonen, Mönkäre & Pihlakari 2019: 36–52.)

Muistipoliklinikan selvittelyiden jälkeen muistisairaus diagnoosin saanut asiakas ohjataan sosiaalihuollon alaisuudessa olevan muistityön asiakasvastaavan ja terveyskeskuslääkärin seurantaan. Asiakkaalle on muistipoliklinikalla tehty hoito- ja kuntoutussuunnitelma, jossa kerrotaan miten usein asiakkaan olisi hyvä käydä muistikontrollissa terveyskeskuslääkärillä. Hoito- ja kuntoutussuunnitelma annetaan asiakkaalle kirjallisena, jota tullaan päivittämään tarpeen mukaan. Läheinen ja ammattilaiset tukevat asiakasta suunnitelman mukaisesti. Läheisten tukeminen tapahtuu muistityön asiakasvastaavan toimesta. (Hallikainen, Immonen, Mönkäre & Pihlakari 2019: 36–52.)

2.3 Asiakslähtöisyys muistisairaahan hoitopolulla

Käsitteenä asiakkuus sosiaali- ja terveysalalla perustuu juridiseen sääntelyyn. 1990-luvun loppupuolella asiakslähtöisyys nousi keskeiseksi valtakunnalliseksi sosiaali- ja terveyshuollon linjaukseksi. Terminä asiakslähtöisyyttä käytettiin ensimmäisen kerran pääministeri Lipposen toisella hallituskaudella, jossa asiakslähtöisyys ja sosiaali- ja terveyspalveluiden laatu liitettiin toisiinsa läheisesti. Asiakslähtöisyyden periaate on mahdollistaa asiakkaan osallistuminen oman terveyden ja hyvinvoinnin päätöksiin. Eri sosiaali- ja terveysalalle laaditut lait (esimerkiksi sosiaalihuoltolaki) edistävät edellä mainittuja periaatteita asiakslähtöisyyteen. (Koivunen 2017.)

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos määrittelee asiakslähtöisyyden seuraavanlaisesti:

Asiakslähtöisyys on toimintatapa, jossa palvelunantaja näkee asiakkaan yksilönä ja aktiivisena toimijana, organisoii toimintansa asiakkaan

tarpeista ja voimavaroista käsin ja mahdollistaa sen, että asiakas voi toimia asiantuntijoiden ja ammattihenkilöiden kanssa tasavertaisena kumppanina. Asiakslähtöisyys toteutuu esimerkiksi siten, että asiakasta koskevat palvelukokonaisuudet ja palvelupolut laaditaan yhteistyössä hänen kanssaan, että asiakasta tuetaan päätöksenteossa, että asiakas pystyy vaikuttamaan palveluihinsa ja hänelle tehtäviin toimenpiteisiin, että hänen ihmisarvoaan, yksityisyyttään ja itsemääräämisoikeuttaan kunnioitetaan ja että hän saa riittävästi ja ymmärrettävällä tavalla tietoa häntä koskevista asioista. Asiakkaalla tulee olla mahdollisuus antaa palautetta ja vaikuttaa toiminnan kehittämiseen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2023.)

Jokaisella hallituskaudella, siitä lähtien, on pyritty ottamaan huomioon asiakslähtöisyys sosiaali- ja terveysalalla, koska sen avulla saadaan terveyseroja kavennettua, kustannuksia hillittyä sekä kehittämään ihmisen hyvinvoinnin ja terveyden kannalta tärkeiden palveluketjujen saumatonta kokonaisuutta. Hyvinvointialueiden muodostuminen on antanut ihmiselle vapauden valita missä haluavat tulla hoidetuksi. Näin kilpailu julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin tuottajien välillä on syntynyt. Yritysmaailmassa asiakas korostuu tärkeimpänä resurssina ja arvontuottajana sekä maksavana asiakkaana, josta kannattaa kilpailla muiden yritysten kanssa. Sosiaali- ja terveysalan yritysten tavoitteeksi nouseekin tuottaa asiakkaalle arvoa eli terveyttä. Terveyden edistäminen tuottaa tulokseksi asiakkaan pärjäämisen omassa arjessaan, jolloin asiakkaan tarve on palveluiden todellinen ja aito kohde. Tätä on todellinen asiakslähtöinen palvelu, jossa asiakkaan tarve pitää sisällään hänen tarvitsemansa hoidon tai palvelun, johon asiakas itse saa ottaa kantaa aktiivisena ja yhdenvertaisena toimijana hoidon tai palvelun antajan kanssa. (Koivunen 2017.)

Asiakslähtöisyys muistisairaahan asiakkaan kohdalla on hänen tarpeidensa tunnistamista, jolloin hänelle voidaan tuottaa oikein kohdennettuja, asiakkaan tarpeen mukaan eriteltyjä palveluita koko hoitopolun aikana. Jokaisen muistisairaahan kohdalla tavoitteena on räätälöidä palvelut asiakkaan tarpeen mukaan niin, että pyritään löytämään ongelmia aiheuttaneet asiat ja ymmärtämään niiden syy-seuraussuhteet, jolloin niiden ratkaiseminen on helpompaa. Muistisairaahan asiakkaan hoitopolku tulee rakentua yhteisen päämäärän ja arvomuodostuksen, ammatillisuuden, intensiivisen panostuksen, pitkäkestoisen asiakassuhteen ja molemminpuolisuuden sekä lähimmäisenrakkauden ja luottamuksen varaan. Muistityön ammattilainen toimii muistisairaahan tuntevana kanssaihmisenä ja vertaisena, mutta samalla ammattilaisena, jonka asiantuntemuksen kautta muistisairaalle saadaan räätälöityä oikeat palvelut yhdessä hänen kanssaan. (Virjonen ja Kankare 2013: 69–71.)

2.3.1 Asiakkaan kohtaaminen sosiaali- ja terveysalalla

Asiakkuus sosiaali- ja terveysalalla alkaa, kun asiakas ottaa yhteyden alan asiantuntijaan. Ensikohtaaminen on avainasemassa, tapahtui se puhelimitse, chatin avulla tai kasvotusten. On tärkeää luoda vuorovaikutteinen yhteys tulevan asiakkaan kanssa, koska sen avulla yhdistetään voimavaroja ja arvoja, joista on hyötyä molemmille osapuolille. Asiakas tuntee olevansa aktiivisesti palveluun osallistuva toimija. Asiakaslähettäisyys on palveluprosessi, jossa asiakas kokee saamansa palvelut toisella tavalla kuin palveluntarjoaja. Jotta prosessi on toimiva kaikille osapuolille, on korostettava hyvää kohtaamista ja vuoropuhelua asiakkaan kanssa. Vuoropuhelussa eli dialogissa, asiakas kohdataan yksilönä, jonka kokemukset ja tarpeet huomioidaan palveluita rakennettaessa. Asiantuntijan ja asiakkaan päätöksentekoon tarvittava tieto rakentuu heidän välillä ja toiminta tapahtuu heidän ehdoillaan. Asiakas on itse itsensä paras asiantuntija, joten hänen on tunnistettava omat tarpeet ja päämäärät hoidon suhteen sekä oikeus valita missä, mistä ja millaista hoitoa haluaa. Vuorovaikutus asiakkaan ja asiantuntijan välillä on tärkeä osa heidän suhdettansa, sillä sen avulla asiakkaan tyytyväisyys palveluihin lisääntyy. Asiantuntijan tärkein ominaisuus on hyvät vuorovaikutustaidot. (Koivunen 2017.)

Asiakkaan ja ammattilaisen kohtaaminen synnyttää heidän välilleen suhteen, jossa on mukana yhteiskunnalliskulttuuriset, juridiset, taloudelliset, poliittishallinnolliset ja organisatoriset tekijät. On tärkeää tunnistaa miten edellä mainitut asiat vaikuttavat asiakkaan kanssa työskentelyyn ja siihen, että asiakas kohdataan arvokkaasti. Kohtaamiseen ammattilaisasiakassuhteessa liitetään asiakkaan ainutlaatuisuus työskentelyn lähtökohdaksi. On ymmärrettävä asiakkaan määrätietoinen tunteiden ilmaisu, hallittu emotionaalinen osallistuminen, asiakkaan hyväksymisen sellaisena kuin hän on, asiakasta ei saa tuomita, tunnistetaan asiakkaan itsemääräämisoikeus sekä pidetään suhde luottamuksellisena. On tärkeää tunnistaa asiakkaan sen hetkinen elämäntilanne ja analysoida niihin sisältyvät riskit, puutteet ja ongelmat. Ammattilaisen on tunnistettava asiakkaan tilanteeseen liittyvät arjen kysymykset eri näkökulmista sekä havaita hienosyisiä sävyjä ongelmassa, niiden tulkitsemisessa ja ratkaisumahdollisuuksissa. (Laitinen & Pohjola, 2010: 138–139.)

2.3.2 Asiakslähtöisyyden osa-alueet

Kansainväliset asiantuntijat ovat määritelleet asiakslähtöisyyden eri tavoin. Pääsääntöisesti asiakslähtöisyys on asiakkaan ja alan asiantuntijan välinen vuorovaikutuksellinen prosessi. Asiakslähtöisessä toiminnassa on nostettu yhdeksi ulottuvuudeksi terapeutin voimaannuttava yhteistyösuhde. Kun asiakkaan hoidon jatkuvuus on turvattu terapeutillisella yhteisellä työsuhteella ja päätöksenteolla, on huomattu sillä olevan parantavia vaikutuksia asiakkaan terveyteen ja vointiin. Voimaannuttavalla yhteistyösuhdeella tuetaan asiakkaan omasta hyvinvoinnista huolehtimista sekä parannetaan asiakkaan ja asiantuntijan välistä kumppanuutta. (Koivunen 2017.)

Asiakslähtöisyyttä on tarkasteltu myös lähestymistavalla, jossa asiakas nähdään tasa-arvoisena kumppanina, kun suunnitellaan, kehitetään ja arvioidaan hänen hoitoaan. Tällä varmistetaan, että asiakas saa sellaista hoitoa mitä hän tarvitsee. Asiakkaan ja hänen läheisensä osallistuminen hoitoa koskeviin päätöksentekoihin on tärkeää. Palveluiden suunnittelussa tulee korostaa käyttäjäystävällisyyttä, asiakkaan omaa vastuuta, omien arvojen tunnistamista, itsenäisyyttä ja autonomiaa valinnanvapaudessa päättää minkä organisaation palveluita haluaa ja kenen ammattilaisen kanssa haluaa tehdä yhteistyötä. Asiakslähtöisyydessä asiakas otetaan huomioon kokonaisvaltaisena yksilönä, josta välitetään. Asiantuntijan on palveltava asiakasta omalla persoonallaan. Asiantuntijan tulee myös kehittää omia vuorovaikutus- ja ihmissuhdetaitojaan, arvostaa työtään sekä sitoutua sen tekemiseen. Ammatillinen osaaminen ja kyky tunnistaa omat kykynsä ovat edellytyksenä asiakslähtöiselle työskentelylle. (Koivunen 2017.)

Tutkija Debra de Silva on tiivistänyt asiakslähtöisen hoitotyön keskeiset ulottuvuudet seuraavanlaisesti: hyvä hoitokokemus, ihmisarvoisuuden kokemus, empatian tunteminen, asiakkaan innostaminen ja sitouttaminen, rakentava vuorovaikutus, yhteinen päätöksentekokyky sekä asiakkaan motivointi itsestään huolehtimiseen. Tärkeää on se, että asiakkaan ja asiantuntijan yhteistyösuhde on hyvä samoin kuin hoidon kontekstin ja ympäristön huomioiminen missä sitä annetaan. Asiakas tulee käsittää yksilönä, yhteisön jäsenenä sekä laajemmin ajateltuna, väestön osana ja koko yhteiskunnan jäsenenä. Asiakkaan lähi- ja laaja ympäristö sekä siellä olevat tekijät vaikuttavat asiakkaaseen ja siihen, miten häntä tulisi huomioida yhteistyösuhdeessa. Asiakkaan ja asiantuntijan kohtaamisessa tulee muistaa asiakkaan kokonaisvaltainen kohtaaminen, kommunikatio ja koordinaatio sekä asiakkaan tukeminen ja voimaannuttaminen. Asiakas tulee nähdä aktiivisena toimijana ja yhdenvertaisena asiantuntijan kanssa. Näin hoidon vaikuttavuudella on parantava vaikutus, jolloin myös asiantuntijat ovat tyytyväisempiä työhönsä. (Koivunen 2017.)

Asiakslähtöisyyden perimmäinen olemus voidaan tiivistää neljään keskeiseen ulottuvuuteen:

1. Asiakslähtöisyys perustuu ihmisarvoisuudelle eli asiakslähtöisyys on toiminnan arvoperusta, jolloin asiakas kohdataan ihmisarvoisena yksilönä hyvinvointivajeesta riippumatta. (Koivunen 2017.)
2. Organisaation toiminta organisoidaan asiakkaan tarpeista käsin, ei palveluntuottajan. Organisaatiolla on oltava kattava tieto asiakkaista, heidän tarpeistaan ja sen hyödyntämisestä palvelujen kehittämisen pohjaksi. Tieto tulee kerätä, tulkita ja analysoida yhdessä asiakkaan kanssa, jolloin asiakkaan koko toimintaympäristö ja elämän hallinta on tarkastelun alla. (Koivunen 2017.)
3. Asiakas tulee nähdä aktiivisena palveluiden käyttäjänä. Asiakas on vastuullinen toimija oman hyvinvoinnin kehittäjänä. (Koivunen 2017.)
4. Asiakas on yhdenvertainen toimija ja tasavertainen kumppani palveluprosessin aikana työntekijän kanssa. Yhteistyö vaatii hyviä vuorovaikutustaitoja ja molemminpuolista luottamusta. (Koivunen 2017.)

3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata asiakslähtöisyyttä muistisairaahan hoitopolulla. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli etsiä tietoa tekijöistä, jotka edistävät ja estävät asiakslähtöisyyttä muistisairaahan hoitopolulla. Oli tärkeää saada selville mitkä asiat estävät asiakslähtöisyyttä muistisairaahan asiakkaan palveluissa, jolloin niitä voidaan kehittää selkeäksi ja yksilölliseksi. Muistisairaus on jokaisella ihmisellä yksilöllinen ja jokainen ihminen on yksilöllinen, jolloin jokaisen asiakkaan kanssa tulisi toimia eri tavalla kuin toisen asiakkaan kanssa. On tärkeää tuntee muistisairaudet ja niiden tuomat muutokset ihmisten elämässä ja kokonaisvaltaisessa toimintakyvyssä, jolloin palvelut voidaan kehittää asiakslähtöisesti palvelemaan muistisairaiden elämää. (Vilkkä 2023.)

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Mitkä tekijät edistävät asiakaslähtöisyyttä muistisairaahan hoitopolulla?
2. Mitkä tekijät estävät asiakaslähtöisyyttä muistisairaahan hoitopolulla?

4 Opinnäytetyön toteutus

4.1 Tutkimusmenetelmänä kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, joka on yksi kirjallisuuskatsauksen muoto. Kirjallisuuskatsauksessa tutkitaan jo tutkittua tietoa, jotka ovat perustana uudelle tutkimustulokselle. Menetelmänä kirjallisuuskatsaus on systemaattinen, täsmällinen ja toistettavissa oleva, jonka avulla tunnistetaan, arvioidaan ja tiivistetään valmiina olevia ja julkaistuja tutkimusaineistoja, kunnioittaen niiden kirjoittajia. Kirjallisuuskatsaus perustuu alkuperäisistä korkealaatuisista tutkimustöistä tehtyihin johtopäätöksiin. (Salminen 2011: 4–5.) Kirjallisuuskatsauksen vahvuutena on argumentoituus ja mahdollisuus perustellusti ohjata tarkastelu tiettyihin erityiskysymyksiin sekä vaiheiden ja erityispiirteiden täsmentämiseen, jolloin autetaan kehittämään menetelmiä ja parantamaan niiden hyödynnettävyyttä. Kirjallisuuskatsaus on keskeinen väline luotettavuuden ja eettisyyden arvioinnissa. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013: 1.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yleisimmin käytetty kirjallisuuskatsauksen perustyypeistä, jota voidaan luonnehtia yleiskatsaukseksi ilman tiukkoja ja tarkkoja sääntöjä. Valittujen aineistojen valintaa ei ole rajattu ja aineistot voivat olla laajoja. On tärkeää pystyä kuvaamaan tutkittavaa ilmiötä laaja-alaisesti ja luokittelemaan tarvittaessa sen ominaisuudet. (Salminen 2023: 4.) Kuvaileva kirjallisuuskatsaus perustuu tutkimuskysymyksiin ja tuottaa valittujen aineistojen perusteella laadullisia vastauksia kysymyksiin. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheiksi on määritelty tutkimuskysymysten muodostaminen, aineiston valitseminen, kuvailun rakentaminen aineistosta ja tuotettujen tulosten tarkasteleminen. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013: 1.)

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen alatyyppejä ovat narratiivinen kirjallisuuskatsaus, integroiva kirjallisuuskatsaus ja Scoping-katsaus. Opinnäytetyössäni käytin integroivaa kirjallisuuskatsausta, koska sen avulla pystyn kuvaamaan tutkittavaa ilmiötä monipuolisesti. Pyrin tuottamaan uutta tietoa jo tutkituista aiheista, yhdistämällä aikaisempaa tutkimusta sekä tekemään saaduista tuloksista yleisluonteisen yhteenvedon. Sen avulla pystyn tarkastelemaan, arvioimaan kriittisesti ja syntetisoimaan kirjallisuutta. Sain integroivan kirjallisuuskatsauksen avulla laajemman kuvan aihetta käsittelevästä kirjallisuudesta. Integroiva kirjallisuuskatsaus sallii analyysin pohjaksi erilaisin metodisin lähtökohdin tehdyt tutkimukset. (Salminen 2023: 10–11.)

4.2 Kirjallisuuskatsauksen prosessi

Kirjallisuuskatsauksessa pyritään tiivistämään aiempien tutkimusten olennainen sisältö tutkitusta aiheesta (Salminen 2023: 16). Tutkimusten vaiheet tulisi kuvata niin yksityiskohtaisesti, että lukija voi arvioida jokaisen vaiheen toteutustavan ja luotettavuuden. Kirjallisuuskatsaukselle on määritetty viisi välttämätöntä vaihetta:

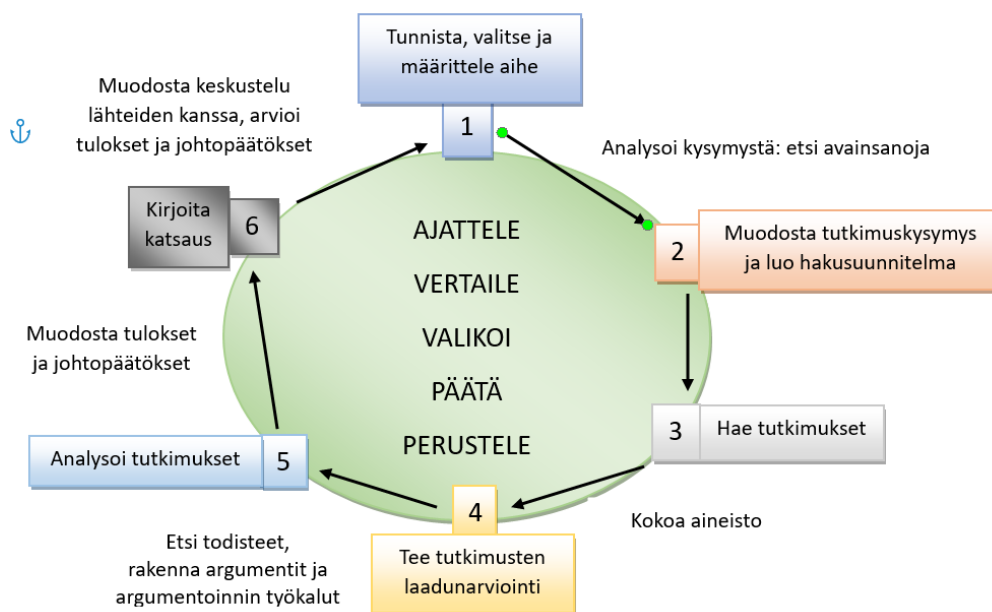
1. Kirjallisuus katsauksen tarkoitus ja tutkimuskysymyksen määrittäminen antaa suunnan koko prosessille. Tutkijan on pystyttävä tuottamaan tietoa objektiivisesti. Tutkimuskysymys tulee olla relevantti tutkittuun ilmiöön nähden sekä riittävän tarkka, muttei liian suppea ja siihen on oltava mahdollisuus vastata kirjallisuuden perusteella. Tärkeää on myös miettiä, minkälaista tietoa kysymykseen vastaamisella saadaan ja miten sitä voidaan hyödyntää. (Niela-Vilén & Hamari 2016: 23–33.)
2. Kirjallisuushaku ja aineiston valinta, joka sisältää varsinaisen haun ja relevantin aineiston valintaprosessin. Hakuprosessi on kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden kannalta merkittävä vaihe, joten siihen tarvitaan hakustrategia. Ilman hakustrategiaa, haussa tehdyt virheet johtavat vääristyneisiin johtopäätöksiin. Aineiston hakua varten tulee määrittellä soveltuvat avainsanat ja niistä muodostetut hakulausekkeet, jotka tulee olla yhteydessä tutkimuskysymyksiin. Sisäänotto- ja poissulkukriteerien muodostaminen kuuluvat keskeisesti hakustrategiaan. Näin tunnistetaan relevantti kirjallisuus ja vähennetään virheellisen ja puutteellisen kirjallisuuskatsauksen mahdollisuutta sekä pidetään fokus suunnitelmassa aiheessa. (Niela-Vilén & Hamari 2016: 23–33.)

Hakustrategian ollessa valmis, aloitetaan varsinainen hakuprosessi eri tietokannoista. Tietokannat ovat osittain päällekkäisiä, jolloin on hyvä huomioida niiden yksilölliset painotusalueet. Jokainen tehty haku on hyvä tallentaa, jos siihen joudutaan palaamaan myöhemmin. Hakutuloksia tulee suuri joukko, jolloin on tärkeää ottaa mukaan sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Ne ohjaavat aineiston valintaa ensimmäiseksi otsikkotasolla, sitten abstraktitasolla ja lopuksi kokotekstejä tarkasteltaessa. Avainsanoja ja -lauseita tulee muokata ja tarkentaa useaan kertaan, joka vaatii aikaa ja työtä. (Niela-Vilén & Hamari 2016: 23–33.)

3. Tutkimusten arviointi, jonka tarkoituksena on tarkastella alkuperäistutkimuksista saadun tiedon kattavuus ja tulosten edustavuus sekä onko alkuperäistutkimuksen tieto miten relevanttia oman tutkimuskysymykseen nähden. Arviointi on tehtävä myös, että voidaan välttää kirjallisuuskatsauksen tulosten vinoumaa tai virheellisesti painottuneita päätelmiä. Jokainen valittu tutkimus tulee arvioida erikseen, asetelman eheyden ja luotettavuuden kohdalta. Arviointi on systemaattinen prosessi, joka aloitetaan perehtymällä valittuihin tutkimuksiin. Arviointi perustuu alkuperäistutkimusten vahvuuksien ja heikkouksien arviointiin. (Niela-Vilén & Hamari 2016: 23–33.)
4. Aineiston analyysin ja synteessin tarkoitus on järjestää ja tehdä yhteenvetoa valittujen tutkimusten tuloksista. Lopuksi kirjoitetaan ja tulkitaan tuloksia niin, että niistä voidaan muodostaa ymmärrystä lisäävä kokonaisuus eli synteesi. Analyysi ja synteesi tapahtuvat yhtä aikaa. (Niela-Vilén & Hamari 2016: 23–33.)
5. Analyysi vaihe on jaettu kolmeen vaiheeseen, joista ensimmäisessä kuvataan tutkimuksen kokonaisvaltainen sisältö, joka vaatii tutkimuksen lukemista uudelleen ja uudelleen. Toisessa vaiheessa luetuista tutkimuksista etsitään yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia, ryhmitellään ja vertaillaan niitä, jonka jälkeen ne tulkitaan ja pääasiat tutkimuksista tiivistetään. Analyysin kolmannessa vaiheessa muodostetaan synteesi, iteratiivisen vertailun kautta löytyneistä eroavaisuuksista ja yhtäläisyyksistä, synnyttäen loogisen kokonaisuuden. Pyritään siis muodostamaan yksittäisistä tutkimustuloksista yleisempi kuva ja esittämään myös ristiriitaiset tulokset. (Niela-Vilén & Hamari 2016: 23–33.)
6. Tulosten raportointi eli kirjallisuuskatsauksen kirjoittaminen lopulliseen muotoonsa. Kaikki kirjallisuuskatsauksen vaiheeton hyvä kirjataan mahdollisimman tarkasti, jolloin tutkimus on toistettavissa jonkun muun tekemänä niin, että kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta voidaan arvioida niiden asioiden suhteen, mitkä

katsauksen teossa ovat saattaneet aiheuttaa harhaa tuloksiin. Kirjoittamisessa on huomioitava kriittisyys ja tulosten hyödynnettävyyden pohdintaa eri näkökulmista. Kirjallisuuskatsauksen tulokset ovat ideaalitulanteessa syvällisiä ja tuottavat enemmän ymmärrystä tarkastellusta aiheesta kuin alkuperäistutkimuksissa. (Niela-Vilén & Hamari 2016: 23–33.)

Kuviossa 2 on esitetty kuvailevan kirjallisuuskatsauksen prosessi:



Kuvio 2. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen prosessi (Vilka 2023).

Kuvailevan kirjallisuus katsauksen tärkein ja koko tutkimusprosessia ohjaavat tekijät ovat tutkimuskysymykset. Tutkimuskysymyksiä tarkastellaan yhdestä tai useammasta näkökulmasta. Tutkimuskysymysten tulee olla riittävän täsmällisiä ja rajattuja, jotta tutkittua aihetta voidaan tarkastella mahdollisimman syvällisesti. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013: 295.) Opinnäytetyöni tutkimuskysymykset tarkastelevat asiakaslähtöisyyttä edistäviä ja estäviä tekijöitä muistisairaahan hoitopolulla. Aiheena asiakaslähtöisyys muistisairaahan hoitopolulla on laaja ja sitä voi katsoa monesta eri näkökulmasta. Pyrin rajaamaan aiheen asiakaslähtöiseen ajattelutapaan muistisairaahan ihmisen hoitopolulla. Hoitopolulla tarkoitan matkaa, jonka ihminen käy läpi muistisairaahan diagnoosista aina elämän loppuun asti. Matkalle kertyy paljon tapahtumia ja tietoa siitä, mitä muistisairas ja hänen omaisensa tarvitsevat. Pyrin löytämään kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla näitä tietoja ja kokoamaan ne yhteen niin, että niitä on helppo tuoda osaksi hoitopolkua. (Vilka 2023.)

4.3 Hakustrategia

Aloitin hakustrategian suunnittelun erottelemalla avainsanat tutkimuskysymyksistä. Avainsanoiksi valikoitui muistisairaus, hoitopolku ja asiakaslähtöisyys. Tein alustavat haut näitä avainsanoja hyödyksi käyttäen. Hain ensimmäiset haut suomenkielisillä sanoilla, jolloin hakutuloksia ei tullut kuin muutama, eivätkä ne olleet relevantteja tutkimuskysymyksiin nähden. Käänsin avainsanat englanniksi: memory disorder/memory disease, care chains/chains of care ja client centered. Käännöksissä käytin apuna ChatGTP tekoälyä ja Suomalaista asiasanasto- ja ontologiapalvelua YSO:a (Yleinen suomalainen ontologia). YSO:sta sain selville avainsanojen synonyymit, jotka helpottivat hakua entisestään. Hauissa käytin erilaisia tietokantoja. Aluksi googletin lauseella: Muistisairaahan ihmisen asiakaslähtöinen hoitopolku, jolloin sain hakutuloksia, mutten riittävän relevantteja tutkimuskysymyksiini nähden. Luin myös Metropolia AMK:n kirjasto- ja tietopalveluista hakuun liittyviä ohjeita mutta parhaimman ohjeistuksen sain Laurea AMK:n tietoasiantuntijalta, joka ohjeisti minua hakulausekkeiden luomisessa. Ymmärsin Boolean-logiikan, jota pystyin käyttämään kaikissa tietokannoissa, sekä muut hakutekniikat, jotka tietoasiantuntija näytti minulle.

Kirjasin kaikki hakulausekkeet, jotka muodostin avainsanoista Boolean-logiikkaa hyväksi käyttäen. Käytin Boolean-logiikassa AND ja OR-operaattoria sekä muita hakutekniikoita esim. avainsanojen katkaisua tähden * avulla, sulkujen avulla ryhmiteltyjä termejä sekä lainausmerkkejä, jolloin niiden sisällä olevat sanat tunnustetaan lauseiksi ja tietokanta etsii molempia sanoja yhdessä, ei erikseen. (Vilka 2023). Tietokannoiksi valitsin aluksi Metcat Finnan, Google Scholarin ja Finnan. Alustavat haut tein kyseisiin tietokantoihin edellä mainituin avainsanoin. Hakutuloksia tuli tuhansia, joista osan kävin läpi otsikon ja abstraktin avulla. Haut tein ensiksi suomeksi ja sen jälkeen aloin käyttämään englanninkielisiä avainsanoja, jotka käänsin ChatGTP tekoälyn avulla. Hakutuloksia tuli tuhansia, joten jouduin miettimään uudelleen avainsanoja ja hakulausekkeitä. Kävin manuaalisesti tutkimusten lähdeluettelot läpi etsien relevantteja tutkimuksia, joista pyrin löytämään uusia avainsanoja, joiden pohjalta tein PCC-menetelmää selkeyttämään tulevia hakulausekkeitä.

PCC-menetelmää käytetään kysymyksenasettelussa, kun halutaan selkeyttää tutkimuksen kohde (Population), käsite (Concept) ja toimintaympäristö (Context). Opinnäytetyössäni (P) kuvaa ikääntynyttä muistisairasta, käsite (C) on asiakaslähtöisyys hoitopolulla, jonka muistisairas ihminen käy läpi sairauden alusta loppuun ja konteksti (C) on asiakaslähtöisyyttä edistävät ja estävät tekijät hoitopolun aikana. (taulukko 1.) (Jylhä 2022.)

Taulukko 1. PCC-menetelmä avainsanoista tiedonhaku varten.

P Potilasryhmä	C Käsite	C Konteksti
Muistisairas Dementia Alzheimer	Hoitopolku Hoitoketju Palvelupolku Asiakaslähtöinen Potilaslähtöinen	Asiakaslähtöisyyttä edistävät ja estävät tekijät ikääntyneen muistisairaahan hoitopolulla
People with dementia Memory disease Memory disorder Alzheimer Dementia Memory loss	Care pathway Care chain Service pathway Client-centered/oriented Patient-centered	Factors Promoting and Hindering Customer-Centricity in the Care Pathway of the Elderly with Dementia

Aloin muodostamaan uusia hakulausekkeita uusien avainsanojen avulla, jolloin hakutuloksia tuli vähemmän ja ne olivat relevantteja tutkimuskysymyksiini nähden. Kirjasin kaikki hakulausekkeet ylös, montako tulosta ne tuottivat ja montako tutkimusta oli tutkimukseeni nähden relevantteja. Esimerkki käyttämästäni hakulausekkeesta: ("care pathway" OR "care chain" OR "service pathway") AND ("dementia" OR "memory disease" OR "Alzheimer" OR "memory loss").

4.4 Tietokannat

Opinnäytetyöni kannalta oleellimmän tiedon sai sosiaali- ja terveydenhuollon omista tietokannoista. Tietokantoina käytin CINAHL, PubMed, Medline ja ScienceDirect. Käytin myös Google Scholaria ja ChatGPT tekoälyä tutkimusten haussa, mutten löytänyt niiden avulla relevantteja tutkimuksia ja hakutuloksia tuli tuhansia. Sosiaali- ja terveysalan omat tietokannat osoittautuivat parhaimmiksi tietokannoiksi opinnäytetyötäni ajatellen. Kaikki käyttämäni tietokannat ovat erikoistuneet sairaanhoito- ja terveydenhoitoalan kirjallisuuteen ja tutkimukseen. Jokaisessa tietokannassa suurin osa tutkimuksista, artikkeleista ja systemaattisista katsauksista olivat vertaisarvioituja.

Alkuperäistutkimukset otin mukaan opinnäytetyöhöni tiettyjen sisäänotto- ja poissulkukriteerien mukaisesti. Tarkemmat tiedot sisäänotto- ja poissulkukriteereistä löytyvät taulukosta 2. Mitä enemmän tutkimuksia löysin ja luin, sitä tarkemmiksi kriteerit tutkimuksien sisään ottamisesta ja poissulusta muuttuivat. Rajasin alkuperäistutkimukset

viimeisen kymmenen vuoden aikana tehdyiksi, koska silloin tutkimuksessa olevat tiedot perustuvat nykyisiin tekniikoihin ja menetelmiin. Halusin tutkimusten koskevan enemmän muistisairauden mukanaan tuomia palveluiden kokonaisuuksia, joten pelkästään muistisairauksista kertovat tutkimukset poissuljin otannastani. Opinnäytetyöni kohde-ryhmänä olivat ikääntyneet muistisairaajat, eivät työikäiset, joten tämä muodostui yhdeksi poissulkukriteeriksi. Halusin myös länsimaalaisia tutkimuksia opinnäytetyöni aiheiksi, koska kulttuurit, menetelmät ja tekniikat sekä ymmärrys sosiaali- ja terveysalasta ovat melko lähellä suomalaista ajatusmaailmaa. Kokoartikkelin ja vertaisarvioinnin tärkeys oli ensimmäisenä. Valitettavasti moni hyvä tutkimus oli maksullinen, joten se oli poissulkukriteeri. Muistisairaahan hoitopolusta löytyi artikkeleita ja tutkimuksia, mutta niiden yhteydessä asiakaslähtöisyydestä kertovia ei ollut montakaan. Toisaalta hoitopolku tehdään aina asiakkaan eli muistisairaahan ihmisen hyväksi ja tarpeisiin, toisinaan asiakaslähtöisesti. Näin ollen asiakaslähtöisyys oli mukana jokaisessa tutkimuksessa, joten poissulkukriteeriksi tuli organisaatio lähtöinen lähestymistapa muistisairaahan hoitopolkuun.

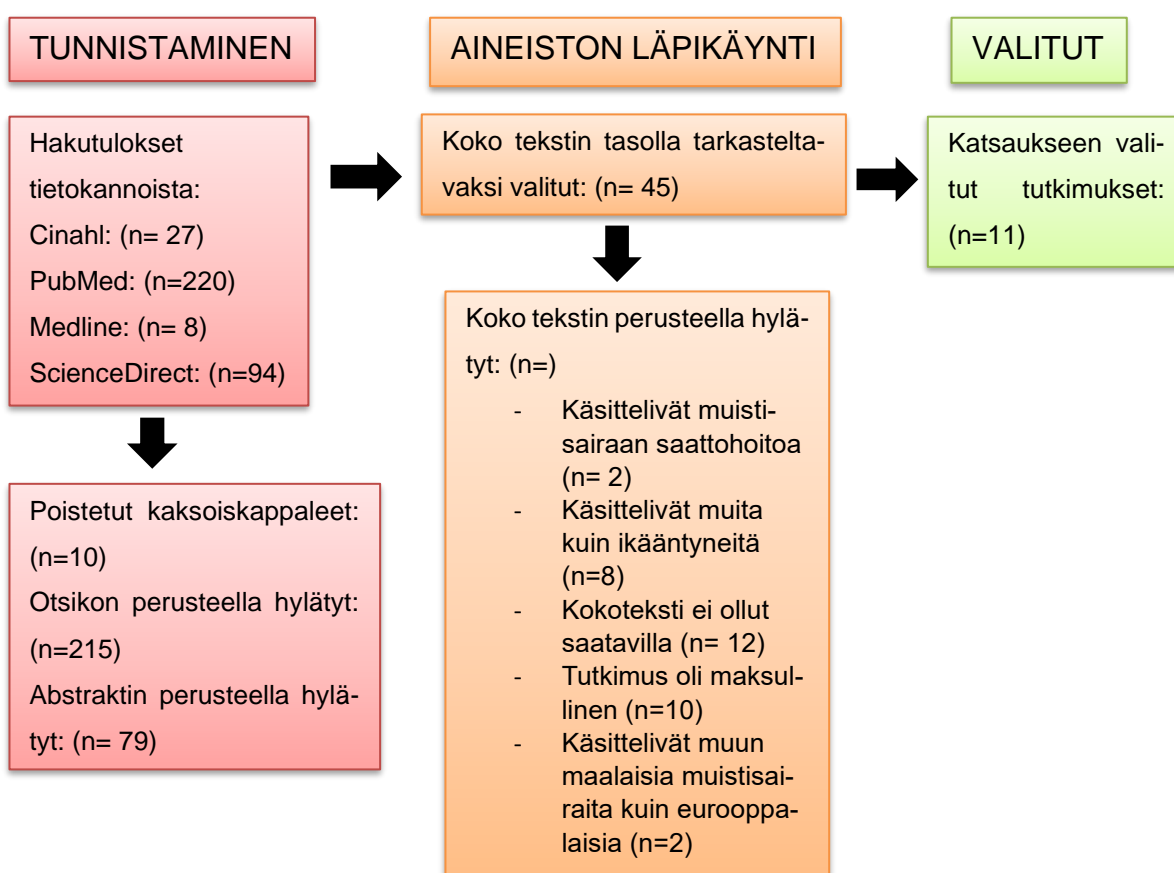
Taulukko 2. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Julkaistu vuosien 2014–2024 välillä	Julkaistu ennen vuotta 2014
Tutkimusten aiheet liittyvät ikääntyneen muistisairaahan hoitopolkuun	Tutkimukset liittyvät työikäisten muistisairaiden hoitopolkuun.
Länsimaiset tutkimukset	Muun maalaiset tutkimukset
Maksuttomat	Maksulliset
Kokoartikkeli saatavilla	Ei kokoartikkeliä saatavilla
Vertaisarviointi tehty	Vertaisarviointia ei ole tehty
Tutkimuksessa kuvataan hoitopolun jokin osa asiakaslähtöisesti	Tutkimus kuvataan organisaatio lähtöisesti

Tiedonhaussa suureksi esteeksi nousi, ettei muistisairaahan asiakaslähtöisestä hoitopolusta löytynyt yhtään tutkimusta, jossa aiheetta olisi tutkittu tutkimuskysymysteni tavoin. Muistisairaahan hoitopolun eri vaiheista oli paljon tutkimuksia, joten jouduin valitsemaan niitä opinnäytetyöhöni ja tekemään niiden pohjalta päätelmiä asiakaslähtöisestä hoitopolusta muistisairaahan diagnoosista aina palvelutalopaikkaan asti. Jouduin myös löysentämään hieman sisäänotto- ja poissulkukriteereitani. En esimerkiksi löytänyt yhtään

suomenkielistä tutkimusta aiheesta, kaikki tutkimukset olivat englanninkielisiä. Yritin etsiä myös ruotsinkielisiä tutkimuksia, mutten löytänyt ruotsiksi käännettyjen avainsanojen avulla yhtään tutkimusta, joten luovutin sen suhteen etsinnän.

Haut käytetyistä tietokannoista tuottivat yhteensä 349 tutkimusta, joista poistin kymmenen (n=10) kaksoiskappaleina, 215 otsikon perusteella ja 79 abstraktin perusteella. Kokotekstin tarkasteluun jätin 45 tutkimusta, joista sisäänotto- ja poissulkukriteerien jälkeen jäi 11 tutkimusta. Nämä 11 tutkimukset olivat otsikon, abstraktin ja kokotekstin perusteella relevantteja tutkimuskysymyksiini nähden. Aineiston valinnan olen kuvannut PRISMA-kaavion avulla kuviossa 3.



Kuvio 3. Tiedonhaun prosessi PRISMA 2020 diagrammia mukaillen (Page ym. 2021).

4.5 Aineiston laadunarviointi

Opinnäytetyöhön valittujen tutkimusten arviointi on kirjallisuuskatsauksen vaihe, jossa tarkastellaan alkuperäistutkimuksista saadun tiedon kattavuutta ja tulosten edustavuutta sekä ovatko valitut tutkimukset relevantteja omien tutkimuskysymysten ja opin-

näytetyön tavoitteiden ja tarkoituksen kannalta. Jokainen valittu tutkimus arvioidaan yksityiskohtaisesti, jolloin vältetään kirjallisuuskatsauksen tulosten vinoumaa tai virheellisiä päätelmiä. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016.)

Alkuperäistutkimusten aiheen, aineiston, aineiston keräämisen tavan, tulosten ja päätelmien näkyväksi tekeminen on laadunarvioinnissa tärkeää. Tarkoituksenmukaisuuden ymmärtäminen omalle kirjallisuuskatsaukselle on kuitenkin tärkein tutkimusten laadunarvioinnissa. Arvioinnin perusteella haetusta alkuperäisaineistosta saadaan päätetty, mitkä tutkimukset ovat tärkeitä ja keskeisiä katsauksen kannalta, mitkä vähemmän tärkeitä ja mitkä tutkimukset ovat kokonaan poissuljettuja. Valintaa on määritelty kolme näkökulmaa, jotka ovat 1. artikkelin soveltuvuus katsaukseen, 2. artikkelin ulkoiset tekijät ja 3. artikkelin sisäiset tekijät. Keskeiset käsitteet tutkimusten valitsemiseen ovat pätevyys (validiteetti) ja luotettavuus (reliabiliteetti), soveltuvuus, siirrettävyys ja yleistettävyys. Laadunarvioinnin tavoitteena on alkuperäistutkimusten sisäisen laadun ja niiden puutteiden ja vahvuuksien vaikutuksen arviointi. (Vilka 2023.)

Ulkoisina tekijöinä arvioin tiivistelmän ja otsikon avulla tutkimuksen soveltumista opinnäytetyöni aineistoksi, miten tutkimuksen kohde on samassa suhteessa oman työni tutkimuskohteen kanssa sekä täyttääkö tutkimus sisäänotto- ja poissulkukriteerit, jotka olivat muokkautuneet tunnistamis- ja seulontavaiheessa. Luin valitut tutkimukset ja arvioin tekstin pohjalta vastasivatko ne tutkimuskysymyksiini ja opinnäytetyöni tavoitteisiin ja tarkoitukseen. Jokainen tutkimus, jonka valitsin opinnäytetyöni aineistoksi, oli tehty sosiaali- ja terveysalan eri ammattilaisten toimesta. Tutkimukset oli tuotettu eri organisaatioille tai eri organisaatioiden toimesta. Organisaatiot olivat pääosin muistisairauksia tutkivia tahoja, mukana oli myös yliopistossa tehtyjä tutkimuksia. Pysin tutkimuksia etsiessäni ottamaan vain sosiaali- ja terveysalan organisaatioiden tekemiä artikkeleita ja tutkimuksia aineistoksi opinnäytetyöhöni.

Sisäisinä tekijöinä jokainen tutkimus oli eri tavalla relevantti tutkimuskysymyksiini nähden. Jokainen tutkimus antoi uutta tietoa opinnäytetyöni aiheesta eli muistisairaana asiakaslähtöisestä hoitopolusta. Jokainen tutkimus oli tehty menetelmällisesti, tarkoitus ja tavoitteet olivat esitetty selkeästi, tutkimusasetelma oli kuvattu asianmukaisesti, viitekehys oli selkeä sekä tutkimuksen rajoitukset ja johtopäätökset tuotu esille. Tutkimusten kirjoittajat olivat alansa asiantuntijoita. Mielestäni jokainen tutkimus oli aiheensa ja kirjoittajiensa puolesta relevanteja opinnäytetyöni aineistoksi.

Opinnäytetyöhöni valikoitu lopulta 11 tutkimusta ja artikkelia, jotka kaikki vastasivat tutkimuskysymyksiini. Suoria vastausta tutkimuskysymyksiin en löytänyt yhdestäkään tutkimuksesta mutta integroivan kirjallisuuskatsauksen mukaisesti, poimin tutkimuksista tietoa muistisairaahan hoitopolun osista, joiden avulla voisi luoda selkeän ja asiakaslähällöisen hoitopolun, joka olisi toteutettavissa Suomen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Jokainen opinnäytetyöhöni valittu tutkimus tai artikkeli oli toteutettu moniammatillisessa työryhmässä, johon kuului eri maiden ammattilaisia esimerkiksi neurologeja, geriatreja ja psykiatreja. Näin ollen tutkimusten pätevyys ja luotettavuus olivat relevantteja.

Opinnäytetyössäni aineiston laadunarviointi on kuvattu taulukossa 3.

Taulukko 3. Tutkimusten laadunarviointikriteerit (mukaillen Vilka 2023).

Kriteerit Asteikko: (K=kyllä, H=heikko, E=ei raportoitu) Artikkeli	Tarkoitus ja tavoite on esitetty sel- keästi	Tutkimusase- telma on ku- vattu asian- mukaisesti	Tutkimusme- netelmät ovat tarkoituksen- mukaisia	Viitekehys on selkeä	Tutkimuksen rajoitukset on esitetty	Tutkimuksen johtopäätök- set on tuotu esiin
Dombrowski ym. 2024	K	K	K	K	K	K
Saragosa ym. 2024	K	K	K	K	K	K
Fazio ym. 2023	K	K	K	K	K	K
Ganesan 2022	K	K	K	K	K	K
Low ym. 2022	K	K	K	K	K	K
Schmachtenberg ym 2022	K	K	K	K	K	K
Clibbens ym. 2019	K	K	K	K	K	K
Volpe ym. 2019	K	K	K	K	K	K
Burt ym. 2014	K	K	K	K	K	K
Samsi & Manthorpe 2014	K	K	K	K	K	K
Bökberg ym. 2014	K	K	K	K	K	K

4.6 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Aineiston analyysin tein induktiivisesti eli aineistolähtöisesti, jossa luokittelin sanoja niiden teoreettisen merkityksen perusteella. Analyysissä pyritään luomaan tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus niin, etteivät tiedot, havainnot ja teoriat aikaisemmista tutkimuksista ohjaa analyysia. Analyysiyksikkönä käytin yksittäistä sanaa tai lausetta, jotka määrittyivät analyysikysymysten vastauksiin. Analyysissa pyrin pelkistä-

mään, ryhmittelemään sekä yksinkertaistamaan aineistoa niin, että sain tarvittavan tiedon tutkimuskysymyksiini selville tiivistetyssä muodossa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018: 167.)

Aineistoksi valitut 11 tutkimusta suomensin ChatGTP:n tekoälyn avulla. Suomentokset eivät aina olleet alkuperäistekstin mukaisia, joten luin tutkimukset sekä englanniksi että suomeksi ja tein tarvittavia käännöksiä manuaalista sanakirjaa tai toista käännösohjelmää, Google kääntäjää, käyttäen. Tutkimusten lukemisen suoritin pariin otteeseen, että sain aiheen selväksi itselleni ja pystyin keräämään sieltä tutkimuskysymyksiin relevantteja tietoja, jotka kirjasin yksitellen ylös paperille. Pelkistin aineistosta keräämäni sanat ja lauseet niin, että ne vastasivat analyysikysymyksiini:

1. Mitkä tekijät edistävät muistisairaahan asiakaslähtöisyyttä hoitopolulla?
2. Mitkä tekijät estävät muistisairaahan asiakaslähtöisyyttä hoitopolulla?

Näiden kysymysten perusteella tein aineistolähtöisen sisällönanalyysin analyysitaulukoihin. Taulukossa 4 on esimerkki analyysitaulukosta.

Taulukko 4. Esimerkki sisällönanalyysistä analyysitaulukon muodossa.

Mitkä tekijät edistävät ja estävät asiakaslähtöisyyttä muistisairaahan hoitopolulla?			
Alkuperäisilmaisu	Suomennos	Pelkistys	Alaluokka
This presents risks of miscommunication, duplication and/or missed nursing interventions. (Bökberg ym. 2014)	Tämä tuo mukanaan viestinnän ongelmia, päällekkäisyyksiä ja/tai hoitotoimenpiteiden laiminlyöntiä	Viestinnän ongelmia, päällekkäisyyksiä ja/tai hoitotoimenpiteiden laiminlyöntiä	Hoitoon pääsyn vaikeus
During the disease progress, a competent nurse can smooth the way for the patient by identifying needs and problems and offering support, guidance and planning (Bökberg ym. 2014)	Taudin edetessä pätevä hoitaja voi helpottaa potilaan tilannetta tunnistamalla tarpeet ja ongelmat sekä tarjoamalla tukea, ohjausta ja suunnittelua	Pätevä hoitaja tunnistaa asiakkaan tarpeet ja ongelmat sekä tarjoaa tukea, ohjausta ja suunnittelua	Hoitaja pätevyys muistisairaahan kokonaisvaltaisessa hoidossa
Person-centred care highlights the importance of knowing the person behind the patient and involves interaction between professional care providers, the person with dementia and their next of kin according to each individual's needs, personality and abilities. (Bökberg ym. 2014)	Henkilökohtainen hoito korostaa sen tärkeyttä, että tunnetaan potilaan taustalla oleva henkilö, ja se sisältää vuorovaikutusta ammattilaisten, muistisairaiden ja heidän läheisten välillä yksilöllisten tarpeiden, persoonallisuuden ja kykyjen mukaan.	On tunnettava muistisairaudesta takana oleva ihminen. Ammatillaisen on huomioitava muistisairaahan ja läheisten yksilölliset tarpeet, persoonallisuudet ja kyvyt vuorovaikutuksessa heidän kanssaan.	Muistisairaahan hoidon yksilöllinen huomiointi ja vuorovaikutuksen tärkeys ammattilaisten taholta.

Anxiety and confusion typified the entire assessment process, and many talked of it in terms of “entering a labyrinth”, with no signs or markers about what would happen when or why. (Samsi & Manthorpe 2014)	Koko arviointiprosessi oli täynnä ahdistusta ja hämmennystä, ja monet kuvailivat sitä ”labyrinttiin astumisena”, jossa ei ollut merkkejä tai opasteita siitä, mitä tapahtuisi milloin tai miksi.	Arviointiprosessi täynnä ahdistusta ja hämmennystä eikä tietoa miten siinä edetään.	Arviointiprosessin epäselvyys
The manner in which a diagnosis of dementia is communicated to the patient and the support offered at this time may be crucial in how people cope with the condition long-term. (Samsi & Manthorpe 2014)	Se, miten dementia diagnoosi ilmoitetaan potilaalle ja mitä tukea tarjotaan tässä vaiheessa, voi olla ratkaisevaa, miten ihmiset selviytyvät sairaudesta pitkällä aikavälillä	Miten diagnoosi ilmoitetaan asiakkaalle ja mitä tukea siinä vaiheessa annetaan, on verrannollinen tulevaisuuden selviytymiseen sairauden kanssa	Muistisairaahan ihmisen varhainen tuki.
..., the care plan was described as the natural outcome of the assessment of care and support needs, and it is developed around the time of diagnosis (Dementia in Europe yearbook 2014)	..., hoitosuunnitelma kuvattiin hoidon ja tuen tarpeiden arvioinnin luonnollisena seurauksena, ja se kehitetään diagnoosin yhteydessä	Hoitosuunnitelman tekeminen diagnoosin yhteydessä on hoidon ja tuen luonnollinen seuraus.	Hoitosuunnitelman tekeminen hoidon ja tuen apuvälineeksi.
The shift to patient engagement extends to dementia care service design and research and increasingly person-centered care, emphasizing the person behind the patient (Saragosa ym. 2014)	Siirtyminen potilaiden osallistamiseen ulottuu myös muistisairaahan hoidon palvelumuotoiluun ja tutkimukseen ja yhä enemmän asiakaslähtöiseen hoitoon, joka korostaa henkilön merkitystä potilaan takana.	Muistisairaahan potilaan ottaminen mukaan asiakaslähtöiseen hoitoon korostaa hänen merkitystensä ihmisenä sairauden takana.	Asiakaslähtöisyys muistisairaahan hoidossa.

Jokaisesta tutkimuksesta erittelin analyysikysymyksiin liittyvät asiat, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin hyvin ja sain luotua alaluokkia mitkä asiat edistivät, ja mitä estivät asiakaslähtöisyyttä muistisairaahan hoitopolulla. Kirjasin edistävät ja estävät tekijät omiin taulukoihin Word-tiedostoon, jolloin niiden tulkitseminen oli helpompaa.

5 Tulokset

5.1 Katsaukseen valittujen tutkimusten kuvaus

Kirjallisuuskatsaukseen valittiin 11 tutkimusta, jotka olivat pääsääntöisesti laadullisia tutkimuksia (3 kappaletta), väitöskirjoja (1 kappaletta) sekä kirjallisuuskatsauksia (7 kappaletta). Jokainen tutkimus oli englanniksi kirjoitettu, saatavilla kokotekstinä ja vertaisarvioituna. Tutkimukset oli tehty vuosien 2014–2024 välisenä aikana. Tutkimukset

olit tehty länsimaissa (USA, Kanada, Saksa, Englanti ja Ruotsi). Tutkimuksissa haasteltiin muistityöhön erikoistuneita ammattilaisia erikoislääkäreistä hoitajiin sekä muistisairaita ja heidän omaisiaan. Tutkimusten tekijät olivat sosiaali- ja terveysalan ammattilaisia omassa maassaan.

Taulukossa 5 olen kuvannut kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten ja artikkeleiden tekijät, vuoden, maan, artikkelin nimen, tutkimusasetelman, osallistujien määrän sekä päätulokset.

Taulukko 5. Tutkimusten ominaisuuksia

Tutkimuksen tekijät (vuosi) maa	Artikkelin nimi	Tutkimusasetelma, osallistujat, millainen tutkimus on	Päätulokset tiivistettynä
Dombrowski, Wen, Mims, Adrienne, Kremer, Ian, Cano Pedro Desandes, Silvia Rodrigo-Herrero, Fayron ym. (2024) USA	Dementia Ideal Care: Ecosystem Map of Best Practices and Care Pathways Enhanced by Technology and Community	Kirjallisuuskatsaus	Katsauksessa tiivistettiin maailmanlaajuisesti yli 200 parasta käytäntöä visuaaliseksi työkaluksi, Dementia Ideal Care -hoitokartaksi, muistisairauksien hoidon suunnitteluun ja koordinoitiin. Hoitokartta esittää parhaat käytännöt tiiviissä kokonaisuudessa. Muistisairaudet vaativat monimuotoisen lähestymistavan palveluiden ja hoidon kehittämisessä.
Saragosa, Marianne, MacEachern, Evan, Chiu, Mary, Sean Weylie, Krista Schneider ym. (2024) Kanada	Mapping the evidence on dementia care pathways	Scoping -katsaus	Katsauksessa pyrittiin löytämään erilaisia keinoja kehittää muistisairaahan asiakkaan hoitopolku sellaiseksi, jossa asiakas ja hoitaja osallistuvat hoitopolun suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin niin, että tulokset vaikuttavat edistävästi muistisairaahan elämään,
Fazio, Sam, Stratton, Lauren, Chelsea Kline, Sheila Molony (2023) USA	Providing `Just Enough` Support for individuals to Live Well with Dementia	Kirjallisuuskatsaus	Artikkelissa kuvataan ihmislähtöistä hoitomallia ja mietitään mitä on `riittävästi tukea` muistisairaille ihmisille ja vaikuttaako tuen saaminen itsenäisyyden maksimointiin ja toimintakyvyn säilymiseen pidempään. Ihmislähtöisellä hoidolla pyritään hyvin elämisen ja hyvinvoinnin lisäämiseen muistisairailta ihmisillä.

Ganesan, Indeera V. (2022) USA	Creating a comprehensive and integrated pathway to enhance the quality of dementia care	Laadullinen tutkimus, johon osallistui 25 terveydenhuollon ammattilaista.	Tutkimuksessa tiedusteltiin 25 terveydenhuollon ammattilaisen omia näkökulmia siitä, miten muistisairaiden asiakkaiden ja heidän perheidensä elämänlaatua voisi parantaa hoitopolun avulla. Hyvän hoitopolun luomiseen tarvitaan yhteiskunnan kaikkien tahojen yhteistyötä. Muistisairautta ei ymmärretä riittävän hyvin, että sitä ymmärrettäisiin ja tiedostettaisiin sen olemassaolo.
Low, Lee-Fay., Duckworth, Tanya J, King, Lauren, Meredith Gresham, Lyn Phillipson, Yun-Hee Jeon, Henry Brodaty (2022) Australia	Care Planning for Community-Dwelling people with dementia	Systemaattinen scoping-katsaus	Katsaus keskittyy muistisairaahan hoitosuunnitelman laatimiseen yhdessä muistisairaahan, hänen läheisten ja moniammatillisen tiimin kanssa. Katsauksessa on painotettu, että hoitosuunnitelman tulee olla monialainen, ratkaisukeskeinen ja toimintaa tukeva suunnitelma yhteistyössä hoidosta vastaavan yksikön ja muistisairaahan kanssa. Hoitosuunnitelman tekeminen selkeäksi voi parantaa muistisairaahan hoito- ja tukikokemuksia, kun se sisältää henkilökohtaisia tavoitteita, tietoa ja vaihtoehtoja.
Schmachtenberg, Tim, Monsees, Jessica, Jochen René Thyrian (2020) Saksa	Structures for the care of people with dementia: a European comparison	Laadullinen tutkimus, jonka aineisto kerätty asiantuntija-haastatteluun.	Tutkimuksessa tavoitteena on rakentaa uusia näkökulmia nykyisiin virallisiin hoitorakenteisiin, hyviin käytäntöihin ja muistisairaiden erityishoitoon liittyviin puutteisiin 17 Euroopan maassa. Maakohtaiset erot muistisairaiden palveluiden saatavuudessa ovat suuret, joten kiireellisiä toimenpiteitä vaaditaan palveluiden laajentamiseksi, alueellisten erojen vähentämiseksi, hoitoon pääsyn esteiden poistamiseksi, palveluiden parantamiseksi muistiystävällisemmiksi sekä muistisairaahan ja hänen omaisensa ottaminen mukaan hoidon ja tutkimuksen toteutukseen.
Clibbens, Richard, Depledge, Angela, Hemingway, Steve (2019) Englanti	Developing the advanced nurse practitioner role in a memory service	Kirjallisuuskatsaus	Artikkelissa esitetään, kuinka tärkeää muistisairaille on hoitaja, joka on erikoistunut muistisairauksiin. Englannissa on kehitetty muistisairauksiin ja psyykkisiin tekijöihin erikoistunut hoitaja, jotka myötävaikuttavat palveluiden muutoksiin ja modernisointiin muistisairaahan hoitopolulla.

Volpe, Umberto, Hania Amin, Olatunde O.Ayinde, Alistair Burns, Wai Chi Chan, Renaud David, Slavica Djukic Dejanovic, Gorica Djokic, Defne Eraslan, Giulia A.L.Fisher, ym. (2019)	Pathways to care for people with dementia	Kansainvälinen monikeskustutkimus, johon osallistui 548 muistisairasta.	Tutkimuksessa kävi ilmi, että muistisairauden erikoishoitoon liittyvien hoitopolkujen suunnittelu muistisairaalle eroavat toisistaan jopa paikallisesti. On tärkeää räätälöidä strategioita muistisairaahan hoitoon paikallisesti, kansallisesti ja kansainvälisesti. Muistisairaahan hoitopolku ei saa olla monimutkainen tai vaihdella ei maissa. Ensi oireiden alkamisesta yhteydenotto muistisairauksiin erikoistuneisiin tahoihin on ollut tutkimuksen mukaan jopa 56 viikkoa. Kun hoitopolku kehitetään selkeäksi, hoitoon pääsy nopeutuu ja kustannukset muistisairaudesta pienentyvät.
Burt, J, Rick, J., Blakeman, T. J.Protheroe, M. Roland, P. Bower (2014) Englanti	Care plans and care planning in long term conditions: a conceptual model	Kirjallisuuskatsaus	Artikkelissa käsitellään muistisairaalle henkilölle tehtävää hoitosuunnitelmaa ja sen tärkeyttä. Hoitosuunnitelman tekemiseen tulee ottaa huomioon kolme ydinasiaa: näkökulma, laajuus ja verkostot. Toisin sanoen potilaan ja ammattilaisten näkökulma, hoidon tavoitteet ja toimenpiteet sekä otetaanko hoitosuunnitelmaan mukaan laajempi ammatillinen verkosto.
Bökberg, Christina, Gerd Ahlström, Staffan Karlsson, Ingalill Rahm Hallberg, Ann-Christin Janlöv (2014) Ruotsi	Best practice and needs for improvement in the chain of care for persons with dementia in Sweden	Laadullinen tutkimus, johon osallistunut 23 hoitoalan ammattilaista. Haastattelut tehty ryhmähaastatteluna	Hoitohenkilökunnan näkemysten tutkiminen parhaiden käytänteiden luomisesta muistisairaahan hoitopolussa ja yhteistyössä muiden ammattilaisten kanssa. Strategioiden kehittämistä parhaiden käytäntöjen luomiseksi muistisairaahan hoitopolulle, käyttäen kansallisia tietopohjia ja ohjeita
Samsi, Kritika & Manthorpe Jill (2014) Englanti	Care pathways for dementia: current perspectives	Kirjallisuuskatsaus	Tutkimuksen mukaan muistisairaahan hoitopolku voi olla sokkeloinen eikä muistisairas tai hänen omaisensa tiedä mitä odottaa, milloin ja keneltä tai yksinkertaisesti mitä tehdä. Hoitopolun tulisi olla selkeä ja jatkuva sekä hoitopolku tulisi ottaa välineeksi navigoimaan muistisairasta elämässä eteenpäin. Hoitopolkua tulee myös tarpeen mukaan muokata neuvottelemalla muistisairaahan ja ammattilaisten kanssa.

Jokainen alkuperäistutkimus tunnisti muistisairaudet maailman laajuisesti ongelmaksi, jonka ennaltaehkäisyä, diagnoosin saaminen, lääkkeellistä ja lääkkeetöntä hoitoa, kokonaisvaltaista sosiaalista- ja terveydellistä tukea on kehitettävä selvemmäksi ja yksinkertaisemmaksi prosessiksi. Muistisairaahan hoitoprosessia/hoitopolkua on katsottu tutkimuksissa eri näkökulmista, jonka ansiosta sain opinnäytetyöni tutkimuskysymyksiin hyvin vastauksia ja uutta tietoa ajatellen työtäni muistisairaiden parissa. Vastauksia tutkimuskysymyksiin sain jokaisesta tutkimuksesta ja niitä yhdistelemällä sain hoitopolun palveluiden erivaiheisiin tuloksia, joista syntyi käsitys millaista tukea, ohjausta, hoitoa ja

palveluita muistisairas hoitoprosessin aikana tarvitsee. Muistisairaahan ihmisen ja hänen läheisten lisäksi tukea ja ohjausta tarvittiin myös sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille, erityisesti miten kohdata muistisairas ihminen hoitopolun eri vaiheissa.

5.2 Asiakslähtöisyyttä edistävät tekijät

Muistisairaahan ihmisen elämä muuttuu täysin, kun hän saa muistisairaus diagnoosin. Hänen on tärkeää saada oikeanlaista tukea, oikeaan aikaan, oikeilta ammattilaisilta. Muistisairaahan lisäksi tukea ja apua tarvitsee hänen läheisensä. On tärkeää huomioida muistisairas kokonaisvaltaisena henkilönä, jolla on menneisyys, tämä hetki ja tulevaisuus. Siksi asiakslähtöisyys muistisairaahan hoidossa ja hoitopolun suunnittelussa on tärkeää. On tiedettävä muistisairaahan omat ajatukset ja mietteet sairauden suhteen, on osattava olla läheisten tukena, koska heille sairaus näyttäytyy eritavoin kuin muistisairaalte itselleen.

Tutkimuksista kokoamat asiakslähtöisyyttä edistävät tekijät tulee ottaa huomioon muistisairaahan kokonaisvaltaisessa hoidossa suunnitelmallisesti. Toisin sanoen hoitosuunnitelman tekeminen korostuu, jolloin muistisairaahan ja hänen läheisensä on selkeää ottaa askeleita eteenpäin sairauden kanssa. Hoitosuunnitelma ja hoitopolku ovatkin molemmat prosesseja, jotka edesauttavat muistisairasta elämään sairauden kanssa myös tulevaisuudessa. Tutkimuksissa hoitosuunnitelman tekeminen nousi yhdeksi isoksi asiakslähtöisyyttä edistäväksi tekijäksi, johon on tulevaisuudessa hyvä panostaa enemmän työtä.

Taulukkoon 6. olen kerännyt yhteen tutkimuksista saadut edistävät tekijät muistisairaahan asiakslähtöisessä hoitopolussa:

Taulukko 6. Asiakslähtöisyyttä edistävät tekijät muistisairaahan hoitopolulla

Asiakslähtöisyyttä edistävät tekijät muistisairaahan hoitopolulla
Nopea pääseminen tutkimuksiin edistää muistisairaahan toimintakyvyn pysymistä parempana pidemmän aikaa ja siirtää raskaita palveluita pidemmälle tulevaisuuteen.
Diagnoosin saaminen ajoissa ja ensitiedon antaminen asiakkaalle muistisairauksista ja niihin liittyvistä muutoksista elämässä.
Asiakkaan ja perheen kuuleminen ja heidän kertomien asioiden, kokemusten ja havaintojen todeksi ottaminen. Asiakas tulee kohdata ihmislähtöisesti, tasa-arvoisesti ja oikeudenmukaisesti. Muistisairaaseen tutustuminen henkilönä.

Muistisairaahan ja läheisen sekä muistityön ammattilaisen välinen luottamus tulee olla hyvä. Vuorovaikutus taidot tulee olla hyvät ammattilaisilla, jotta keskustelu muistisairaahan ja läheisen kanssa on sujuvaa ja toimivaa. Samat ammattilaiset hoitavat muistisairaahan koko prosessin, jos vain mahdollista.
Resurssin lisääminen hoitopolun varrelle. Asiantuntemusta muistisairauksista ja niiden vaikutuksista ihmisen kokonaisvaltaiseen toimintakykyyn ja elämään.
Selkeän ja ymmärrettävän hoitosuunnitelman tekeminen muistisairaalle tulevia hoitoja ja palveluita varten. Selkeät ohjeet mihin olla yhteydessä tilanteen muuttuessa, myös kriisitilanteisiin selkeät ohjeet. Selvitetään millaista tukea saada sosiaalihuollon puolelta.
Ikääntymisen ymmärtäminen kokonaisvaltaisesti ammattilaisten toimesta.
Yhteistyö eri sosiaali- ja terveysalan organisaatioiden ja kolmannen sektorin toimijoiden kanssa on tärkeää
Yksi potilastietojärjestelmä, jota kaikki tahot pystyvät seuraamaan/näkemään
Muistisairauksiin erikoistunut yksikkö, jossa muistisairas saa kaikki tarvitsemansa palvelut yhden luukun taktiikalla.
Muistisairauden ammattilaiset yhteistyössä prosessin alusta loppuun asti.
Tuetaan muistisairaahan itsenäisyyttä, itseluottamusta ja tarkoituksen tunnetta elämässä kuuntelemalla ja olemalla hänen rinnalla kulkija.
Päivätoiminta, vertaistukiryhmät, ryhmät muistisairaille, yhteys yhteiskuntaan muistisairaana ollessa on tärkeää. Tukea ja erilaisia ryhmiä myös läheisille
Sosiaalisen ympäristön parantaminen, muistisairaus stigman poisto
Hoitopolun vaiheet päivitettävissä, muutettavissa ja säännöllisesti tarkastettavissa.
Muistiprosessin selkeyttäminen asiakkaalle, kertoen miten prosessi etenee askel askeleelta, auttaa asiakasta ja läheistä polun kaikissa vaiheissa, jos on tarve.
Annetaan aikaa asiakkaalle miettiä ja pohtia miten suhtautuu muistisairauteen, mahdollinen ammattilaisen tuki tässä vaiheessa voisi olla hyvä
Muistikoordinaattorin tai muistityön asiakasvastaavan työ todettiin tärkeäksi

Edistävät tekijät muistisairaahan hoitopolulla ovat lopulta todella yksinkertaisia ja helposti mukautettavissa organisaatioiden prosesseihin. Asiakaslähtöisyyteen kuuluu hyvä ihmistuntemus. Muistisairaiden kohdalla sairauden tuomien haasteiden tunnistamisella on tärkeä vaikutus kohtaamisille, joita muistisairaiden ja heidän läheisten kanssa tulee olemaan useita. Tärkeää on myös ammattilaisten koulutus ymmärtämään muistisairauksia ja niihin liittyvistä haasteista. Voimavaralähtöisyyden ymmärtäminen tuli tutkimuksissa myös ilmi, koska muistisairaus ei tee asiakasta toimintakyvyttömäksi. Tarvi-

taan vain ohjausta, neuvontaa, tukea ja vuorovaikutusta muistisairaahan ja hänen läheistensä kanssa. Hoitopolun askelmat ovat pieniä mutta tärkeitä ja on myös varauduttava siihen, että askeleita voi tulla taaksepäin. Helpointa on olla askel edellä sairauden tuomia muutoksia mutta valitettavasti emme omaa kristallipalloa, jolla voimme nähdä mitä tulevaisuus tuo tullessaan muistisairaahan elämään.

5.3 Asiakaslähtöisyyttä estävät tekijät

Estäviä tekijöitä löytyi tutkimuksista hieman vähemmän kuin edistäviä mutta estävät tekijät olivat hieman haastavampia ja vaikeammin ohjattavissa. Organisaatioiden ja yhteiskunnan suhtautuminen muistisairauksiin ja ikääntymiseen tuli tutkimuksissa esille tavalla, jossa ne nähdään taloudellisesti haastavana ja kustannuksia nostavina asioina. Tämä vaikuttaa myös ikääntyneiden haluttomuudesta hakeutua hoidon ja tukien piiriin, koska he eivät halua olla menoeriä tai taakkana yhteiskunnalle. Oikea-aikaista ja oikeanlaista tukea ei ole saatavilla ja niihin ohjautuminen on heikkoa, koska esimerkiksi terveysalan ammattilaiset eivät kaikki tiedä mitä palveluita sosiaalipuolella on saatavilla.

Yhdeksi suureksi esteeksi asiakaslähtöiselle toiminnalle oli hoitosuunnitelman tekemisen vaikeus ja nimenomaan sen tekeminen moniammatillisesti. Hoitosuunnitelmia tehdään muistipoliklinikoilla mutta ne eivät ota huomioon tulevaisuuden haasteita, kun asiakas ei enää poliklinikan palveluita tarvitse. Jatkosuunnitelman tekeminen on jäänyt heikolle tasolle, jolloin muistisairas ja hänen läheisensä tuntevat olevansa yksin ja ek-syksissä palveluviidakossa, joka sosiaali- ja terveysalan palveluissa on. Selkeän ja pitkälle tulevaisuuteen tehdyn hoitosuunnitelman tekeminen vaatii yhteistyötä muiden alan ammattilaisten kanssa. Muistisairauden hoito vaatii muidenkin kuin geriatrinen ja muistihoitajien palveluita, joten näiden erikoisalojen ammattilaisten mukaan ottaminen on tärkeää muistisairaahan toimintakyvyn ylläpitämiseksi.

Taulukossa 7 on esitetty asiakaslähtöisyyttä estävät tekijät muistisairaahan hoitopolulla.

Taulukko 7. Asiakaslähtöisyyttä estävät tekijät muistisairaahan hoitopolulla.

Asiakaslähtöisyyttä estävät tekijät muistisairaahan hoitopolulla
Asiakkaat eivät luota organisaation kykyyn huolehtia heistä. Muistisairautta epäiltäessä, otettava ihminen todesta eikä väheksyä hänen tai läheisen huomioita ja huolta.

Luottamuspuola hoidon saamiseksi muistisairaana ja läheisen puolelta ammattilaisia kohtaan. Myös ammattilaisten luottamus muistisairasta kohtaan voi olla havaittavissa, ei luoteta asiakkaan kertomaan.
Ammattihenkilöstön resurssipuutos, ei ole riittävästi muistisairauksiin erikoistuneita ammattilaisia eli ammattitaidottomuutta kohdata muistisairas ihminen ja hänen läheisensä. Ei osata tulkita muistisairasta ihmistä. Käyttösoireiden ymmärtämisen haaste.
Ajanhallinnallisia haasteita. Ihminen voi joutua odottamaan liian kauan tutkimuksiin ja hoitoon pääsyä sekä diagnoosia. Ihminen ei myöskään hakeudu riittävän ajoissa muistitutkimuksiin, jolloin muistisairaus on voinut edetä pitkälle.
Tiedon puute muistisairauksista niin ihmisillä kuin ammattilaisilla
Ammattilaisen kiinni saaminen, kun muistisairas tai läheinen tarvitsee apua.
Ihmiset eivät ymmärretä mitä kaikkea ikääntymiseen ja muistisairauksiin kuuluu
Ammattilaiset eivät uskalla hoitaa rajuinkin ottein muistisairasta, lääkkeellinen hoito esimerkiksi.
Vallan käyttö ammattilaisten puolelta, ei hoideta asiakasta asianmukaisesti, pimittää tietoa.
Muistisairaajat eivät halua olla riippuvaisia toisista ihmisistä eivätkä sen takia halua hakeutua tutkimuksiin tai hoitoon. Itsemääräämisoikeus kieltäytyä hoidoista.
Hoitolaitokseen joutumisen pelko
Palvelut hajanaisia ja sirpaleisia. Ei yhtenäistä hoitopolkua tai hoitosuunnitelmaa.
Vastuun pirstaloituminen ammattilaisten välillä, voi johtaa tiedon häviämiseen ja hoidon/palveluiden jatkuvuuden loppumiseen
Muistisairauden stigma on vieläkin negatiivinen
Luovuttaminen sairauden ja elämän suhteen ikääntyneellä/muistisairaalla ihmisellä
Ammattilaiset eivät ymmärrä ikääntymisen muutosten ja muistisairauden eroa, jolloin diagnoosia ei tehdä tarpeeksi nopeasti. Myös psyykkiset vaivat voivat sekoittaa muistisairauteen ja toisin päin, jolloin annetaan väärää hoitoa väärään sairauteen.
Stressaava keskustelu hoitosuunnitelman tekemisessä, muistisairas ei jaksaa miettiä tulevaisuuttaan hoidollisissa asioissa.

Estävät tekijät liittyivät pääosin muistisairaiden kokemuksiin sairauden aikana olleista hoidollisista tekijöistä, ammattilaisten suhtautumisesta heihin ja muistisairauden tuomasta negatiivisesta stigmasta. Luotettavuus sosiaali- ja terveystalouteen oli huono, koska asiantuntevaa apua, tukea ja neuvontaa oli vaikea saada. Ammattilaiset vähätelivät muistisairaana omia kertomuksia eivätkä aina antaneet muistisairaana itsensä kertoa kokemuksistaan. Vallankäyttöä huomattiin myös ammattilaisten puolelta, aina ei saanut sitä palvelua tai tukea, mitä muistisairas tai hänen läheisensä olisi tarvinnut.

6 Pohdinta

6.1 Tulosten tarkastelu

Muistisairauksien määrän lisääntyminen tulevina vuosina luo yhteiskunnalle painetta huolehtia muistisairaiden hoidosta ja palveluiden oikein kohdentamisesta. Palveluiden ja hoidon asiakaslähtöisyys nousee yhdeksi tärkeimmäksi tekijäksi muistisairaahan hoitopolulla, jota opinnäytetyössäni tutkin. Asiakaslähtöisyyttä edistävät ja estävät tekijät tulee olla sosiaali- ja terveyspalveluissa tiedossa, että hoitopolkua voidaan kehittää suunnitelmalliseksi ja tavoitteelliseksi. Muistisairaahan hoitopolussa tulee huomioida fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset, henkiset ja kognitiiviset voimavarat, joiden perusteella saadaan selville muistisairaahan omat mahdollisuudet hoidon ja toimintakyvyn ylläpitämiseksi. (Virjonen 2013. 117.)

Opinnäytetyöhön valikoiduista alkuperäistutkimuksista sain tulokseksi listan muistisairaahan hoitopolkua edistävästä ja estävästä tekijöistä, joista jotkut tulokset olivat ilmiselviä mutta terävöittivät niiden ottamista käytäntöön hoitopolun mahdollisessa kehittämisessä. Muistisairauden negatiivinen stigman on yksi asia, johon tulisi puuttua sekä yksilö- että yhteiskunnallisella tasolla. Kyseinen stigma syntyy ihmisten mielessä, jos joudutaan hakeutumaan muistitutkimuksiin ja kun muistisairaus diagnoosi varmistuu. Onkin tärkeää olla ruokkimatta stigmaa vielä vahvemmasi ammattilaisten puolelta. Siksi on hyvä, että jokainen hoitaja sosiaali- ja terveysalalla tietäisivät perusasiat muistisairauksista ja miten muistisairas ihminen kohdataan vastaanotolla tai kotikäynnillä. On tärkeää ymmärtää millaisia muutoksia muistisairaus voi tuoda ihmisen elämään ja miten ne vaikuttavat koko perheeseen. (Fazio ym. 2023.)

Hoitopolulla tarvittavien palveluiden sirpaleisuus on suuri haaste, johon tulisi saada muutosta nopealla aikataululla. Indeera V. Ganesan (2022) tutki laadullisessa tutkimuksessaan muistisairaiden hoidon laadun parantamista kohdennetun ja integroidun hoitopolun luomisella. Tutkimuksessa Ganesan ehdotti muistisairaahan hoitopolun osiksi seuraavia asioita: 1. ensitietoa muistisairauksista, 2. muistisairaus diagnoosin varhaista toteutusta ja hoidon nopeaa saamista, 3. hoitosuunnitelman tekemistä moniammatillisesti yhteistyössä eri muistisairauksien kanssa työskentelevien ammattilaisten kanssa, 4. tukipalveluiden oikea-aikainen mukaan ottaminen muistisairaahan arkeen, 5. taloudellisten resurssien kantakyvystä huolehtiminen ja 6. muistisairaahan elämänlaadusta huolehtiminen koko sairauden ajan. (Ganesan 2022.) Lee-Fay Low (2023) tiiminsä kanssa tutkivat kirjallisuuskatsauksessa hoitosuunnitelman laatimista muistisairaalle. Tutkijat

kävivät läpi alkuperäistutkimuksia aiheesta ja tulivat siihen tulokseen, että kansalliset muistisairauteen liittyvät strategiat ja kliiniset hoitosuosituksukset suosittelivat hoitosuunnitelman laatimista muistisairaille. Hoitosuunnitelmat tuli kuitenkin laatia niin, että ne toteutuivat myös käytännössä ja niitä piti pystyä tarkentamaan tilanteen mukaisesti. Näillä toimenpiteillä hoitosuunnitelma todettiin olevan hyödyksi muistisairaalle. Hoitosuunnitelman tekeminen oli kuitenkin sidoksissa sosiaali- ja terveystalv palveluita tarjoavan organisaation hoitoihin ja palveluihin sekä laajempaan sosiaali- ja terveyshuollon kontekstiin. Muistisairaana ja muistiin erikoistuneen ammattilaisen yhteydenpidon jatkuvuus koettiin tärkeänä, jolloin tukea arkeen oli saatavilla helpommin ja asiantuntevammin. Hoitosuunnitelmaan kirjattujen tavoitteiden selkeä esittäminen todettiin tärkeäksi ja muistisairaana hoitoa hyödyttäväksi asiaksi. (Low ym. 2023.) Suomessa muistisairaalle tehdään terveydenhuollon toimesta hoitosuunnitelma, jossa kerrotaan jatkosuunnitelma muttei ohjeisteta, miten sen suhteen toimitaan ja mihin ollaan yhteydessä (Hallikainen ym. 2019; 232).

Muistisairaana hoitopolun luominen selkeäksi ja asiakaslähtöiseksi on tutkimusten tulosten mukaisesti tärkeä kehittämiskohde. Hoitoon ja palveluihin ohjaamisen selkeyttäminen, luo muistisairaalle luottamuksen tunteen, että hän saa tarvitsemaansa apua ja tukea sairauden edetessä. Hoitopolun luominen valtakunnallisella tasolla yhtenäiseksi on tulevaisuuden haaste. (Schmachtenberg ym. 2022.) Umberto Volpe (2020) tutkimusryhmän mukaan muistisairaana hoitopolku on monimutkainen ja vaihtelee eri maissa suuresti. Muistisairauteen liittyy suuri stigma, emotionaalinen ahdistuneisuus ja vaikeudet saada asianmukaista hoitoa. Tutkimuksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuolto ei pysty tarjoamaan riittävän kattavasti muistisairaana tarvitsemia palveluita. Palvelut ja hoito ovat usein sirpaleisia, huonosti koordinoituja eivätkä sovellu sellaisenaan muistisairaana ja hänen läheisten tarpeisiinsa. (Volpe ym. 2020.)

Onkin tärkeää saada organisaatiotasolla järjestelmät selviksi niin, että se näyttäytyy selkeänä myös asiakkaille. Muistisairaiden kanssa tehtävä yhteistyö vaatii selkeitä ja yksinkertaisia suunnitelmia, jotta he itse voivat olla osana sairauden hoitoa. (Hallikainen ym. 2019.) Niiden luominen on tällä hetkellä vielä täysin hajalla muissakin maissa kuin Suomessa. Richard Clibbensin (2019) tutkimusryhmän mukaan, jokainen maa yrittää luoda muistisairaana palvelujärjestelmästä selkeän ja toimivan niin ammattilaisille kuin muistisairaille ja heidän läheisilleen. Tutkimuksessa oli kuultu molempien puolien kokemuksia ja kehittämissuunnitelmista. Ammattilaisilla on alan koulutuksen tuomaa tietoa muistisairauksista mutta parhain tieto tulee muistisairaana itseltään ja hänen läheisiltään. He joutuvat tarpomaan sosiaali- ja terveysalan labyrintissa ilman suuntaviivoja

tai ohjaavaa tahoja. Tähän on saatava parannusta kehittämällä muistisairaahan hoitopolkua ja palveluita sellaisiksi, että ne ovat kaikille siihen osallistuville tahoille selkeä ja toimiva. (Clibbens ym. 2019.)

Teknologian käyttö yhteydenotoissa terveydenhuoltoon on lisääntynyt eikä kaikilla ole siihen mahdollisuuksia. Ikääntyneillä ihmisillä ei ole tietokonetta tai älypuhelinia, saati pankkitunnuksia, jolla tunnistautua. Takaisinsoittojärjestelmä terveysasemilla tukkeutuu näiden kyselyiden takia, joka voitaisiin ehkäistä selkeän hoitopolun luomisella, johon kuuluu terveydenhuollossa tehty hoitosuunnitelma. Tärkeää on siis yhteistyö ja yhteiset suunnitelmat hoidon suhteen ja potilastietojärjestelmässä eri tahojen kanssa, jolloin tiedon siirto on sujuvaa eikä vaarannut tiedonkulun vääristymistä. Tarkoitan tässä ´rikkinäinen puhelin´ tyyppistä toimintaa, jossa tieto muuttuu osallistujalta osallistujalle siirtyessään. (Dombrowski ym. 2024.)

Alkuperäistutkimusten tulosten tarkastelu loi listan asiakaslähtöisyyttä edistävästä ja estävästä tekijöistä muistisairaahan hoitopolulla. Hoitopolkua ei ole vielä mikään taho kehittänyt sellaiseksi, että se alkaa ennaltaehkäisevästä aivoterveystä huolehtimisesta ja loppuu palvelutalopaikkaan. Polulla on monta pysäkkiä, jossa tutkimusten perusteella tulisi olla asiantuntija ohjaamassa ja opastamassa muistisairasta ja hänen läheisiään eteenpäin. Polun pysäkeillä olevat ammattilaiset eivät kaikki ole erikoistuneet muistisairauksiin, joka tekee eteenpäin kulkemisen vaikeaksi ja pirstaleiseksi. Muistisairaahan ja hänen läheisen tarvitsema apua voi olla sellainen, johon tarvitaan erikoisosaamista, jota ei aina ole tarjolla ja erikoishoidon piiriin on vaikea päästä. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ovat valitettavasti heikentyneet, jolloin asiakkaat joutuvat joko pärjäämään omineen tai turvautumaan yksityisten palveluntuottajien palveluihin, joista joutuu maksamaan melkoisen summan. (Saragosa ym.2024.)

Kehittämistä muistisairaahan hoitopolun luomisessa toimivaksi ja selkeäksi kaikkien osapuolten toimesta on vielä paljon. Onneksi eri maissa tutkitaan ja kehitetään tätäkin aluetta muistisairaahan hoidossa. Edistäviä ja estäviä tekijöitä on tiedossa mutta niiden saaminen selkeäksi suunnitelmaksi/hoitopoluksi/prosessiksi on vielä kesken. Muistisairauksia tutkitaan koko ajan ja kehitetään hoitotoimenpiteitä, millä niitä voidaan jopa tulevaisuudessa ehkäistä sairauden ilmaantumisesta, mutta ennen kuin nämä menetelmät saadaan käytäntöön, tulee perusasiat saada kuntoon. Hoitopolku kuuluu yhtenä niihin ja tuo varmasti taloudellista säästöä oikein toimiessaan. (Dombrowski ym. 2024.)

6.2 Luotettavuus ja eettisyys

Luotettavuus ja eettisyys on aina kyseenalaista, kun tutkitaan herkässä ja haavoittuvassa asemassa olevia henkilöitä. Kuitenkin tutkimukset, jotka valitsin monien joukosta olivat kaikki kehittämässä parempaa tulevaisuutta muistisairaille. Kun luetaan toisen tekemää tutkimusta, on vaarana tehdä virhepäätelmiä ja kun teksti on vieraalla kielellä kirjoitettua. Kaikki opinnäytetyössäni käyttämäni tutkimukseni olivat englanniksi kirjoitettu, jolloin virheellisiä tulkintoja syntyy käännettäessä tekstiä suomeksi. Jos ei tuntisi alan sanastoa, virhetulkintoja tulisi varmasti enemmän. Joidenkin sanojen merkitystä jouduin suomentamisen yhteydessä varmistamaan toisesta käännösohjelmasta. Kuitenkin tutkimuskysymyksiin tarvittavat vastaukset olivat helppo löytää tekstistä niin englanniksi kuin suomeksi, ja ne olivat relevantteja tutkimuskysymyksiin nähden.

Jokainen opinnäytetyössä aineistona ollut tutkimus on luettu, käsitelty ja analysoitu kunnioittaen niiden kirjoittajia. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeiden mukaisesti opinnäytetyössä on tunnistettu tiedeyhteisöjen toimintatavat, kuten rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus opinnäytetyön teossa sekä tulosten tallentamisessa, arvioinnissa ja esittämisessä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023: 6). Tutkimuksissa kirjoitettuja tuloksia ei ole vääristelty tai tehty omia päätelmiä rivien välissä olevista ajatuksista. Jokainen tutkimus on luettu pariin kertaan niin englanniksi kuin suomeksi, jolloin niiden analysointi on tarpeeksi tarkkaa ja luotettavaa. Tutkimusten tulokset käsitellään opinnäytetyössä siinä muodossa kuin ne alkuperäistutkimuksessa on kirjoitettu, niitä ei ole yliarvioitu mutta joitain ehkä kyseenalaistettu niiden sopivuudella suomalaiseen hoitopolkuun. Arvioinnin kriteerit, uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus, täytyivät jokaisen tutkimuksen kohdalla täysin, jolloin luotettavuuskin täyttyi niiden osalta. Jokainen tutkimus on löydettävissä tarkastelua varten kokotekstinä ja vertaisarvioituna hakuohjelmista opinnäytetyössä esitetyn hakustrategian avulla.

6.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyön aineistoksi valitut alkuperäistutkimukset antoivat paljon edistäviä ja esittäviä tekijöitä muistisairaana asiakaslähtöisen hoitopolun kehittämiseen. Edistäviä tekijöitä tuli määrällisesti enemmän ja niiden avulla asiakaslähtöinen hoitopolku on tulevaisuudessa mahdollista kehittää muistisairaille ja heidän läheisilleen. Muistisairauden negatiivinen stigma on tekijä, joka estää asiakaslähtöisen hoitopolun kehittämistä muistisairaana hyväksi. Stigman muuttaminen positiiviseksi voisi olla hyvä aihe jatkotutkimukselle. Muistisairaus ei saisi leimata ihmistä ja ihmisryhmänä ikääntyneitä. Muistisairaus

on sairaus siinä missä monet muutkin sairaudet. Se vaatii kuitenkin hoidolta ja palveluilta herkkyyttä, ihmistuntemusta, tieto/taitoa ja ymmärtämistä sairauden eri vaiheissa.

Muistisairauden kokonaisvaltainen tutkimus on tätä päivää ja siihen yritetään löytää erilaisia hoitokeinoja, jopa parannuskeinoja. Tärkeimmäksi kuitenkin nousee ennaltaehkäiseminen, johon jokainen ihminen pystyy, kunhan saa siihen oikeanlaista ja oikean aikaista ohjausta ja neuvontaa. Aivoterveyttä en suuremmin kirjallisuuskatsauksessani käsitellyt mutta se liittyy suurelta osin muistisairauksiin ja niiden ennalta ehkäisemiseen. Onkin tärkeää suunnitella muistisairaahan hoitopolku alkamaan aivoterveiden huolehtimisesta. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimusten tuloksena syntynyt Finger-toimintamalli on kehitetty muistisairauksia ennaltaehkäisevää toimintaa varten ja se pitäisi ottaa käytäntöön laajemmin sosiaali- ja terveyspalveluissa (THL 2019).

Asiakaslähtöisen hoitopolun kehittäminen ei pitäisi olla tietyiltä osin kovin monimutkainen työ. Se vaatii pienten asioiden huomioon ottamista, joita ammattilaiset eivät aina ajattele työtään tehdessään. Muistisairaahan ihmisen kunnioittava kohtaaminen, luottamuksen rakentaminen ja hyvät vuorovaikutustaidot takaavat hyvän yhteistyön hoitopolun kaikissa vaiheissa. Muistisairas tulee kohdata ihmisenä ja ottaa mukaan häntä koskevassa hoidon ja palveluiden suunnittelussa. Muistisairaahan oma näkemys on kultaakin arvokkaampi ja sen avulla saadaan kuultua, miten hän kokee, tuntee, näkee ja ymmärtää hoitopolun pysäkit ja niissä annettavat palvelut. (Hallikainen ym. 2019: 114-115)

Tulevaisuudessa hoidon ja palveluiden siirtyminen sähköisiksi palveluiksi tuo haastetta ikääntyneille. Tällä hetkellä on monia ikääntyneitä, jotka eivät osaa, pysty, halua tai ymmärrä käyttää sähköisiä palveluita. Tämä luo haasteen organisaatioille, miten turvata kaikille ihmisille pääsyn sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin. Tulevaisuudessa sähköisten palveluiden käyttäjiä on enemmän, jotka ovat tottuneet niitä käyttämään eivätkä halua muuta käyttäkään. Kehittämisessä pitää kuitenkin ottaa pieniä askelia ja pitää tiettyjä vanhoja käytänteitä voimassa vielä hetken. (Dombrowski ym. 2024.)

Ikääntyneet ovat tämän päivän muutoksista ymmällään, eivätkä sen vuoksi uskalla hakea ajoissa apua, kun eivät ymmärrä mitä pitää tehdä. He tarvitsevat vielä henkilökohtaista ohjausta ja neuvontaa ammattilaiselta. Kun tähän yhtälöön otetaan vielä mukaan muistisairaus, joka heikentää kognitiivisia taitoja, on sekasotku valmis. Onkin tärkeää kehittää muistisairaille oma hoitopolku, joka on suunniteltu heidän tarpeitaan ja kokonaisvaltaista toimintakykyä silmällä pitäen. Hoitopolun suunnittelu ja kehittäminen niin, että se kattaa palvelut alusta loppuun asti on todella tärkeää. On oltava suunnitelma A

ja B, koska tilanteet muuttuvat organisaatioiden ja ihmisten myötä jatkuvasti. On osattava olla askel edellä asioita ja ajateltava syy-seuraussuhteita. Muistisairaus haastaa meitä ammattilaisia jatkuvasti ja tietotaito, mitä tutkijat ovat meille antaneet, on tärkeää ottaa käyttöön ja ymmärtää mitä ja miten muistisairaiden kanssa toimitaan, että he saavat parhaan mahdollisen palvelun ja hoidon, kun he itse ovat eksyksissä ja tietämättömiä tulevaisuudessa tapahtuvista muutoksista elämässään. (Dombrowski ym. 2024.)

Muistisairauden asiakaslähtöisyyttä edistävät ja estävät tekijät on hyvä tiedostaa, ymmärtää ja ottaa käyttöön. Niiden avulla saamme varmasti paremman, selkeämmän ja yksilökohtaisemman hoidon ja palvelun muistisairaalle, jolla on kauaskantoiset seuraukset. Ei tarvita suuria innovaatioita tai keksintöjä kehittämään toimivaa hoitopolkua muistisairaille, pitää vain keskustella heidän kanssaan, ottaa oppia heidän kokemuksistaan ja kehittää palveluita niiden pohjalta paremmiksi ja asiakaslähtöisemmiksi. Muistisairas on kuitenkin ihminen, jolla on tietoisuutta itsestään ja kokemuksistaan vaikka sairaus muuttaa hänen kognitiotaan. Läheisten ottaminen mukaan palveluiden suunnitteluun on tärkeää, koska heidän äänensä tulee saada kuuluviin. He näkevät arjen muistisairauden kanssa paremmin kuin me ammattilaiset, jotka tapaamme asiakkaan ensimmäistä kertaa ja yritämme saada hänen elämästään selvyyttä tunnin aikana. Kehittämistyötä muistisairaiden yhdenmukaisen hoitopolun luomiselle on vielä alussa mutta toivottavasti se ymmärretään tärkeäksi osaksi niin yksilötasolla kuin organisaatiotasolla.

Lähteet

Burt, J., Rick, J., Blakeman, T., Protheroe, J., Roland, M., & Bower, P. 2014. Care plans and care planning in long term conditions: a conceptual model. *Prim Health Care Res Dev.*, 15(4): 342–354., doi:10.1017/S1463423613000327. Viitattu 9.11.2024.

Bökberg, Christina, Ahlström, Gerd, Karlsson, Staffan, Rahm Hallberg, Ingalill & Janlöv, Ann-Christin 2014. Best practice and needs for improvement in the chain of care for persons with dementia in Sweden: a qualitative study based on focus group interviews. *BMC Health Services Research* 2014, 14:596, <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/596>. Viitattu 9.11.2024.

Dementia in Europe Yearbook 2014. National care pathways for people with dementia living at home. https://www.alzheimer-europe.org/sites/default/files/alzheimer_europe_dementia_in_europe_yearbook_2014.pdf . Viitattu 9.11.2024.

Dombrowskia Wen, Mims Adrienne, Kremerf Ian, Cano Desandesg Pedro, Rodrigo-Herrero Silvia, Eppi Fayron, Snowj Teepa, Gutierrezl Myrna, Nastam Anil, Bunce Epperlyn Mikele, Manalotoo Katrina & Chin Hansenp Jennie 2024. Dementia Ideal Care: Ecosystem Map of Best Practices and Care Pathways Enhanced by Technology and Community. *Journal of Alzheimer’s Disease*, 100, 87–117, DOI: 10.3233/JAD-231491. Viitattu 9.11.2024.

Erkinjuntti, Timo, Remes, Anne, Rinne, Juha & Soininen, Hilikka (toim.) 2015. *Muistisairaudet*. Keuruu: Duodecim.

Ganesan, Indeera V. 2022. Creating a Comprehensive and Integrated Pathway to Enhance the Quality of Dementia Care A Qualitative Research Study. Franklin University. https://etd.ohiolink.edu/acprod/odb_etd/ws/send_file/send?accession=frank16589294730401&disposition=inline_ting_a_Comprehensive_and_Integrated_Pathway_to_Enhance_the_Quality_of_Dementia_Care. Viitattu 9.11.2024.

Hallikainen, Merja, Immonen, Annikka, Mönkäre, Riitta & Pihlakari, Pirkko 2019. *Muistisairaahan hoito*. Keuruu: Duodecim.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2013. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Jylhä 2022. Kartoittava katsaus on tiedon tiivistämisen menetelmä. PROSHADE. <https://www.proshade.fi/kartoittava-katsaus-on-tiedon-tiivistamisen-menetelma/blogi/> (luettu 27.10.2024).

Kangasniemi, Mari, Utriainen, Kati, Ahonen, Sanna-Mari, Pietilä, Anna-Maija, Jääskeläinen, Petri & Liikanen, Eeva 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. Hoitotiede 2013, 25 (4), 291-301. <https://journal.fi/hoitotiede/article/view/128286/77409> teneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon - pdf. Viitattu 9.11.2024.

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2018. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro.

Koivunen, Kirsi 2017. Asiakas- tai ihmislähtöisyys – tasavertaisuutta ja vastavuoroisuutta ammattilaisten ja palvelun käyttäjien kanssa. Oulun ammattikorkeakoulun julkaisu 2017-02-27. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-597-141-8> Viitattu tekstiin 17.10.2024.

Kähkönen, Saku 2021. Asiakasymmärryksen opas. Julkaistu 10/2021. [https://www.puheet.com/blogi/asiakasymmarryksen-opas rrys — Miten ymmärrät asiakkaita paremmin?](https://www.puheet.com/blogi/asiakasymmarryksen-opas-rrys---Miten-ymmarrat-asiakkaita-paremmin?) Viitattu 9.11.2024.

Laitinen, Merja & Pohjola, Anneli 2010. Asiakkuus sosiaalityössä. Helsinki: Gaudeamus.

Low, Lee-Fay, Duckworth, Tanya J., King, Lauren, Gresham, Meredith, Phillipson, Lyn, Jeon, Yun-Hee & Brodaty, Henry 2022. Care Planning for Community-Dwelling People with Dementia: A Systematic Scoping Review. Health & Social Care in the Community Volume 2023, Article ID 4674120, <https://doi.org/10.1155/2023/4674120>. Viitattu 9.11.2024.

Niela-Vilen, Hannakaisa & Hamari, Lotta 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa Stolt, Minna & Axelin, Anna & Suhonen, Riitta (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2016. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A73. Turku: Turun yliopisto. 23-34.

Page, Matthew J., McKenzie, Joanne E., Bossuyt, Patrick M., Boutron, Isabelle, Hoffmann, Tammy C., Mulrow, Cynthia D., Shamseer, Larissa, Tetzlaff, Jennifer M., Akl, Elie A., Brennan, Sue E., Chou, Roger, Glanville, Julie, Grimshaw, Jeremy M., Hróbjartsson, Asbjörn, Lalu, Manoj M., Li, Tianjing, Loder, Elizabeth W., Mayo-Wilson, Evan, McDonald, Steve, McGuinness, Luke A., Stewart, Lesley A., Thomas, James, Tricco, Andrea C., Welch, Vivian A., Whiting, Penny & Moher, David 2021. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ. British Medical Journal Publishing Group*, 372, n71. DOI: 10.1136/bmj.n71. Viitattu 9.11.2024.

Pennanen, Marjaana, Pulkkinen, Pia, Uusikoski, Elli, Kulmala, Jenni & Hammar, Teija 2023. Yhdessä muistisairaahan henkilön parhaaksi. Kansallisen muistipalvelupolku -hankkeen loppuraportti. Raportti 13/2023. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus.

Salminen, Ari 2023. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja joihinkin hallintotieteellisiin sovelluksiin. *Vaasan Yliopiston raportteja* 40. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-395-081-8> Viitattu tekstiin 26.10.2024.

Samsi, Kritika & Manthorpe, Jill 2014. Care pathways for dementia: current perspectives. *Clinical Interventions in Aging*, 2014:9 2055–2063. <http://dx.doi.org/10.2147/CIA.S70628>. Viitattu 9.11.2024.

Saragosa, Marianne, Evan MacEachern, Mary Chiu, Sean Weylie, Krista Schneider, Elaine R Maloney, Jordanne Holland, Kerry Kuluski, Ani Orchanian-Cheff & Michelle LA Nelson 2024. Mapping the evidence on dementia care pathways – A scoping review. *BMC Geriatrics*, 24:690, <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05250-4>. Viitattu 9.11.2024.

Schmachtenberg Tim, Monsees, Jessica & Thyrian, Jochen René 2022. Structures for the care of people with dementia: a European comparison. *BMC Health Services Research*, 22:1372, <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08715-7> Viitattu 9.11.2024.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2001. Ikäihmisen hoitoa ja palvelua koskeva laatusuositus 2001. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:1. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Kansallinen muistiohjelma 2012-2020. Tavoitteena muistiystävällinen Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:10. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72532/URN%3aNBN%3afi-fe201504226359.pdf?sequence=1&isAllowed=y_ord - Rap Kansallinen muistiohjelma-4.doc. Viitattu 9.11.2024.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2020. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi 2020–2023. Tavoitteena ikäystävällinen Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriö ja 44 Suomen Kuntaliitto. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:29. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö

Stolt, Minna, Axelin, Anna & Suhonen, Riitta 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun yliopisto 2016. 2. korjattu painos.

Suhonen, Jaana, Rahkonen, Terhi, Juva, Kati, Pitkälä, Kaisu, Voutilainen, Päivi & Erkinjuntti Timo 2011. Muistisairaahan hoitoketju. Duodecim 2011; 127: 1107-16. <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo99577.pdf> 7.pdf. Viitattu 9.11.2024.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019. Finger-elintapaohjelma – toimintamalli kognitiivisen toimintakyvyn tukemiseen. Lääkärilehti 4/2019, VSK 73. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137672/SLL42019-183.pdf?sequence=1&isAllowed=y83.pdf>. Viitattu 14.11.2024.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 2/2023. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta. https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdfinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 14.11.2024.

Vilka, Hanna 2023. Kirjallisuuskatsaus metodina, opinnäytetyö osana ja tekstilajina. E-kirja. Helsinki: Otava.

Virjonen, Kaija 2013. Muistin ongelmat. Toimiva palvelukokonaisuus ehkäisystä hoitoon. Juva: PS-kustannus.

Volpe, Umberto, Amin, Hania, Ayinde, Olatunde O., Burns, Alistair, Chan, Wai Chi, Renaud David, Dejanovic, Slavica Djukic, Djokic, Gorica, Eraslan, Defne, Fischer, Giulia A.L., Gracia-García, Patricia, Hamdani, Syed Usman, Changsu Han, Hussain, Jafri, Kallivayalil, Roy A., Kriekaart, Roderick Leonard. Ee Heok, Kua, Lam, Linda C.W., Lecic-Tosevski, Dusica, Iracema, Leroi, Antonio, Lobo, Adriana Mihai, Fareed Aslam Minhas, Heena Mistry, Afolakemi T. Ogundele, Marcel G.M. Olde Rikkert, Javier Olivera, Claudia Palumbo, Angela Parker, Bojana Pejuskovic, Florian Riese, Philippe Robert, Maya Semrau, Gabriela Stoppe, Sanu Sudhakar, Andreea Raluca Tirintica, Sehrish Tofique, Chris Tsoi, Lucas Wolski, Irem Yalug, Huali Wang, Xin Yu & Norman Sartorius 2019. Pathways to care for people with dementia: An international multicentre study. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2019;1–11., DOI: 10.1002/gps.5223. Viitattu 9.11.2024.

