



MUISTISAIRAUKSIEN ENNALTA- EHKÄISY

Terveydenhuollon ammattilaisten
osaaminen

Katariina Uusi-Erkkilä

Opinnäytetyö
Helmikuu 2015
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

KATARIINA UUSI-ERKKILÄ:
Muistisairauksien ennaltaehkäisy
Terveys­huollon ammattilaisten osaaminen

Opinnäytetyö 38 sivua, joista liitteitä 4 sivua
Helmikuu 2015

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää miten hoitajat ja lääkärit kokivat asiakkaille tehdyn riskitestin tekemisen vastaanottotilanteessa ja kartoittaa heidän osaamistaan aivoterveystestistä sekä muistisairauksien ennaltaehkäisystä. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla terveydenhuollon ammattilaisten osaamista aivoterveystestistä voidaan parantaa. Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää miten lääkärit ja hoitajat arvioivat asiakkaan valmiudet täyttää riskitesti vastaanottotilanteessa, millaiseksi lääkärit ja hoitajat kokevat oman osaamisensa aivoterveystestistä sekä millaiseksi lääkärit ja hoitajat kokevat elämäntapaohjauksen muistisairauksien ennaltaehkäisyssä.

Opinnäytetyö toteutettiin määrällistä tutkimusmenetelmää käyttäen. Pirkanmaan muistiyhdistys ry järjesti riskitestiviikon Pirkanmaan kuntien terveyskeskuksille. Pirkanmaan kuntien ammattihenkilöiltä kerättiin palautetta riskitestiviikosta. Palautteen keräsi Pirkanmaan muistiyhdistys ry. Tätä palautetta käytettiin opinnäytetyön aineistona. Aineisto koottiin Excel-­tauluk­koon, jonka tulosten perusteella vastauksia analysoitiin ja raportoi­tiin. Laadullisten kysymysten vastaukset analysoitiin sisällönanalyysilla.

Opinnäytetyön tuloksissa terveydenhuollon ammattilaisten vähäinen osaaminen aivoterveystestistä korostui. Terveys­huollon ammattilaiset tarvitsevat lisäkoulutusta aivoterveystestistä. Tietoa lisäämällä, saadaan myös asennetta muistisairauksia kohtaan muuttumaan paremmaksi. Tiedon lisäämisellä ja asenteiden muuttumisella muistisairauksien ennaltaehkäisyä voidaan parantaa. Lisäksi tuloksissa korostui merkittävästi ajan puute ja resurssit. Muistisairauksien ennaltaehkäisyyn ei ole riittävästi aikaa eikä resursseja.

Jatkotutkimuksena voisi tehdä tutkimuksen terveydenhuollon ammattilaisten aivoterveystestien osaamisesta ja muistisairauksista kvalitatiivisella eli laadullisella menetelmällä, sillä kyseisellä menetelmällä saisi laajemman kuvan tutkittavasta asiasta. Jatkossa voisi myös selvittää, onko muistisairauksien riskitestin käyttöönotolla ollut vaikutusta muistisairauksien ennaltaehkäisyssä.

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree programme in Nursing and Health Care
Option on Nursing

KATARIINA UUSI-ERKKILÄ:
Prevention of memory diseases
Health Care Professionals competence

Bachelor's thesis 38 pages, appendices 4 pages
February 2015

Purpose of this thesis work was to investigate, how nurses and doctors felt about conducting a risk test on clients at practise and survey their expertise on health of brains and prevention of memory diseases. Object of the thesis was to prodce knowledge with which expertise of healthcare professionals on health of brains may be increased. Tasks included in the thesis were to find out how doctors and nurses estimate ability of the clients to fill out the risk test at practise, how nurses and doctors estimate their own know-how with health of brains and how what they think about usage of lifestyle guidance in the prevention of memory diseases.

The thesis work was conducted using quantitative research method. Pirkanmaan muistiyhdistys ry organized a risk test week at municipal medical clinics in Pirkanmaa region. Information was collected from professionals at the municipalities of the area. Feedback was collected by Pirkanmaan Muistiyhdistys ry. This feedback was used as material for this thesis work. The material was gathered into an Excel-spreadsheet with which the results were analyzed and reported. Answers of quanlitavive questions were analyzed using content analysis.

The results of the thesis highlighted the scarce expertise on health of brains that the healthcare professionals have and additional training is needed. Prevention diseases may be improved by increasing knowledge and changing attitudes. Furthermore, the results showed significant lack of resources and time in prevention of memory diseases.

As a further study, a qualitative study on expertise on memory diseases and health of brains could be conducted as this would give broader view on the matter. It also could be investigated if introduction of memory disease risk test has affected prevention of memory diseases.

Key words: memory disorder, prevention, risk test, competence

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3	MUISTISAIRAUDET SUOMESSA	8
3.1	Muisti ja muistiterveys.....	9
3.2	Alzheimerin tauti	10
3.3	Verisuoniperäiset muistisairaudet	13
3.4	Lewyn kappale- tauti	13
3.5	Pirkanmaan muistiyhdistys ry.....	14
3.6	Muistisairauksien ennaltaehkäisy	14
3.6.1	Muistisairauksien riskitestit	17
3.6.2	Terveystieteiden ammattihenkilön ammatillinen osaaminen	18
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	20
4.1	Aineiston keruumenetelmä	20
4.2	Aineiston analyysimenetelmä	20
5	TULOKSET	22
5.1	Lääkäreiden ja hoitajien arviot asiakkaan valmiuksista täyttää riskitesti vastaanottotilanteessa.....	22
5.2	Lääkäreiden ja hoitajien kokemukset omasta osaamisesta aivoterveystietä	23
5.3	Lääkäreiden ja hoitajien kokemukset elämäntapaohjauksesta muistisairauksien ennaltaehkäisyssä.....	23
6	POHDINTA.....	28
6.1	Tulosten tarkastelu	28
6.2	Tutkimuksen luotettavuus.....	29
6.3	Tutkimuksen eettiset kysymykset	30
6.4	Jatkotutkimusehdotukset.....	31
	LÄHTEET.....	32
	LIITTEET	35
	Liite 1. Riskitestiviikon palautelomake 1(4)	35

1 JOHDANTO

Suomessa sairastuu vuosittain yli 13 000 ihmistä muistisairauteen ja on arvioitu, että sairastuneiden määrä vain kasvaa väestön ikääntyessä. Se on merkittävä haaste niin kansanterveydellisesti kuin –taloudellisestikin. Varhainen diagnoosi, hoito ja kuntoutus parantaa sairastuneiden elämänlaatua, mutta myös hillitsee kokonaiskustannuksia. Nämä aiheet on otettu kansallisessa muistiohjelmassa (2012-2020) huomioon ja muistiohjelman tavoitteena on aivoterveysten edistäminen ja muistioireiden varhainen tunnistaminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 7-9.)

Aivoterveyttä voidaan edistää monin tavoin ja näin ennaltaehkäistä muistisairauksia ja niiden ilmaantuvuutta väestössämme (Härmä, Hänninen & Suhonen 2010, 54). Muistisairauksien ennaltaehkäisyyn voidaan vaikuttaa elämäntavoilla. Terveelliset elämäntavat edistävät aivoterveyttä ja näin suojaavat muistisairauksilta. (Hietanen, Erkinjuntti, Huovinen 2005.) Muistisairauteen sairastuttaisiin harvemmin ja iäkkäämpänä, mikäli kiinnitetään huomiota aivoterveysteen kaikissa elämänvaiheissa lapsuudesta alkaen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 9).

Kansallisen muistiohjelman 2012-2020 mukaan aivoterveysten edistämisen tulee kuulua osana yleiseen terveyden edistämiseen ja näin ollen kaikkiin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Kuntien ja sairaanhoitopiirien tulee huolehtia terveydenhuollon ammattilaisten riittävästä osaamisesta järjestämällä perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksia. Tavoitteena on, että sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset osaavat edistää aivoterveyttä nykyistä paremmin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 9-10.)

Pirkanmaan muistiyhdistys ry:n hanke muistisairauksien ennaltaehkäisyyn ja varhaisen toteamisen edistämiseksi (MEVA) tähtää etenevien muistisairauksien vähentämiseen Pirkanmaan alueella. Sen tavoitteena on luoda pysyvä toimintakäytäntö muistisairauksien ennaltaehkäisemiseen perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon yksiköissä. Riskitestillä on tarkoitus löytää korkean sairastumisriskin omaavia henkilöitä, ja antaa heille tarvittaessa elämäntapaohjausta. (Pirkanmaan muistiyhdistys ry 2014.)

MEVA- hankkeen yhteydessä teetettiin terveydenhuollon ammattihenkilöille osaamiskysely. Tämän opinnäytetyön tarkoitus on analysoida ja raportoida osaamiskyselyn tu-

loksia. Osaamiskyselyn tarkoituksena on selvittää terveydenhuollon ammattihenkilöiden osaamista aivoterveystä ja muistisairauksien ennaltaehkäisystä. (Pirkanmaan muistiyhdistys ry 2014.)

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten hoitajat ja lääkärit kokivat asiakkaille tehdyn muistisairauksien riskitestin tekemisen vastaanottotilanteessa ja kartoittaa heidän osaamistaan aivoterveystestistä sekä muistisairauksien ennaltaehkäisystä.

Opinnäytetyön tehtävät ovat seuraavat:

1. Miten lääkärit ja hoitajat arvioivat asiakkaan valmiudet täyttää riskitesti vastaanottotilanteessa?
2. Millaiseksi lääkärit ja hoitajat kokevat oman osaamisensa aivoterveystestistä?
3. Millaiseksi lääkärit ja hoitajat kokevat elämäntapaohjauksen muistisairauksien ennaltaehkäisyssä?

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla terveydenhuollon ammattilaisten osaamista aivoterveystestistä voidaan parantaa.

3 MUISTISAIRAUDET SUOMESSA

Muistisairauksien määrä kasvaa jatkuvasti, mikä osaltaan johtuu väestön ikärakenteen muutoksesta. Muistisairaudet luokitellaan Suomessa kansantaudiksi. Väestön ikääntyessä, myös muistisairaudet lisääntyvät. Puolet iäkkäistä henkilöistä kokevat jonkinasteisia muistioireita. (Viramo & Sulkava 2010, 28.) Etenevien muistisairauksien määrän lisääntyminen on merkittävä haaste niin kansanterveydellisesti kuin –taloudellisestikin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012)

Tilastollisesti 120 000 suomalaista kärsii jonkinasteisesta kognitiivisen toiminnan heikentymisestä ja 85 000 kärsii vähintään keskivaikean dementian oireista. Vuosittain todetaan noin 13 000 uutta muistisairaustapausta, mutta suuri osa muistisairauksista jää kuitenkin diagnosoimatta. (Käypä hoito -suositus 2010.) On arvioitu, että vuonna 2030 vähintään keskivaikeaa dementiaa sairastavaa on Suomessa 128 000 (Viramo & Sulkava 2010, 23). Väestön ikääntymisestä johtuen dementia on yhä yleisempi vanhusten kuolinsyy ja kuolemansyynä se on kahdenkymmenen vuoden aikana jopa kaksinkertais-
tunut (Tilastokeskus).

Jo työikäisten keskuudessa esiintyy muistisairauksia. Suurin osa työikäisten muistihäiriöistä johtuu kuitenkin jostakin muusta kuin vakavista muistisairauksista. Tällaisia tekijöitä ovat muun muassa psyykkiset tekijät, kuten työuupumus, masennus ja mielenterveyshäiriöt. Myös jotkin lääkkeet, alkoholi sekä muut päihteet heikentävät muistia. Muistisairauksia esiintyy enemmän ikääntyneen väestön keskuudessa, mutta työikäisiä dementiatasoisia muistisairaita henkilöitä arvioidaan olevan Suomessa jopa 7 000-10 000. (Härmä ym. 2010, 113-119.)

Alzheimerin tauti on muistisairauksista yleisin. Toisena tulevat erilaiset vaskulaariset kognitiiviset heikentymät. Lewyn kappale-tauti on Suomessa kolmanneksi yleisin, kun taas otsa-ohimolohko-rapeumien osuutta muistisairauksista ei tarkalleen tiedetä. Pieni osuus muistisairauksista johtuu erilaisista muistioireita aiheuttavista taudeista ja tiloista, mutta niiden osuus on suhteellisen pieni verrattuna aiemmin mainitsemiin. Tällaisia muistisairauksia ovat muun muassa posttraumaattinen dementia sekä alkoholidementia. (Viramo & Sulkava 2010, 28-33.)

Alzheimerin taudin osuus vähintään keskivaikeaa muistisairautta sairastavista on 65-70% (Viramo & Sulkava 2010, 27-28). Muistisairauksista merkittävin osa on eteneviä muistisairauksia. Eteneviin muistisairauksiin ei ole parantavaa hoitoa eikä sairauden kulkua pysäyttävää lääkettä. Eteneviä muistisairauksia on kahdenlaisia; aivojen rappeumasta johtuvat eli degeneratiiviset sekä verisuoniperäiset eli vaskulaariset muistisairaudet. Vaskulaarisessa muistihäiriössä sairaus liittyy erilaisiin verisuonivaurioihin sekä aivoverenkiertohäiriöihin. (Härmä ym. 2010, 110-111.)

Vaskulaarista dementiaa sairastavia henkilöitä Suomessa oli yli 15000 vuonna 2005, luku on noin 15% kaikkien muistisairauksien määrästä. Verenpainetauti, sydämen rytmihäiriöt sekä diabetes ovat vaskulaarisen dementian riskitekijöitä, mutta se on myös osin periytyvää. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 90-91.)

3.1 Muisti ja muistiterveys

Muisti tarkoittaa kykyä tallentaa ja palauttaa mieleen opittuja ja koettuja asioita. Muisti on yläkäsite kaikille eri tiedonkäsittelyn järjestelmille ja vaiheille. (Kalska 2006, 1313.) Muistin sisällön perusteella se voidaan jakaa kolmeen osaan: tapahtumamuisti, tietomuisti ja taitomuisti (Juva 2011). Muisti voidaan myös jakaa kahteen osaan, pitkäkestoiseen ja lyhytkestoiseen muistiin. Pitkäkestoiseen muistiin kuuluvat tapahtumamuisti, tietomuisti ja taitomuisti. Lyhytkestoiseen muistiin taas kuuluu esimerkiksi työmuisti. (Erkinjuntti & Huovinen 2003, 20-22.)

Muistin monen eri osa-alueen ja ajallisen vaiheen vuoksi se on monimutkainen järjestelmä, jonka vuoksi myös muistivaikeudet ovat hyvin erityyppisiä. Normaaliin ikääntymiseen kuuluu muistivaikeuksia. Muistisairaudesta puhutaan silloin kun siitä on merkittävästi haittaa jokapäiväisistä haasteista selviytymiseen. (Juva 2011.)

Muistiterveys perustuu aivojen hyvinvointiin. Aivojen hyvinvointiin voi vaikuttaa terveillä elämäntavoilla jo lapsuudesta lähtien, mutta etenkin keski-ikäen elämäntavoilla on todettu olevan selvä yhteys muistisairauksien todennäköisyyteen. (Härmä ym. 2010, 83.) Ikääntyvässä Suomessa aivojen terveyden vaalimista voidaan pitää kannattavana sijoituksena tulevaisuuteen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012). Ikääntymisen mukana tuomia muutoksia ei pysty estämään täysin, mutta niihin pystyy vaikuttamaan vähentä-

västi ja lieventävästi. Oikeanlaisilla elämäntavoilla voi itse vaikuttaa paljon muistisairausten ilmaantumiseen vaikka sairauden puhkeamista ei olekaan mahdollista kokonaan estää. (Härmä ym. 2010, 76.)

Aivoterveyttä voidaan edistää monin tavoin. Aivojen käyttö pitää aivot vireinä ja täten edistää niiden terveyttä. Aivomme vastaanottavat ärsyksiä ja haasteita päivittäin. Aivojen sopiva kuormittaminen edistää niiden terveyttä, mutta riskinä on myös ylikuormittuminen. Ylikuormittaminen saattaa aiheuttaa esimerkiksi stressiä ja masennusta, jotka osaltaan pitkittyneinä saattavat aiheuttaa muistihäiriöitä ja altistumista muistisairauksille. (Härmä ym. 2010, 54.)

3.2 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti on yleisin muistisairaus. Se alkaa usein lievillä muistihäiriöillä ja edetessään heikentää muistia niin, että jopa muutama minuutti sitten tapahtuneet asiat häviävät muistista. Lisäksi ajan- ja paikantaju häviää, sanat eivät muistu mieleen ja aiemmin normaalitkaan motoriset toiminnot eivät ota onnistuakseen. Vaikka arjessa esiintyy vaikeuksia esimerkiksi tavanomaisessa tekemisessä, kuten pukeutumisessa, saattaa Alzheimerin tautia sairastava kokea itse, että hän pärjää normaaliin tapaan. Sairaudentunto usein häviää. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 86-87.)

Vaikka Alzheimerin tautia on paljon tutkittu ja siitä tiedetään jo paljon, silti taudin syytä ja mekanisme ei vielä täysin tunneta. Alzheimerin tauti voidaan todeta neuropatologisilla tutkimuksilla. Näin Alzheimerin tauti voidaan erottaa muista dementoivista sairauksista ja aivoissa tapahtuvista muutoksista, jotka liittyvät normaaliin vanhenemiseen. (Tienari, Polvikoski & Tanila 2010, 103.)

Ikääntyminen luokitellaan tärkeimmäksi riskitekijäksi. Toisena tunnettuna riskitekijänä tunnetaan ApoE -geenin e4-alleeli. Tämä löytyy kolmasosalla suomalaisista. Erityisesti ApoE:n e4-alleeli vaikuttaa vanhuusiän Alzheimerin taudin syntyyn ja se saattaa jopa kolminkertaistaa Alzheimerin taudin riskin. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 88.) ApoE -geenin e4-alleelin lisäksi on myös muita riskitekijöitä. On todettu, että sydän- ja verisuonitauteihin liittyvät tekijät vaikuttavat Alzheimerin taudin syntyyn. Myös elintavoilla on merkitystä Alzheimerin taudin synnyssä. Masennuksen on todettu lisäävän riskiä

sairastua Alzheimerin tautiin. Alzheimerin taudissa on perinnöllisiäkin muotoja. (Härmä ym. 2010, 124.)

Alzheimerin tauti voidaan jakaa eri asteisiin: varhaiseen, lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan Alzheimerin tautiin. Varhaisen Alzheimerin taudin oireistoon kuuluu muun muassa muistivaikeuksien lisääntyminen, uusien asioiden oppimisen vaikeus, stressioireet ja uupumus. Varhaisen Alzheimerin oireiden ilmaantuessa henkilö saattaa itse hakeutua hoitoon, mutta usein tässä vaiheessa läheinen voi huomata paremmin muuttuneen tilanteen ja kehottaa häntä hakeutumaan hoitoon. Henkilö kuitenkin huomaa usein muistioireet ja pystyy kuvailemaan niitä itse, mutta hän saattaa pitää oireitaan lievempinä ja merkityksettömmimpinä kuin ne todellisuudessa ovat. Näin ollen läheinen saattaa huomata oireet paremmin ja niiden todellisen vaikutuksen elämään. Jo tässä sairauden varhaisessa vaiheessa henkilön työkykyisyys usein vaikeutuu ja vaativimpien tehtävien hoidossa ilmenee vaikeuksia. (Erkinjuntti & Pirttilä 2010, 130.)

Lievän Alzheimerin taudin vaiheessa oireet aiheuttavat päivittäisiä vaikeuksia. Tämä saattaa näkyä muun muassa mieleenpainamisen ja oppimisen vaikeutena. Sovitut asiat saattavat unohtua, ilman muistiapuja on jo hankalaa selviytyä tavallisen arkipäivänkin asioista. Lisäksi henkilöllä ilmenee kognitiivisia ongelmia, keskittymisvaikeuksia ja suunnitelmallisuuden ja omatoimisuuden heikentymistä. Myös käytösoireet, kuten ärtyvyys ja apatia lisääntyvät. Usein henkilö tarvitsee tässä vaiheessa jo muiden ihmisten ohjausta ja valvontaa, jotta hän selviää arjesta. Toiset henkilöt myöntävät tässä vaiheessa muistiongelmansa, mutta toisilla saattaa olla heikentynyt sairautentunne, joka vaikeuttaa hoitoon hakeutumista. Muistioireiselle henkilölle läheisten sanat saattavat olla karua kuultavaa, sillä he eivät koe itse niin vahvoina oireita, joita läheinen kertoo. Lievän Alzheimerin taudin vaiheessa henkilöllä alkaa esiintyä myös fyysisiä oireita. Laihtuminen, motorinen hidastuminen ja osalla myös apraksia ovat tavallisia tässä taudin vaiheessa. (Erkinjuntti & Pirttilä 2010, 130-131.)

Keskivaikean Alzheimerin taudin vaiheessa henkilö ei itse tunne enää vaikeuksia selviytymisessään, sillä sairautentunto on lähes kokonaan hävinnyt. Lähimuisti heikkenee merkittävästi, eikä muistia helpottavat tuetkaan juuri auta, sillä henkilö ei muista enää muistia helpottavia tukiakaan. Puheen tuottaminen ja ymmärtäminen tuottavat vaikeuksia, sillä sanat katoavat mielestä ja monimutkaista puhetta on vaikea ymmärtää. Tässä vaiheessa henkilön orientaatiovaikeudet ovat merkittävästi lisääntyneet. Orientaatio

aikaan ja paikkaan on hyvin vaikeaa. Hahmottamisvaikeudet eli agnosia sekä tahdonalaisten liikkeiden suorittaminen eli apraksia vaikeuttavat arkielämää huomattavasti. Tututkin asiat ja ihmiset näyttävät potilaasta vierailta. Jopa oma koti saattaa näyttää potilaan silmin vieraalta Arkielämän toiminnat, kuten hampaiden harjaus, pukeutuminen ja ruoan valmistaminen vaikeutuvat hyvin paljon, eikä niistä enää suoriudu välttämättä omatoimisesti. Tututkin esineet tuottavat vaikeuksia. Henkilö ei hahmota mitä, esineet ovat ja mitä niillä kuuluisi tehdä. Käyttöoireet lisääntyvät. Tämä saattaa johtua vaikeista kognitiivisista häiriöistä, aivoalueiden vaurioista, jotka säätelevät käyttäytymistä ja emootiota sekä muista lisäsairauksista, sopimattomasta lääkityksestä ja ympäristön muutoksista. Ne aiheuttavat henkilölle sekavuutta. Nykyelämä ja mennyt elämä saattavat sekoittua keskenään. Henkilö saattaa elää menneessä elämässään ja nähdä jopa jo edesmenneitä ihmisiä. Mielen tuottamat sisällöt muuttuvat todeksi hänen elämässä. Harhaluulot lisäävät myös epävarmuutta, masennusta ja pelkoa. Tässä vaiheessa sairautta harhaluulojen esiintyminen lisääntyy. On hyvin yleistä, että jopa 20-50% keskivaikeaa Alzheimerin tautia sairastavaa kärsii harhaluuloista. Keskivaikeaa Alzheimerin tautia sairastava potilas tarvitsee jo päivittäistä apua. Hän ei selviä enää omatoimisesti kuin lyhyitä aikoja. (Erkinjuntti & Pirttilä 2010, 133-134.)

Vaikean vaiheen Alzheimerin tautia lähestyessä kävely- ja tasapaino-ongelmat lisääntyvät. Kasvojen ja raajojen jäähmyyttä esiintyy. Vaikeassa Alzheimerin taudissa oireet vaikeutuvat entisestään. Käyttöoireet lisääntyvät ja lähes kaikki potilaat kärsivät niistä. Apatiaa esiintyy yli 90% potilaista. Masennus saattaa tässä vaiheessa ilmetä ahdistuneisuutena ja levottomana käyttäytymisenä. Kaikissa päivittäisissä toiminnoissa potilas tarvitsee jatkuvaa ohjausta ja apua. Kävely vaikeutuu ja lisää kaatuiluriskiä. Spastisiteettia, vilkastuneita jänneheijasteita ja positiivista Babinskin heijastetta ilmenee joillakin potilaista, mikä saattaa ilmetä esimerkiksi tarrautumisena. Myös säpsähtelyä ja raajojen nytkähtelyä sekä epileptisiä kohtauksia saattaa ilmetä joillakin potilailla. Tässä vaiheessa potilasta ei enää voi jättää lyhyeksikään aikaa yksin. On arvioitu, että valvonnan tarve on sama kuin 2-4-vuotiaalla lapsella. Loppuvaiheen Alzheimerin taudissa potilas ei juuri lainkaan pysty ilmaisemaan mitään, kävelykyky katoaa ja raajat jäykistyvät sekä pidätyskyky häviää. (Erkinjuntti & Pirttilä 2010, 133-134.)

3.3 Verisuoniperäiset muistisairaudet

Verisuoniperäiset eli vaskulaariset muistisairaudet ovat Suomessa toiseksi yleisimpiä eteneviä muistisairauksia. Vaskulaarinen muistihäiriö liittyy aivojen verisuonten vaurioihin ja erityyppisiin aivoverenkiertohäiriöihin, joista aiheutuu vakavia muistin ja tiedonkäsittelyn häiriöitä. Nämä muistisairaudet eivät suoraan ole perinnöllisiä, mutta niiden riskitekijät, kuten diabetes ja verenpainetauti liittyvät perinnölliseen alttiuteen sairastua verisuoniperäiseen muistisairauteen. (Muistiliitto ry 2014.)

Verisuoniperäisessä muistisairaudessa etenemistavat ovat vaihtelevia. Taudin alussa yleistä on kuitenkin sekavuus etenkin öisin, masennus sekä kävelyvaikeudet. Afasiaa, apraksiaa ja agnosiaa todetaan usein kliinisisä tutkimuksissa. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 90.)

3.4 Lewyn kappale- tauti

Lewyn kappale -tauti on etenevä muistisairaus, joka tavallisimmin alkaa 50-80 vuoden iässä ja sen osuus on noin 10-15% kaikista etenevistä muistisairauksista. Sairauden alkuvaiheessa ei välttämättä esiinny merkittäviä häiriöitä muistissa. Muisti heikkenee vähitellen. Lewyn kappale -taudin erotusdiagnosointi on vaikeaa, sillä usein Lewyn kappale-tautiin saattaa liittyä toinen muistisairaus. Muistin heikentyminen etenevästi saattaa viitata myös Alzheimerin tautiin ja Parkinsonismin oireita esiintyy jopa 40 -90 % potilaista. Lewyn kappale -tauti on siis yksi Lewyn kappale -patologiaan liittyvä sairaus. (Rinne 2010, 159-160.)

Lewyn kappale -taudin oireisiin kuuluvat erilaiset kognitiiviset oireet, parkinsonismi sekä psykoottiset oireet. Kognitiiviset oireet ilmenevät usein muistin heikkoudella, hahmotushäiriöillä ja kielellisillä häiriöillä sekä kätevyuden heikkoudella. Näiden lisäksi esiintyy tarkkaavuuden, vireyden ja kognitiivisten toimintojen häiriöitä, mahdollisia näköharjoja sekä hermostoperäisiä tahdottomien liikkeiden ongelmia. Noin 40-90% Lewyn kappale -tautia sairastavista kärsii Parkinsonismin oireista, joita ovat esimerkiksi lihasjäykkyys, kävelyvaikeudet, epänormaalin hitaat tai heikot lihasliikkeet. Harhaluulot sekä hallusinaatiot ovat psykoottisia oireita, joita esiintyy keskimäärin puolella potilasta. REM-unen aikaiset käytösoireet ovat Lewyn kappale -taudin tyypillisiä piirteitä. Pe-

lottavat unet ja niihin liittyvät ääntelyt ja raajojen voimakkaat liikuttamiset kuuluvat REM-unen aikaisiin käytösoireisiin. Muita piirteitä taudinkuvassa ovat toistuvat kaatui-lut ja pyörtyminen sekä selittämättömät tajunnanhäiriökohtaukset. (Rinne 2010, 159-160.)

3.5 Pirkanmaan muistiyhdistys ry

Pirkanmaan muistiyhdistys ry toimii Pirkanmaalla muistisairauksien ennaltaehkäisyyn, varhaisen toteamisen, hoidon ja kuntoutuksen parantamiseksi. Yhdistys on tarkoitettu kaikille muistiasioista kiinnostuneille, erityisesti muistihäiriöisille, muistihäiriöisten omaisille sekä ammattihenkilöstölle. Yhdistyksen toimintatapoihin kuuluu muun muassa muistityön ja osaamisen kehittäminen, vertaistukiryhmät, yleisötilaisuudet ja ammattihenkilöstön kouluttaminen ja hoitotyön kehittäminen. (Pirkanmaan muistiyhdistys ry 2014.)

Pirkanmaan muistiyhdistys ry toteuttaa erilaisia hankkeita vuosittain. Muistisairauksien ennaltaehkäisyyn ja varhaisen toteamisen edistäminen Pirkanmaalla -hanke (MEVA) toteutettiin vuosina 2011-2014. Toimijoina olivat Tampereen ja ympäristökuntien perusterveydenhuollon yksiköt. Hankkeen tavoitteena oli luoda pysyvä toimintakäytäntö perusterveydenhuoltoon ja työterveyshuollon yksiköihin muistisairauksien ennaltaehkäisemiseksi. Tavoitteena oli myös lisätä tietoa muistisairauksista varhaisen toteamisen edistämiseksi. Riskitestillä pyrittiin löytämään korkeaan sairastumisriskiin kuuluvia henkilöitä ja ohjata heitä sen perusteella tarvittaessa elintapamuutoksiin. Ohjausmenetelmänä käytettiin yksilö- ja ryhmäohjausta. (Pirkanmaan muistiyhdistys ry 2014.)

3.6 Muistisairauksien ennaltaehkäisy

Laajojen väestötutkimusten perusteella on tunnistettu monia muistisairauksien vaara- ja suojatekijöitä. On kuitenkin olemassa joitakin Alzheimerin taudin vaaratekijöitä, joihin ei voida vaikuttaa. Näitä ovat muun muassa korkea ikä, lähisuvussa esiintyvä sairaus, ApoE e4-alleelin kantajuus ja harvinaiset geenivirheet. (Suhonen, Alhainen, Eloniemi-Sulkava, Juhela, Juva, Löppönen, Makkonen, Mäkelä, Pirttilä, Pitkälä, Remes, Sulkava, Viramo & Erkinjuntti 2008, 10)

Liikunta kuuluu olennaisena osana terveisiin elintapoihin ja se vaikuttaa osaltaan myös aivoterveuteen. Keski-ikäisellä liikuntaa harrastavalla on todettu olevan vähemmän iän mukana tuomia muistiongelmia kuin vastaavasti liikuntaa harrastamattomilla. (Hietanen, Erkinjuntti, Huovinen 2005, 98.) Kestävyysliikunta, kuten kävely ja hiihto, on aivoille erityisen hyväksi. Kaikenlainen liikkuminen on kuitenkin hyväksi ja pitää aivo- ja sydänterveyttä yllä. On todettu, että keski-ikäisen kävelyharrastus voi pienentää merkittävästi riskiä sairastua muistisairauteen jopa puolella. Liikunnan aloittaminen lapsuudesta alkaen pitää aivoterveyttä yllä, mutta myös iäkkäänä aloitettu liikunta edistää terveyttä ja toimintakykyä. Aktiivinen ja kuormittavaa liikuntaa harrastava saa eniten terveyshyötyjä, mutta jo liikunnan vähäisenkin lisääminen edistää aivoterveyttä. (Liiku muistisi hyväksi –kaiken ikää! 2013, 22-23.)

Terveellinen ruokavalio on aivoterveiden olennainen osa. Terveellisellä ruokavaliolla pystyy vaikuttamaan veren kolesteroliarvoihin ja verenpaineeseen, joiden on todettu olevan muistiongelmien riskitekijöitä. Runsaan tyydyttyneen rasvan käytön on huomattu olevan altistava tekijä muistisairauksille. (Hietanen ym. 2005, 92-96.) Riittävä kalan ja kalarasvojen saanti pienentää riskiä sairastua aivohalvaukseen ja dementiaan. On todettu, että vähintään kerran viikossa kala-aterian syövien riski sairastua Alzheimerin tautiin, on jopa 60% pienempi kuin vastaavasti niiden, jotka eivät syö kalaa. On myös todettu, että kalan syönti ja kalarasvojen saanti vaikuttaa depression ilmenemiseen, mikä on osaltaan riskitekijä muistisairauksille. Antioksidantit, joita saadaan esimerkiksi kasviksista ja hedelmistä, suojaavat myöhäsiällä ilmenevältä Alzheimerin taudilta. Runsas C-vitamiinin saanti vaikuttaa ehkäisevästi Vaskulaarisen dementian ilmenemiseen ja runsas C- ja E-vitamiinin saanti pienentää Alzheimerin taudin esiintyvyyttä. (Alhainen 2013.) Myös sokeriaineenvaihdunnan häiriöt ovat riskitekijöitä muistihäiriöiden syntymiselle (Hietanen ym. 2005, 92-96).

Keskivaratalolihavuus on haitallista ja myös riskitekijä muistihäiriöille. Ylipainon, korkean kolesterolin ja kohonneen verenpaineen on todettu olevan riskitekijöitä myöhäsiällä ilmenevälle muistisairaudelle. (Muistiliitto ry 2014; Alhainen 2013.) On kuitenkin todettu, että systolisen verenpaineen hoito vielä varhaisessa vanhuudessa vähentää riskiä sairastua dementiaan (Suhonen ym. 2008, 10). Yksi riskitekijä saattaa jopa tuplata riskin sairastua. Mikäli henkilöllä on kaikki nämä kolme riskitekijää, saattaa se

jopa kuusinkertaistaa todennäköisyyden sairastua muistisairauteen. (Muistiliitto ry 2014.)

Päihteet vaikuttavat aivoterveysteen heikentävästi. Alkoholilla, erilaisilla huumausaineilla ja päihtymistarkoituksessa käytetyillä lääkkeillä on haitallinen vaikutus keskushermostoon pidempiaikaisessa käytössä, mutta myös yksittäisistä kokeiluista aiheutuu ohimeneviä seurauksia. Runsas alkoholinkäyttö altistaa muistihäiriöille. (Hietanen ym. 2005, 108-111.) Vähäisen alkoholin nauttimisen on taas todettu suojaavan dementiaalta. Sillä on kuitenkin merkitystä, missä muodossa alkoholi nautitaan. Punaviinillä on todettu olevan Alzheimerin taudilta suojaava vaikutus, mikä johtuu sen sisältämistä flavonoideista. (Alhainen 2013.)

Unen merkitys aivoille on suuri. Riittävästä unensaannista ja hyvästä unenlaadusta on tärkeä pitää huolta. Unen aikana aivojen energiavarastot täydentyvät ja etenkin REM-uni on aivojen kannalta merkittävää. Muisti ja oppiminen liittyvät olennaisesti REM-uneen. (Erkinjuntti, Hietanen, Kivipelto, Strandberg, & Huovinen 2009, 184-188.)

Sydämen terveydestä huolehtiminen on perusta myös aivoterveysteen huolehtimiseen. Korkea verenpaine, korkea kolesteroli, metabolinen oireyhtymä ja sokeriaineenvaihdunnan häiriöt ovat riskitekijöitä myös muistisairauksille. (Salonen 2010, 18-19.) Terveelliset elämäntavat suojaavat muistisairauksien riskitekijöiltä, mutta elintaparemontit myöhemminkin saattavat siirtää sairastumisen ilmaantumista. Geneettiseen taustaan ei voi vaikuttaa, mutta elintavoilla voidaan siirtää niiden mahdollisesti mukanaan tuomia lisäsairauksia. (Erkinjuntti ym. 2009, 220.)

Mitä varhaisemmassa vaiheessa muistin ongelmiin puututaan, sen paremmin niihin pystytään vaikuttamaan ehkäisevästi ja hoitavasti (Hietanen ym. 2005, 134). Kansallisen muistiohjelman (2012-2020) tavoitteena on, että muistioireet tunnistetaan ajoissa, tarvittaviin tutkimuksiin ohjataan, diagnosoidaan ja tarvittaessa aloitetaan asianmukainen lääkitys ja hoito varhain. Varhaisella puuttumisella pystytään parantamaan sairastuneiden toimintakykyä ja elämänlaatua sekä näin säästetään myös terveydenhuollon kustannuksissa.

FINGER- tutkimus on muistitoimintojen heikentymisen ehkäisy tutkimus, jolla selvitetään pystytäänkö monipuolisella elintapaohjelmalla ehkäisemään muisti- ja ajattelutoi-

mintojen heikkenemistä ja millainen vaikutus elintapainterventiolla on muun muassa terveystalouden tarpeeseen ja sydän- ja verisuonitautien riskitekijöihin. FINGER - tutkimuksen mukaan elintapaohjausta tarjoamalla, huomion kiinnittämisellä terveellisiin elintapoihin, muistiharjoitteluun sekä sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöiden hallintaan, on mahdollista pienentää muistihäiriöiden riskiä. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2014.) Muistibarometrin (2010) mukaan aivoterveystien edistämistä ei oteta tarpeeksi huomioon, kun suunnitellaan muistisairaiden palveluja. Muistibarometrin vastauksissa korostui ennaltaehkäisy tulevaisuuden haasteena, joten siihen tulisi panostaa enemmän tulevaisuudessa. Vaikka kunnat ovat lisänneet resursseja lisäämällä muistipoliklinikoita ja muistihoitajien toimia, tarvitaan jatkossa lisää resursseja. Muistisairaiden määrä kasvaa ja ennaltaehkäisyn toteuttamista tulisi tästäkin syystä parantaa. (Granö, Tamminen, Eronen, Londe'n, Siltaniemi 2010.)

3.6.1 Muistisairauksien riskitestit

Muistitoimintojen ja kognitiivisten toimintojen kartoittamisessa on käytössä erilaisia seulontatestejä. MMSE -testi ja CERAD -tehtäväsarjat ovat yleisesti käytössä olevat seulontatestit. (Erkinjuntti & Huovinen 2003, 105-108.) MMSE- testiä voidaan käyttää muistihäiriöiden seulonnassa sekä kognitiivisen toimintakyvyn muutoksen arvioinnissa. MMSE -testissä maksimipistemäärä on 30. Mikäli testistä saatava pistemäärä on 24 tai alempi, luokitellaan se yleensä poikkeavaksi älylliseksi toimintakyvyksi. Testillä saa karkean arvion tilanteesta, mutta sellaisenaan se ei ole riittävä seulonta diagnoosin tekemiseksi, sillä jotkin tekijät saattavat muuttaa testistä saatavia pistemääriä ja ohjaavat näin tulosta väärin. Akuutti sekavuus sekä puhehäiriöt ovat esimerkkejä tekijöistä, jotka saattavat huonontaa testitulosta. Älyllinen harjaantuneisuus taas saattaa parantaa testitulosta, vaikka taustalla olisikin selvä älyllinen toimintakyvyn muutos. Myös koulutustausta voi vaikuttaa testitulokseen, korkeammin koulutetut pärjäävät usein testissä paremmin. (MMSE -testilomake, 2007.) MMSE- testin tulokseen vaikuttaa myös testaustilanne ja - ympäristö. MMSE- testillä ei yksinään pystytä arvioimaan luotettavasti selviytymistä, jonka vuoksi sen rinnalle on suositeltavaa ottaa käyttöön CERAD- tehtäväsarja. (Hänninen, Pulliainen, Sotaniemi, Hokkanen, Salo, Hietanen, Pirttilä, Pöyhönen, Juva, Remes, & Erkinjuntti 2010.)

CERAD- tehtäväsarjaa käytetään seulomaan lievistä kognitiivisista heikkenemisistä kärsivät potilaat. Tehtäväsarjalla testataan muun muassa kielellistä sujuvuutta, nimeämistä, sanaluettelon oppimista, mieleen palauttamista välittömästi ja viivästetysti sekä toiminnan sujuvuutta. CERAD- tehtäväsarjan avulla saadaan selville, onko tarkemmat tutkimukset tarpeen tai onko aihetta järjestää seurantatutkimuksia. CERAD- testi on kehitetty erityisesti Alzheimerin taudin varhaiseen toteamiseen, mutta sen avulla tulevat esiin myös muut muistisairaudet. (Erkinjuntti & Huovinen 2003, 108-111.) CERAD- tehtäväsarjalla saadaan monipuolisempi ja luotettavampi kuva älyllisestä toimintakyvystä MMSE- testiin verrattuna. CERAD- tehtäväsarja on suunnattu 63-80 –vuotiaalle. Tehtäväsarjaa voi käyttää myös nuoremmille, mutta tuloksien tulkinnassa on oltava varovaisempi. MMSE- testin tapaan korkea koulutus tai vaativissa tehtävissä työskentely saattavat vaikuttaa myös virheellisesti CERAD –tuloksiin. Koulutuksen lisääntyessä uusilla ikäluokilla, olisikin CERAD –tehtäväsarjaa tarkennettava ja muokattava niin, että se vastaisi eri ikäisten ja eri määrän koulutusta saaneiden tasoa vastaavaksi. (Hänninen ym. 2010.)

Muistisairauksien riskitestillä voidaan arvioida kokonaisriskiä muistisairauteen sairastumiseen seuraavan 20 vuoden aikana. Muistisairauden todennäköisyys lasketaan riskitekijäprofiilin perusteella. Riskitestin maksimipisteet on 15 ja tällöin myöhäisiän muistisairauden todennäköisyys on selvästi lisääntynyt ja muistisairauden riski on 16,4%. Testin ovat kehittäneet Kivipelto, Ngandu, Laatikainen, Winblad, Soininen ja Tuomi-lehto ja se pohjautuu väestöpohjaiseen Kardiovaskulaariset riskitekijät, ikääntyminen ja dementia –tutkimukseen. (Pirkanmaan muistiyhdistys ry 2014)

3.6.2 Terveydenhuollon ammattihenkilön ammatillinen osaaminen

Lain 28.6.1994/559 mukaan terveydenhuollon ammattihenkilö on henkilö, jolla on lain (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä) perusteella ammatinharjoittamisoikeus tai ammatinharjoittamislupa sekä oikeus käyttää valtioneuvoston asetuksella säädettyä ammattinimikettä. Ammattihenkilön tulee toimia ammattitoiminnassaan yleisesti hyväksytyjen toimintatapojen ja koulutuksensa mukaan, sekä pyrittävä täydentämään osaamistaan jatkuvasti. Terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja kärsimysten lievittäminen ovat päämääriä ammatilliselle toiminnalle.

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden tiedot, taidot ja asenteet vaikuttavat muistisairaiden hoidon laatuun. Laadun turvaamisen vuoksi erityisen tärkeää on panostaa työntekijöiden perus- ja täydennyskoulutukseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.) Kansallisen muistiohjelman 2012-2020 tavoitteena on, että terveydenhuollon ammattihenkilöillä on riittävä osaaminen muistisairaahan ihmisen hoidosta ja palveluista. Ammattihenkilöstöllä tulisi olla tietoa ja taitoa edistää aivoterveyttä, tunnistaa muistioireet ja ohjata tarvittaviin tutkimuksiin. Koulutusviranomaisten ja organisaatioiden tulisivat panostaa perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksiin, jotta tämä tavoite toteutuisi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013.)

Travers, Martin-Khan ja Lien (2009) mukaan terveyden edistäminen, ennaltaehkäisy ja varhainen puuttuminen kuuluvat päivittäiseen hoitotyöhön, mutta ajan vähäisyys, puuttuvat resurssit sekä tiedon puute sopivasta tuesta puuttuvat. Terveyden edistämisen, ennaltaehkäisyn ja varhaisen puuttuminen pitäisi olla mukana kansanterveysohjelmissa, joilla pyritään kroonisten sairauksien ja valtimosairauksien vähentämiseen. Järvinen ja Vettenterä (2014) raportoivat tutkimuksessaan muistisairauksiin liittyvästä ammatillisesta osaamisesta. Tulosten perusteella 50% terveydenhuollon ammattihenkilöistä koki muistisairauksiin liittyvän yleistiedon olevan tyydyttävällä tasolla, mutta ennaltaehkäisyn osuus osaamisesta arvioitiin keskimääräisesti hyväksi. Aikaresurssi on haaste ohjaamisessa, tätä mieltä oli 27% vastaajista. Vastaajista 53% toivoi myös koulutusta muistisairauksiin, niiden hoitoon ja hoitoketjuun.

Muistisairauksista ja niiden oireista tiedetään vähän työterveyshuollossa (Hussi 2010) Lisäksi työterveyshuollossa koetaan ongelmaksi se, ettei yhtenäisiä käytäntöjä niiden tutkimiseen ja hoitoon ole. Hussin (2010) mukaan myös koulutuksessa on puutteita. Työterveyshoitajilla ei ole tarpeeksi tietoa ja osaamista muistiongelmiin liittyen, muistisairaudet eivät ole työterveyshoitajien kohdalla välttämättä edes kuuluneet koulutukseen. Työterveyshuollon ammattihenkilöt tarvitsevat lisää koulutusta muistisairauksista ja niiden hoidosta sekä hoitoon ohjaamisesta. Jotta elintavat ja niihin liittyvät riskitekijät uskalletaan ottaa puheeksi, tulisi terveydenhuollon ammattihenkilöillä olla valmiudet motivoivaan haastatteluun ja asiantuntemusta potilasohjauksesta (Turku 2007). Pessin (2011, 57,68) mukaan muistisairauksien ennaltaehkäisyyn ei ole vielä panostettu riittävästi ja muun muassa muistipotilaita kohtaavien sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten koulutukseen tulisi erityisesti kiinnittää huomiota.

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Aineiston keruumenetelmä

Määrällisessä eli kvantitatiivisessa tutkimustavassa tietoa tarkastellaan numeerisesti. Määrällisellä tutkimustavalla haetaan vastauksia kysymyksiin kuinka moni, kuinka paljon ja kuinka usein. Tulokset esitetään numeerisesti ja tulokset tulkitaan ja selitetään sanallisesti. Tulosten esittäjä kuvaa kuinka eri asiat liittyvät toisiinsa tai kuinka ne eroavat toisistaan. (Vilka 2007, 14.) Määrällisen tutkimuksen tarkoitus on joko selittää, kuvata, kartoittaa, vertailla tai ennustaa ihmistä koskevia asioita ja ominaisuuksia tai luontoa koskevia ilmiöitä (Vilka 2007, 19).

Määrällisen tutkimuksen tutkimustavan keräämisen tapoja ovat muun muassa kyselyt, haastattelut ja systemaattiset havainnoinnit. (Vilka 2007, 27.) Opinnäytetyöni aineisto on kerätty puolistrukturoidulla kyselylomakkeella Pirkanmaan kuntien terveydenhuollon ammattihenkilöiltä. Pirkanmaan muistiyhdistys järjesti vuonna 2012 riskitestiviikon, joka toteutettiin seitsemässä Pirkanmaan kunnan terveyskeskuksessa. Riskitestiviikon pohjalta kerättiin palautetta lääkäreiltä ja hoitajilta siitä, millaista heidän osaamisensa on aivoterveystestien heidän omasta mielestään ja millaiseksi he mielsivät riskitestiviikon. Kysely (liite 1) lähetettiin terveyskeskuksiin sähköisesti ja niihin vastattiin sähköisesti. Kyselyn teki ja toteutti Pirkanmaan Muistiyhdistys. Palautteita palautui Muistiyhdistykselle 34 kpl, joista yksi hylättiin puutteellisen täyttämisen vuoksi (n=33).

4.2 Aineiston analyysimenetelmä

Tutkimusaineiston kerääminen, käsittely sekä analysointi ja tulkinta ovat määrällisen tutkimuksen eri vaiheita. Kun aineisto on kerätty, aloitetaan aineiston käsittely, joka tarkoittaa aineiston tarkistusta ja tietojen keräämistä numeraaliseen muotoon. Apuna käytetään joko taulukko- tai tilasto- ohjelmia. Aineisto tarkastetaan ja arvioidaan puuttuvat tiedot ja virheet ja arvioidaan tutkimuksen kato. Analyysitapa valitaan tutkimuksen tarkoituksen mukaan. Tutkitaanko yhtä muuttujaa vai kahden tai useamman muuttujan välistä riippuvuutta tai vaikutusta toisiinsa. (Vilka 2007, 106-120.)

Tässä opinnäytetyössä tutkimuksen aineisto koottiin Excel- taulukkoon. Kyselylomakkeelta valittiin vain tutkimusaihetta koskevat ja oleelliset kysymykset. Excelin avulla aineistosta saatiin prosenttijakaumat, joiden perusteella vastauksia pystyttiin tulkitsemaan. Tietojen kokoamisen jälkeen aineistosta muodostettiin pylväsdiagrammit Excel -ohjelmassa. Laadullisia vastauksia tuli kyselyn pohjalta niukasti, joten ne jaoteltiin kysymysten mukaisesti ja ne analysoitiin sisällönerittelyllä. Sisällönerittelyllä pyritään kuvaamaan tekstin sisältöä määrällisesti (Tuomi & Sarajärvi 2009, 106).

5 TULOKSET

Osaamiskyselyyn vastanneet olivat Pirkanmaan kuntien terveyskeskusten terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Tutkimuksen otos oli sattumanvarainen. Vastauksia tuli yhteensä 33 kappaletta. Vastaajista 17 kappaletta oli hoitajia ja 16 lääkäreitä.

5.1 Lääkäreiden ja hoitajien arviot asiakkaan valmiuksista täyttää riskitesti vastaanottotilanteessa

Noin 18 % hoitajista koki, että asiakkaalla oli vaikeuksia täyttää riskitestilomake, kun taas lääkäreistä näin koki 6 %. Prosentuaalisesti suurin osa hoitajista oli sitä mieltä, että asiakkaalla ei ollut vaikeuksia lomakkeen täytössä. Lääkäreistä samaa mieltä oli noin 21%. Loput vastaajista ei osannut sanoa oliko asiakkailla tässä asiassa vaikeuksia. (Kuvio1)



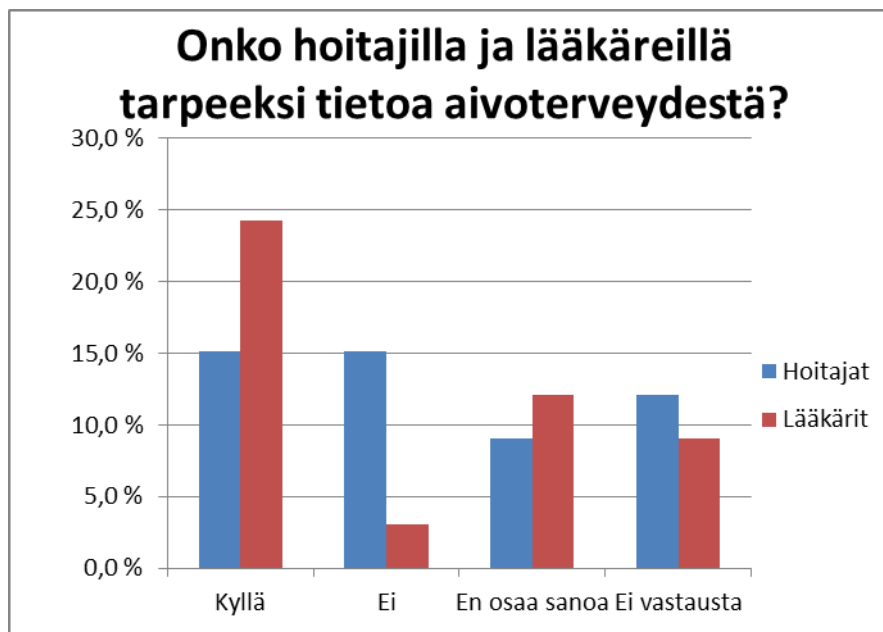
KUVIO 1. Riskitestilomakkeen täyttöön liittyvät vaikeudet

Lomakkeiden täytön vaikeutta perusteltiin muun muassa näin:

”Jotkut eivät vain halunneet jostain syystä täyttää sitä. 2 asiakasta kieltäytyi.”

5.2 Lääkäreiden ja hoitajien kokemukset omasta osaamisesta aivoterveystä

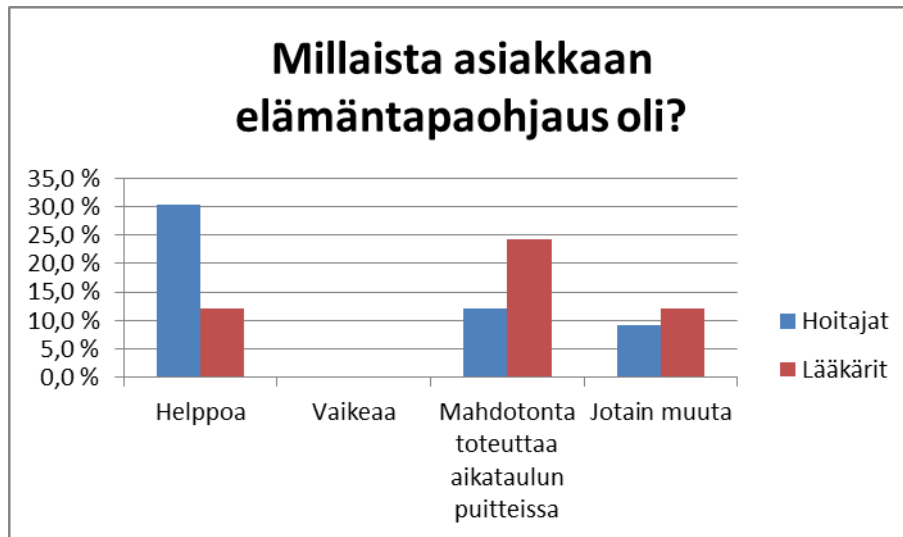
Lääkärit kokivat aivoterveysten osaamisensa parempana kuin hoitajat. Lääkäreistä 24% koki, että tietoa aivoterveystä on tarpeeksi ja näin koki myös 15% hoitajista. Vain 3% lääkäreistä koki, ettei tietoa ole tarpeeksi, kun taas 15% hoitajista ei koe tietävänsä tarpeeksi aivoterveystä. Lääkäreistä 12% ja hoitajista 9% ei osannut sanoa onko tietoa tarpeeksi. Loput vastaajista ei vastannut kysymykseen lainkaan, yhteensä 21% jätti kysymykseen vastaamatta. (Kuvio 2)



KUVIO 2. Hoitajien ja lääkäreiden tieto aivoterveystä

5.3 Lääkäreiden ja hoitajien kokemukset elämäntapaohjauksesta muistisairauksien ennaltaehkäisyssä

Yhdenkään vastaajan mielestä asiakkaan elämäntapaohjaus asiakkaalle ei ollut vaikeaa. Noin 30 % hoitajista ja 12 % lääkäreistä kokivat elämäntapaohjauksen helpoksi. 24 % lääkäreistä koki aikataulun olevan esteenä elämäntapaohjaukselle, hoitajista noin 12 % oli samaa mieltä. Loput vastaajista olivat jotakin muuta mieltä, mutta eivät kuitenkaan perustelleet vastaustaan tai eivät ottaneet kantaa asiaan. (Kuvio 3)



KUVIO 3. Asiakkaan elämäntapaohjaus

Elämäntapaohjausta ja siihen liittyviä vaikeuksia kuvailtiin muun muassa näin:

”Aikataulussani ei nykyisellään ole yhtään mahdollisuutta täyttää mitään ylimääräistä tai kysyä potilaalta yhtään mitään ylimääräistä asiaa. Heillä on asiaa kysymättäkin riittävästi ja yleensä aikataulu ei riitä.”

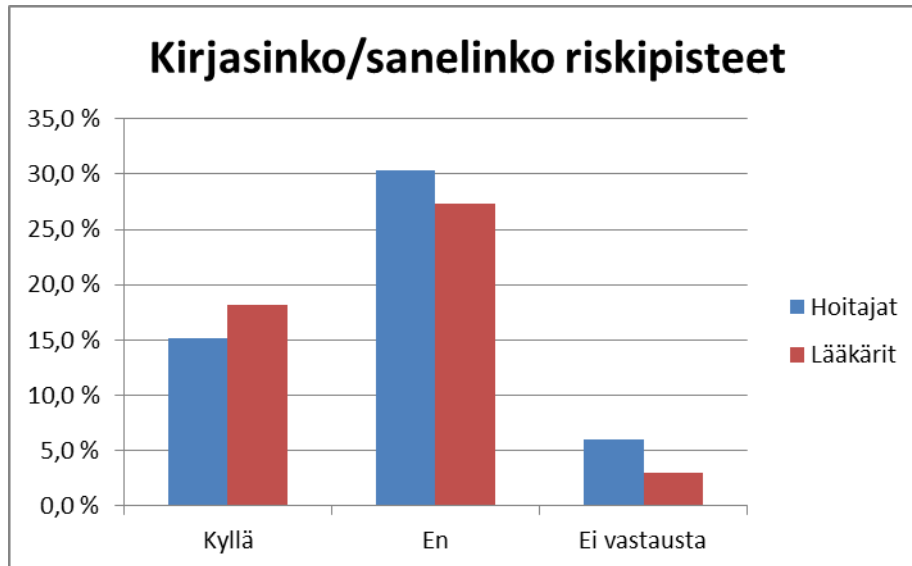
”Voi kun sitä vo-aikaa riittäisi...”

Suurin osa hoitajista ja lääkäreistä oli sitä mieltä, että asiasta tiedotettiin tarpeeksi. Hoitajista 46% ja lääkäreistä 39% koki, että riskitestiviikosta tiedotettiin tarpeeksi. Vain 6% hoitajista ja 9% lääkäreistä oli toista mieltä, että riskitestiviikosta ei tiedotettu tarpeeksi. (Kuvio 4)



KUVIO 4. Riskitestiviikosta tiedottaminen

Isoin osa vastaajista ei hyödyntänyt riskipisteitä kirjattaessaan potilastietoja. Vain 15 % hoitajista ja 18 % lääkäreistä kirjasivat riskipisteet potilastietoihin. Hoitajista 30 % ja 27% lääkäreistä eivät kirjanneet riskipisteitä lainkaan. (Kuvio 5)



KUVIO 5. Riskipisteiden kirjaus/sanelu

Suurin osa hoitajista oli kiinnostuneita käyttämään muistisairauksien riskitestiä jatkossakin. Samaa mieltä lääkäreistä oli vain pieni osa. Lääkäreistä 21 % ei aio käyttää riskitestiä jatkossa, loput vastaajista eivät osanneet sanoa tai eivät vastanneet kysymykseen lainkaan. (Kuvio 6)



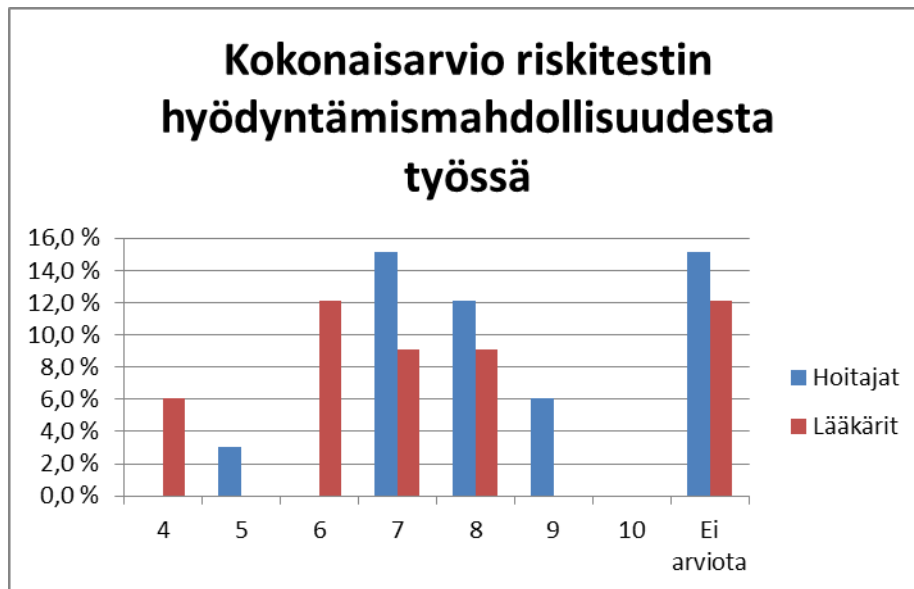
KUVIO 6. Muistisairauksien riskitestin käyttö jatkossa

Riskitestien käytön vaikeutta jatkossa perusteltiin muun muassa näin:

”Lääkärin aikataulu on niin kiireinen, että pitää keskittyä vain niihin oireisiin, joiden takia potilas on tilannut ajan. Pitäisi muistisairauksien riskitestin lisäksi tehdä Audit, diabetestesti, Score, ajokyvyn arviointi, ampuma-ase arviointi jne.”

”En käytä testiä, jos asiakas ei muistiasiaa ota puheeksi, lääkärilähtöisesti ei vastaanotolla ehdi ottamaan asioita esiin, jos ei ole aivan pakko.”

Suurin osa hoitajista ja lääkäreistä koki riskitestin hyödyntämismahdollisuuden jatkossa melko hyvänä ja suurin osa vastauksista sijoittui numeron 6 ja 9 välille. Yhtäkään täyden 10 arvon vastausta ei tullut. Iso osa vastaajista ei vastannut tähän lainkaan. (Kuvio 7)



KUVIO 7. Riskitestin hyödyntämismahdollisuus työssä

Riskitestin hyödyntämismahdollisuutta perusteltiin muun muassa näin:

”Hyödyllistä asiakkaalle. Työntekijältä kyllä vie aikaa vastaanotolla muun toiminnan ohessa, kun käy testin molemmat sivut. Kun asiakas täyttää kaavakkeen, tulee vastauksia kommentoida ja tarvittaessa ohjata. Jos vain olisi sitä aikaa... Muuten hyvä testi, jonka avulla helppo kysellä eri asioita.”

”Aikataulun puitteissa vain lyhyt interventio annettiin, enemmän jäi asiakkaan oman aktiivisuuden varaan lukea materiaalista lisää.”

”Todella hyvä puheeksiotto väline, selvästi herätti miettimään. Henkilökuntavajeen vuoksi oli vaikeaa tarpeeksi paneutua asiaan täysipainoisesti.”

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella terveydenhuollon ammattihenkilöillä ei ole tarpeeksi tietoa aivoterveystiedosta. Lääkärit kokivat tietonsa parempana kuin hoitajat. Nämä tulokset ovat samansuuntaisia kuin Järvisen & Vettenterän (2014) tutkimuksessa, jossa noin kolmasosa terveydenhuollon ammattihenkilöistä kokee omaavansa riittämättömää tietoa aivoterveystiedosta. Järvisen ja Vettenterän tutkimuksesta käy myös ilmi, että terveydenhuollon ammattihenkilöt kaipaavat lisäkoulutusta muistisairauksiin liittyen. Remes, Turunen & Ala-Mursulan (2012) tutkimuksessa työikäisten muistipulmista käy ilmi, että muistisairauksien yleistymiseen on vasta nyt havahduttu ja parhaillaan ollaan laatimassa käytäntöjä muistisairauksien selvittämiseksi sekä materiaalia tukemaan henkilöstön osaamista. Kansallisen muistiohjelman 2012-2020 tavoitteena onkin, että terveydenhuollon ammattilaiset osaavat edistää nykyistä paremmin asiakkaiden aivoterveystietoa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012).

Kyselyyn vastanneista kukaan ei kokenut elämäntapaohjausta vaikeaksi. Riittämätön tieto aivoterveystiedosta voi kuitenkin olla este laadukkaalle elämäntapaohjaukselle. Elämäntapatekijöitä ja niiden muuttamista ei välttämättä silloin osata yhdistää muistisairauksien ennaltaehkäisyyn. Aivoterveystieteen osaamisen lisäksi terveydenhuollon ammattihenkilöillä tulisi olla valmiudet toteuttaa motivoivaa haastattelua. Näin uskallus ottaa puheeksi elintapoihin liittyviä riskitekijöitä kasvaisi. (Turku 2007.) Ohjauksen onnistumisesta edistää ammattilaisen selvä ja vuorovaikutteinen ohjaustyyli sekä rauhallinen ohjaustilanne (Ronkainen 2011). Yksistään terveydenhuollon ammattihenkilöiden osaaminen ei vaikuta elämäntapaohjauksen toteutumiseen, sillä asiakkaan oma motivaatio ja kyky vastaanottaa ohjausta ovat myös suuressa roolissa ohjauksen toteutumiselle (Turku 2007).

Osa osaamiskyselyyn vastanneista perusteli asiakkaan vaikeuksia riskitestilomakkeen täyttämisenä sillä, että asiakkaan oli vaikea täyttää muun muassa BMI -arvoaan. Myös asiakkaan motivaatio riskitestilomakkeen täyttämiseen kävi perusteluista ilmi. Asiakkaat ehkä kokivat, ettei heidän ole aiheellista tehdä riskitestiä. Potilaat ja heidän omaisensa jättivät lomakkeita täyttämättä, koska eivät kokeneet kysymyksiä asianmukaisiksi

tilanteessaan. Näin ollen terveydenhuollon ammattihenkilöiden on myös vaikea toteuttaa elämäntapaohjausta. Ajan puute on estävä tekijä elämäntapaohjaukselle. Jatkuva kiire ja lyhyet vastaanottoajat tekevät elämäntapaohjauksen haasteelliseksi terveydenhuollossa. (Remes, Turunen & Ala-Mursula 2012.) Osaamiskyselyyn vastanneet kokivat myös ajan puutteen olevan este elämäntapaohjaukselle.

Suurin osa kyselyyn vastanneista koki saaneensa tarpeeksi tietoa riskitestiviikosta. Se helpotti hoitajien ja lääkäreiden ennakoimista ja asennoitumista riskitestien teettämiseen. Vaikka aivoterveystietäminen kuuluu kaikille sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille, vähätellään sen merkitystä edelleen terveydenhuollossa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012). Osaamiskyselyn perusteella riskitestiviikosta tiedotettiin vastaajien mielestä tarpeeksi, mutta silti riskitestiä ei hyödynnetty työssä. Iso osa osaamiskyselyyn vastanneista eivät kirjanneet riskipisteitä potilastietoihin. Riskitestin pisteiden kirjaamista ei ehkä koettu merkittävänä asiana, jonka vuoksi pisteitä ei kirjattu. Riskitesti on vielä monelle terveydenhuollon ammattilaiselle uusi menetelmä, jonka vuoksi testistä saatavia tuloksia ei vielä osata hyödyntää työssä. Mikäli asiakkaalla ei todeta testin perusteella kohonnutta riskiä sairastua muistisairauteen, voidaan helposti pisteiden kirjaamista pitää merkityksettömänä. Riskitestipisteiden kirjaaminen saatetaan kokea hankalana myös sen vuoksi, että sähköiset tietojärjestelmät eivät välttämättä tue testien seuranta ja näin ollen testien tulokset hukkuvat potilastietoihin. Hoitajat olivat lääkäreitä myöntyväisempiä käyttämään riskitestiä myös jatkossa. Perusteluina työssä hyödyntämisen mahdottomuudella pidettiin myös ajan puutetta. Hoitajat ja lääkärit kokivat, että käyttäisivät riskitestiä varmasti enemmän, mikäli siihen olisi aikaa. Kokonaisarvio riskitestin hyödyntämismahdollisuudesta arvioitiin kuitenkin melko hyväksi.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Määrällisen eli kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta tarkastellessa, käytetään käsitteitä validiteetti ja reliabiliteetti. Näistä muodostuu tutkimuksen kokonaisluotettavuus. Validiteetilla kuvataan sitä, onko mittauksessa onnistuttu niin, että on mitattu juuri sitä mitä oli tarkoituskin mitata. Reliabiliteetilla tarkastellaan mittauksen pysyvyyttä ja toistettavuutta. (Tuomi 2007, 149-150.)

Tutkimuksen validiteetissa arvioidaan sitä, kuinka onnistuneesti tutkija on osannut siirtää teoreettiset käsitteet ja ajatuskokonaisuuden mittariin, onko valittu asteikko toimiva ja millaisia epätarkkuuksia mittariin sisältyy. Tutkimuksen tulokset voivat vääristyä, mikäli tutkija ja tutkittava ovat ajatelleet kysymykset eri tavalla. Tämän vuoksi on tärkeää, että validiutta arvioidaan jo tutkimusta suunniteltaessa. (Vilka 2005, 161.)

Opinnäytetyöntekijänä sain valmiin osaamiskyselyaineiston, jonka toinen taho oli kerännyt. Tutkimuskysely oli toteutettu sähköpostitse lähetettävällä lomakkeella. Tällaisessa muodossa tehtävässä kyselyssä on tutkimuseettisenä ongelmana anonymiteetin turvaaminen, sillä sähköpostiosoitteesta on mahdollista saada vastaaja selville (Vilka, 2005, 75). Tutkimuksen kyselyyn on kerätty kaikki mahdollinen aiheeseen liittyvä tieto. Tekijät eivät ole kuitenkaan miettineet, millaista tietoa kyselyllä halutaan ja tarvitaan, ja onko kaikki kysymykset välttämättä kyselyssä oleellisia tulosten kannalta. Myöskään sen käyttökelpoisuutta ei ole testattu ennen kyselyn suorittamista. Pienen aineiston vuoksi tulokset ovat vain suuntaa antavia mutta ei ole yleistettävissä. Tulosten yleistettävyys edellyttää, että otanta on edustava ja vastausprosentti on yli 70 – 80 prosenttia (Tuomi 2007, 142). Kyselyn vastausprosenttia ei pystytty laskemaan, koska siitä ei ollut tietoa kuinka monelle kysely lähetettiin. Opinnäytetyötä voidaan kuitenkin pitää luotettavana, sillä kyselyllä saadut tulokset tukivat aiempia tutkimustuloksia aiheesta.

6.3 Tutkimuksen eettiset kysymykset

Opinnäytetyössä pyrin eettiseen ja luotettavaan raportointiin. Etsin laajasti eri tietolähteistä tietoa aiheesta ja käytin lähdekritiikkiä etsiessäni uusinta ja luotettavinta tietoa aiheesta. Tiedon hankintaan ja julkistamiseen liittyvät tutkimuseettiset periaatteet ovat yleisesti hyväksytyjä. Periaatteiden tunteminen ja niiden mukaan toimiminen on jokaisen yksittäisen tutkijan vastuulla. Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää, että tutkimuksen teossa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 23.)

Muistiyhdistys vastasi tutkimusluvista ja eettisten periaatteiden noudattamisesta. Kyselyyn vastattiin nimettömästi, ja ainoastaan toimipiste ja ammatti kysyttiin, joten kenenkään henkilöllisyyttä ei pysty määrittämään kyselyn perusteella. Opinnäytetyön tekijänä en saanut tietää keille lomakkeet lähetettiin, sillä sain käyttööni vain valmiin aineiston.

Kyselystä esiin tulleet tulokset esitettiin opinnäytetyössä rehellisesti ja luotettavasti, eikä tuloksia yleistetä kritiikittömästi.

6.4 Jatkotutkimusehdotukset

Jatkotutkimuksena voisi tehdä tutkimuksen terveydenhuollon ammattilaisten aivoterveiden osaamisesta ja muistisairauksista kvalitatiivisella eli laadullisella menetelmällä, sillä kyseisellä menetelmällä saisi syvemmän kuvan tutkittavasta asiasta. Laadullisella menetelmällä saisi tarkempaa tietoa terveydenhuollon ammattilaisten osaamisesta, ja tämän tiedon avulla voisi kehittää keinoja, jolla terveydenhuollon ammattilaisten osaamista voisi parantaa.

Jatkossa voisi myös selvittää, onko muistisairauksien riskitestin käyttöönotolla ollut vaikutusta muistisairauksien ennaltaehkäisyssä. Lisäksi voisi selvittää onko riskitestin avulla helpompi ottaa muistisairaudet vastaanotolla puheeksi ja ovatko asiakkaat motivoituneempia huolehtimaan aivoterveystään riskitestin täyttämisen ja läpikäymisen jälkeen.

LÄHTEET

- Alhainen, K. 2013. Muistisairauksien ennaltaehkäisyyn mahdollisuudet- aivoterveystä arkipäivää. Muistikeskus. <http://www.muisti.com>. Luettu 2.8.2014.
- Erkinjuntti, T. & Huovinen, M. 2003. Kun muisti pettää: muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: WSOY.
- Erkinjuntti, T., Hietanen, M., Kivipelto, M., Strandberg, T. & Huovinen, M. 2009. Pidä aivosi kunnossa. Helsinki: WSOY.
- Erkinjuntti, T. & Pirttilä, T. 2010. Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) 2010. Muistisairaudet. Kustannus Oy Duodecim. Porvoo. WS Bookwell Oy.
- Granö, S., Tamminen, A., Eronen, A., Londe'n, P. & Siltaniemi, A. 2010. Muistibaronometri. Muistiliiton julkaisusarja. Muistiliitto.
- Hartikainen, S. & Lönnroos, E. 2008. Geriatria- arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Hietanen, M., Erkinjuntti, T. & Huovinen, M. 2005. Tunne muistisi. Käytä, kehitä, koenna. Helsinki: WSOY.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hussi, H. 2010. Työikäisen muistihäiriöt ja –sairaudet työterveyshuollon haasteena. – Kartoitus työterveyshuollon valmiuksista tunnistaa ja hoitaa muistihäiriöitä ja sairauksia. Opinnäytetyö (YAMK). Kuntoutuksen koulutusohjelma. Turun ammattikorkeakoulu.
- Hänninen, T., Pulliainen, V., Sotaniemi, M., Hokkanen, L., Salo, J., Hietanen, M., Pirttilä, T., Pöyhönen, M., Juva, K., Remes, A. & Erkinjuntti, T. 2010. Muistisairauksien tiedonkäsittelymuutosten varhainen toteaminen uudistetulla CERAD-tehtäväsarjalla. Duodecim 126 (17), 2013 – 2021.)
- Härmä, H., Hänninen, R. & Suhonen, J. 2010. Muisti kuormittuu ja kaipaa huoltoa. Teoksessa Härmä, H. & Granö, S. (toim.) 2010. Työikäisen muisti ja muistisairaudet.
- Juva, K. 2011. Muistihäiriö. Lääkärikirja Duodecim. <http://www.terveysportti.fi>. Luettu 20.8.2014
- Järvinen, E. & Vettenterä, E. 2014. Terveystieteiden ammattihenkilöiden muistisairauksien ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen toteamiseen liittyvä osaaminen. MEVA- hankkeen osaamiskyselyn raportti. Terveystieteiden edistäminen (YAMK). Tampereen ammattikorkeakoulu.
- Kalska, H. 2006. Kun muisti pettää, mikä muisteista pettää? Duodecim 2006;122.
- Käypä hoito –suositus. Muistisairaudet. 2010. <http://www.terveyskirjasto.fi>. Luettu 20.8.2014

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559

Liiku muistisi hyväksi –kaiken ikää! 2013. Muisti. Muistiliiton julkaisu 26 (1), 22-23.

MMSE-testilomake. 2007. Duodecim. Luettu 24.9.2014.
http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=pgr00030&p_haku=mmse

Muistiliitto ry. 2014. <http://www.muistiliitto.fi>. Luettu 22.8.2014

Pessi, E. 2011. Muistipotilaan hoito- ja palveluketju Suomessa kuntien ikääntymispoliittisten strategioiden kuvaamana. Asiakirja-analyysi. Pro Gradu –tutkielma. Hoitotiede. Turun yliopisto.

Pirkanmaan muistiyhdistys ry. 2014. <http://www.pirkanmaanmuistiyhdistys.fi>. Luettu 23.10.2014.

Remes, A., Turunen, J. & Ala-Mursula, L. 2012. Työikäisten muistipulmat vaativat kohdennettua selvittelyä. Suomen lääkirilehti 67 (37), 2535-2540.

Rinne, J. 2010. Lewyn kappale –tauti. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) 2010. Muistisairaudet. Kustannus Oy Duodecim. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Ronkainen, P. 2011. Sepelvaltimotautipotilaan kokemuksia ohjauksesta. Terveyskasvatuksen Pro Gradu- tutkielma. Terveystieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto.

Salonen, K. 2010. Muistisairaudet –uusi kansantauti. Mielen Terveys. Mielen terveyden erikoislehti 49 (6), 18-19.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Kansallinen muistiohjelma 2012-2020. Tavoitteena muistiystävällinen Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:10: Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Helsinki: Yliopistopaino.

Suhonen, J., Alhainen, K., Eloniemi-Sulkava, U., Juhela, P., Juva, K., Löppönen, M., Makkonen, M., Mäkelä, M., Pirttilä, T., Pitkälä, K., Remes, A., Sulkava, R., Viramo, P. & Erkinjuntti, T. 2008. Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa. Katsausartikkeli 63 (10), 9-22. Helsinki: Suomen lääkirliitto.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2014. Merkittävä läpimurto muistihäiriöiden ehkäisyssä. Tiedote. <http://www.thl.fi/fi/-/merkittava-lapimurto-muistihairioiden-ehkaisyssa>. Luettu 21.11.2014.

Tienari, P., Polvikoski, T. M. & Tanila, H. 2010 Muistisairaudet. Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.). Porvoo: Duodecim.

Tilastokeskus. Suomen virallinen tilasto. 2009. Dementiakuolemien määrä yli kaksinkertaistunut 20 vuodessa. Helsinki.
http://tilastokeskus.fi/til/ksyyt/2009/ksyyt_2009_2010-12-17_tie_001_fi.html

Travers, C., Martin-Khan, M. & Lie, D. 2009. Dementia risk reduction in primary care: what Australian initiatives can teach us. *Australian Health Review* 33 (3), 461- 466.

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue: johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi

Turku, R. 2007. Muutosta tukemassa. Valmentava elämäntapaohjaus. Edita. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Viramo, P. & Sulkava, R. 2010. Muistioireiden ja dementian epidemiologia. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) 2010. Muistisairaudet. Kustannus Oy Duodecim. Porvoo: WS Bookwell Oy.

LIITTEET

Liite 1. Riskitestiviikon palautelomake

1(4)

[Pirkanmaan Muistiyhdistys ry](#)

Muistisairaiden ja omaisten tukija, palvelujen kehittäjä ja yhteistyökumppani

Hae Hae sivustol

Riskitestiviikon palaute

Pyydämme sinua vastaamaan seuraaviin kysymyksiin

Työpaikkani on

- Atalan terveysasema
- Attendo Hervannan terveysasema
- Hatanpään terveysasema
- Elon terveyskioski
- Kangasalan keskusterveysasema
- Kangasalan työterveyshuolto
- Kaukajärven terveysasema
- Kuhmalahden terveysasema
- Kurun terveysasema
- Kämmenniemen terveysasema
- Lielahden terveysasema
- Linnainmaan terveysasema
- Luopioisten terveysasema
- Nokian terveysasema
- Oriveden terveysasema
- Oriveden työterveyshuolto
- Pihlajalinna: Tampereen Omapihlaja
- Pirkkalan terveyskeskus
- Pyynikin terveysasema
- Pälkäneen terveysasema
- Rahola-Pispalan terveysasema
- Ruutanan terveysasema
- Sahalahden terveysasema
- Suoraman terveysasema

- Ammattiryhmäni on
- Tammelakeskuksen terveysasema
 - Tesoman terveysasema
 - Vatialan terveysasema
 - Viljakkalan terveysasema
 - Ylöjärven terveysasema
 - Sairaanhoitaja ja/tai terveydenhoitaja
 - Perushoitaja tai lähihoitaja
 - Lääkäri
 - Fysioterapeutti
 - Psykologi
 - Muu, mikä?
- Riskitestiviikosta tiedotettiin meille työntekijöille tarpeeksi?
- kyllä
 - ei
- Muistisairauksien riskitesti on minulle tuttu testi?
- Kyllä, olen käyttänyt sitä aikaisemmin
 - Kyllä, mutta en ole käyttänyt sitä aikaisemmin
 - Ei ole tuttu testi
- Oliko asiakkaalla vaikeuksia täyttää muistisairauksien riskitestilomake?
- Ei ollut
 - En osaa sanoa
 - Kyllä oli, miksi?
- Muistisairauksien riskitestin avulla aivoterveystestä oli helppo puhua?
- Kyllä
 - En osaa sanoa
 - Ei ollut miksi?
- Asiakkaan elämäntapaohjaus oli
- Helppoa

3(4)

- Vaikeaa
- Mahdotonta toteuttaa aikataulun puitteissa
- Mitä muuta haluat sanoa?

▲

▼

Onko minulla tarpeeksi tietoa ja osaamista aivoterveysten edistämiseksi?

- Kyllä on
- En osaa sanoa
- Ei ole

Mitä asioita kävitte läpi elämäntapaohjauksessa?

- Liikunta
- Pään suojaaminen
- Alkoholin ja päihteiden käyttö
- Monipuolinen ja terveellinen ruokavalio
- Riittävä lepo ja uni
- Aivojen aktivointi
- Sosiaalinen aktiivisuus
- Muiden kansansairauksien (diabetes, verenpainetauti) hyvä hoito
- Jotain muuta, mitä?

Ohjasitko asiakkaan ryhmätoimintaan?

- Kyllä
- En, miksi?

Halusivatko kohonneen muistisairauden riskin henkilöt?

- Yksilöohjausta
- Ryhmäohjausta
- Yksilö- ja ryhmäohjausta
- Vastaanotollani ei käynyt kohonneen riskin henkilöitä

Kirjasin ja/tai sanelin riskipisteet

- Pegasokseen
- Efficaan
- Mediatriin
- En kirjannut tai sanellut riskipisteitä

Käytän muistisairauksien riskitestiä jatkossakin?

- Kyllä
- En

Perustele vastauksesi

Mille asiakasryhmälle muistisairauksien riskitesti mielestäsi soveltuu?

Kokonaisarvio (4 - 10) muistisairauksien riskitestin hyödyntämismahdollisuudesta omassa työssäsi?

Mitä muuta haluat kertoa?



Odota...

- AJANKOHTAISTA
- Aikaisempia tapahtumia
- Yhdistys
- Palvelut
- Koulutus
- Muistikahvila
- Ryhmätoiminta Tampereella
- Alaosastojen toiminta
- Vapaaehtoistoiminta
- Pirkanmaan Muistiluotsi
- MEVA - Muistisairauksien ennaltaehkäisy ja varhainen toteaminen
- Kehittämiskumppanit
- Muistisairauksien riskitesti
- Riskitestiviikon palaute
- Tapahtumat ja tilaisuudet
- Päättyneet hankkeet

