



**TERVEYDENHUOLLON
AMMATTIHENKILÖIDEN
MUISTISAIRAUKSIEN
ENNALTAEHKÄISYYN JA
VARHAISEEN TOTEAMISEEN
LIITTYVÄ OSAAMINEN**

MEVA-hankkeen osaamiskyselyn raportti

Eila Järvinen

Elina Vettenterä

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2014
Sosiaali- ja terveysalan ylempi
ammattikorkeakoulututkinto
Terveiden edistäminen

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Terveiden edistämisen koulutusohjelma

JÄRVINEN, EILA & VETTENTERÄ, ELINA:

Terveystenhuollon ammattihenkilöiden muistisairauksien ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen toteamiseen liittyvä osaaminen
MEVA-hankkeen osaamiskyselyn raportti

Opinnäytetyö 73 sivua, joista liitteitä 11 sivua
Huhtikuu 2014

Muistisairauksien ennaltaehkäisyyn ja varhaisen toteamisen edistäminen Pirkanmaalla – hankkeen (MEVA) tavoitteena on vähentää eteneviä muistisairauksia Pirkanmaan alueella ja luoda pysyviä toimintakäytäntöjä perusterveydenhuoltoon ja työterveyshuollon toimipisteisiin muistisairauksien ennaltaehkäisemiseksi. Tämä tutkimus oli Pirkanmaan Muistiyhdistys ry:n toimeksianto, jonka tarkoitus oli analysoida ja raportoida terveydenhuollon ammattihenkilöille teetetyn osaamiskyselyn tulokset. Kahdella tutkimuskysymyksellä kartoitettiin terveydenhuollon ammattihenkilöiden subjektiivista kokemusta siitä, millaista osaamista heillä on muistisairauksien ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen tunnistamiseen liittyen. Kyselyn tulosten pohjalta Pirkanmaan Muistiyhdistys ry:n tavoitteena on kehittää muistisairauksien ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen toteamiseen liittyvää koulutusta ja sen sisältöä.

Tutkimus oli kvantitatiivinen ja sen aineisto (N=213) oli kerätty strukturoidulla kyselylomakkeella. Taustatietojen lisäksi kyselylomakkeella oli Likert-asteikolla 36 varsinaista tutkimuskysymystä ja seitsemän avointa kysymystä. Tutkimuskysymykset jaettiin kolmeen aihepiiriin: yleistieto, ennaltaehkäisy ja varhainen tunnistaminen, ja tulokset analysoitiin SPSS-tilasto-ohjelmalla. Avoimet kysymykset analysoitiin kvantitatiivisesti sisällön erittelyn avulla. Tutkimuksen otos oli sattumanvarainen.

Tutkimuskyselyyn vastanneista 70 % oli yli 40-vuotiaita ja heillä oli pitkä työkokemus. Muistisairauksien yleistietoon ja varhaiseen tunnistamiseen liittyvä subjektiivisesti arvioitu osaaminen koettiin olevan tyydyttävällä tasolla. Ennaltaehkäisyyn liittyvä osaamisen koettiin olevan hyvällä tasolla. Elintapatekijöihin ja muistiin liittyvien asioiden puheeksi oton osaamisen yli puolet vastaajista arvioi välttäväksi tai tyydyttäväksi. Elintapaohjauksen haasteiksi koettiin asiakkaan valmiudet, aikaresurssi ja toimintakäytännöt.

Osaamiskyselyn tulokset vahvistavat, että koulutustarve on olemassa ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden taitoa sekä elintapaohjaukseen että riskitekijöiden ja muistioireiden puheeksi ottoon pitää vahvistaa. Motivoivan haastattelun omaksuminen päivittäiseen vastaanottotyöhön olisi suotavaa. Jatkotutkimuksella voisi selvittää motivoivan haastattelun ja riskitestin käytön vaikutusta puheeksi ottamiseen ja potilaan motiivointiin.

Asiasanat: muistisairaus, ennaltaehkäisy, varhainen toteaminen, ammatillinen osaaminen

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Master's Degree Programme in Health Promotion

JÄRVINEN, EILA & VETTENTERÄ, ELINA:

Health Care Professionals' Competence in Prevention and Early Detection of Memory Disorders

Report of Questionnaire Made in Connection with MEVA Project

Master's thesis 73 pages, appendices 11 pages

April 2014

The aim of this study was to analyse and discuss the results of the questionnaire which was made in connection with MEVA project, which focused on promoting the prevention and early detection of memory disorders in Tampere region. The purpose of the questionnaire was to gather information about health care professionals' competence in the prevention and early detection of memory disorders.

This study was quantitative. The data (N=213) were collected through a questionnaire sent to health care professionals working at six health centres and two occupational health centres in Tampere region. The data were analysed using SPSS software and the open questions were analysed using content analysis.

Most participants (70%) were over 40 years old and they had many years of work experience. The results revealed that the competence regarding the general knowledge and early detection were estimated satisfactory and the competence regarding the prevention was estimated good. More than half of the respondents estimated that the way of life and things related to the memory disorder are hard to bring up. These results indicate that health care professionals need more education about the prevention and early detection of memory disorders. Especially motivating interviews are suggested.

Key words: Memory disorder, prevention, early detection, competence.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	7
2	KOHDEORGANISAATION ESITTELY	9
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	11
4	TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	12
4.1	Muisti	12
4.1.1	Muistisairaudet	13
4.1.2	Muistisairauksien esiintyminen ja ennuste	14
4.2	Muistisairauksien ennaltaehkäisy ja varhainen toteaminen	15
4.3	Muistipotilaan hoitoketju	17
4.4	Terveystenhuollon ammattihenkilön ammatillinen osaaminen	18
4.4.1	Aloittelijasta asiantuntijaksi	19
4.4.2	Muistisairauden ennaltaehkäisy ja osaaminen	22
4.5	Tiedonhaku ja aikaisemmat tutkimukset	25
4.5.1	Muistisairauksien ennaltaehkäisyyn liittyvä osaaminen	26
4.5.2	Muistisairauksien varhaiseen tunnistamiseen liittyvä osaaminen	27
5	TUTKIMUKSEN MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	29
5.1	Kvantitatiivisen tutkimusstrategian esittely	29
5.2	Aineiston keruumenetelmä	30
5.3	Aineiston analyysimenetelmä	32
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	33
7	OSAAMISKYSELYN TUOTTAMAT TULOKSET	37
7.1	Taustatietoja	37
7.2	Osaaminen	39
7.2.1	Yleistietoon liittyvä osaaminen	39
7.2.2	Ennaltaehkäisyyn liittyvä osaaminen	40
7.2.3	Varhaiseen tunnistamiseen liittyvä osaaminen	41
7.2.4	Puheeksi ottaminen	42
7.2.5	Ohjaamiseen liittyvät tekijät	43
7.2.6	Koulutustarve	44
8	KEHITTÄMINEN YHTEISTYÖSSÄ MEVA-HANKKEEN TOIMIJOIDEN KANSSA	46
8.1	Tutkimuksen tulosten esittely	46
8.2	Kehittämisehdotukset	47
9	POHDINTA	49
9.1	Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu	49
9.2	Tutkimuksen eettiset kysymykset	50

9.3 Tulosten tarkastelu suhteessa teoreettisiin lähtökohtiin.....	52
9.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	55
LÄHTEET	58
LIITTEET	63
Liite 1. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset: Muistisairauksien ennaltaehkäisyyn liittyvä osaaminen	63
Liite 2. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset: Muistisairauksien varhaiseen tunnistamiseen liittyvä osaaminen	65
Liite 3. Tutkimuskysely.....	67
Liite 4. Kehittämisehdotukset kysely	73

LYHENTEET JA TERMIT

MCI	Mild Cognitive Impairment, lievä kognitiivinen heikentymä
MEVA	Muistisairauksien ennaltaehkäisyn ja varhaisen toteamisen edistäminen Pirkanmaalla -hanke
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences on tilastotieteelliseen analyysiin suunniteltu tietokoneohjelmisto
TAMK	Tampereen ammattikorkeakoulu

1 JOHDANTO

Etenevät muistisairaudet ovat kansanterveydellinen ja –taloudellinen haaste. Muistisairaiden määrän arvioidaan lisääntyvän väestön ikääntyessä ja he tarvitsevat paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Muistisairauksien aiheuttamien kustannusten arvioidaan nousevan 24 % seuraavan kymmenen vuoden aikana. Sulkavan ja Viramön (2013) laskelman mukaan vuonna 2015 muistisairaudet aiheuttavat 3,8 miljardin hoitokustannukset, joka on lähes kolmasosa sosiaali- ja terveydenhuollon budjetista ja seitsemän prosenttia valtion talousarviosta. Panostamalla muistisairauksien ennaltaehkäisyyn, varhaiseen diagnosointiin, avohoidon kehittämiseen ja kuntoutukseen vaikuttaa kokonaiskustannusten kasvuun ja sairastuneiden elämänlaatuun. Tutkimusta sairauden hoitokeinojen lisäämiseksi tehdään, mutta samanaikaisesti suuntaus on ennaltaehkäisy ja avohoidon kehittäminen. (Suhonen ym. 2008, 19; Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 7.)

Muistisairauksien ilmaantuvuutta voidaan vähentää ennaltaehkäisemällä ja edistämällä aivojen terveyttä. Etenevien muistisairauksien suoja- ja vaaratekijät tunnetaan. Henkinen vireys, koulutus, liikunta ja terveellinen ravinto ovat tunnettuja suojatekijöitä. Korkea kolesteroli, kohonnut verenpaine, lihavuus, diabetes, tupakointi ja liikunnan puute ovat riskitekijöitä, joihin voidaan vaikuttaa keski-ikä elintapamuutoksilla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 8.)

Kansallisen muistiohjelman 2012 – 2020 tavoite on, että sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt edistävät aivoterveyttä tukemalla kansalaisia tekemään aivojen terveyttä lisääviä valintoja, tunnistavat muistioireet ja ohjaavat muistioireiset henkilöt tutkimuksiin ja hoitoon asiantuntijasuosituksen mukaisesti (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 9). Terveiden edistäminen perustuu tutkimukseen ja ammatilliseen osaamiseen. Se on suunnitelmallista toimintaa terveyden lisäämiseksi, sairauksien ehkäisemiseksi ja terveyserojen kaventamiseksi. Hyvin toimivien terveyspalveluiden lähtökohtana on moniammatillinen yhteistyö ja riittävät ehkäisevän työn voimavarat. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 25.) Suomessa vain yhdeksän prosenttia kunnista huomioi muistisairauksien ennaltaehkäisyn strategioissaan. Huomiota tulisi kiinnittää muistisairauksien ennaltaehkäisyyn ja muistipotilaita kohtaavien sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten koulutukseen. (Pessi 2011, 35 - 36, 57.)

Muistisairauksien ennaltaehkäisyyn ja varhaisen toteamisen edistäminen Pirkanmaalla (MEVA) on Muistiliiton Pirkanmaan Muistiyhdistys ry:n hallinnoima hanke, jonka tavoitteena on vähentää eteneviä muistisairauksia Pirkanmaan alueella sekä luoda pysyviä toimintakäytäntöjä perusterveydenhuoltoon ja työterveyshuollon toimipisteisiin muistisairauksien ennaltaehkäisemiseksi. (Pirkanmaan Muistiyhdistys ry 2013.)

Tämän tutkimuksen tarkoitus on analysoida ja raportoida MEVA-hankkeen yhteydessä terveydenhuollon ammattihenkilöille teetetyn osaamiskyselyn tulokset. Osaamiskyselyn tarkoitus on kartoittaa terveydenhuollon ammattihenkilöiden subjektiivista kokemusta siitä, mitä muistisairauksien ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen toteamiseen liittyvää osaamista heillä on. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, mitä osaamista terveydenhuollon ammattihenkilöillä on muistisairauksien ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen toteamiseen liittyen, ja mikä merkitys työkokemuksella on subjektiivisesti arvioituun osaamiseen. Kyselyn tulosten pohjalta Pirkanmaan Muistiyhdistys ry kehittää muistisairauksien ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen toteamiseen liittyvää koulutusta ja sen sisältöä.

2 KOHDEORGANISAATION ESITTELY

Tämän tutkimuksen toimeksiantaja on Pirkanmaan Muistiyhdistys ry, joka on toteuttanut osaamiskyselyn Tampereen ja lähikuntien terveyskeskuksissa sekä kahdessa työterveyshuollon toimipaikassa tammi-huhtikuussa vuonna 2012. Osaamiskyselyn vastaukset analysoi ja raportoi opinnäytetyönään Tampereen ammattikorkeakoulun ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opiskelijat.

Muistiliitto ry on potilas- ja omaisjärjestö, joka on perustettu vuonna 1988. Liitto toimii muistisairaiden henkilöiden ja heidän läheistensä edunvalvontajärjestönä, ja sen tarkoituksena on edistää muistisairaiden elämänlaatua sekä hyvinvointia. (Muistiliitto ry 2013.) Pirkanmaan Muistiyhdistys ry on Muistiliitto ry:n paikallinen yhdistys, joka on rekisteröity vuonna 1989. Yhdistyksen tavoitteena on lisätä yleistä muistitietoutta alueen väestön sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstön keskuudessa. Lisäksi tavoitteena on hyvän elämänlaadun turvaaminen ja palvelujen yhdenvertaisuuden edistäminen muistisairaille ja heidän läheisilleen. (Pirkanmaan Muistiyhdistys ry 2013; Kotisaari 2014.)

Pirkanmaan Muistiyhdistys ry:n hallinnoiman hankkeen Muistisairauksien ennaltaehkäisyn ja varhaisen toteamisen edistäminen Pirkanmaalla (MEVA) tavoitteena on vähentää eteneviä muistisairauksia Pirkanmaan alueella sekä luoda pysyviä toimintakäytäntöjä perusterveydenhuoltoon sekä työterveyshuollon toimipisteisiin muistisairauksien ennaltaehkäisemiseksi. Hanketta rahoittaa Raha-automaattiyhdistys. (Pirkanmaan Muistiyhdistys ry 2013.)

MEVA-hankkeen kehittämiskumppaniorganisaatioissa toteutettiin osaamiskysely. Terveyskeskuksien ammattilaisia kuudessa terveyskeskuksessa (Tampere, Kangasala, Lempäälä, Nokia, Pirkkala ja Ylöjärvi) sekä kahdessa työterveyshuollon toimipaikassa (Tulinkulma ja Työterveyspalvelu Viisari) pyydettiin arvioimaan aivoterveystietämisen ja muistisairauksiin liittyvää osaamistaan.

Terveyskeskuksissa tuotetaan kunnan järjestämät perusterveydenhuollon palvelut. Terveyskeskusten toiminnasta säädetään terveydenhuoltolaissa. (Sosiaali- ja terveysminis-

teriö 2014.) Terveyskeskuksissa työskentelee monipuolisesti terveydenhuollon ammattihenkilöitä, esimerkiksi lääkäreitä, sairaanhoitajia, lähihoitajia ja fysioterapeutteja.

Työterveyshuolto on lakisääteistä toimintaa, josta säädetään työterveyshuolto-, työturvallisuus-, kansanterveys- ja terveydenhuolto- ja sairausvakuutuslaissa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014). Työterveyshuollon ammattihenkilöitä ovat terveydenhuollon ammattihenkilöt, joilla on laillistettu pätevyys ja työterveyshuollon toteuttamiseen tarvittava koulutus. Työterveyshuollossa työskentelee työterveyslääkäreitä, työterveyshoitajia, työfysioterapeutteja ja työpsykologeja. (Työterveyslaitos 2014.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tutkimuksen tarkoitus on analysoida ja raportoida MEVA-hankkeen yhteydessä terveydenhuollon ammattihenkilöille teetetyn osaamiskyselyn tulokset.

Osaamiskyselyn tarkoitus on kartoittaa terveydenhuollon ammattihenkilöiden subjektiivista kokemusta siitä, mitä muistisairauksien ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen toteamiseen liittyvää osaamista heillä on.

Tutkimuskysymykset:

1. Millaista osaamista terveydenhuollon ammattihenkilöillä on muistisairauksien ennaltaehkäisyyn liittyen?
2. Millaista osaamista terveydenhuollon ammattihenkilöillä on muistisairauksien varhaiseen tunnistamiseen liittyen?

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, mitä osaamista terveydenhuollon ammattihenkilöillä on muistisairauksien ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen toteamiseen liittyen ja mikä merkitys työkokemuksella on subjektiivisesti arvioituun osaamiseen. Kyselyn tulosten pohjalta Pirkanmaan Muistiyhdistys ry kehittää muistisairauksien ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen toteamiseen liittyvää koulutusta ja sen sisältöä.

4 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Tässä kappaleessa käsittelemme teoreettisena lähtökohtana kirjallisuuden pohjalta tähän tutkimukseen liittyvät keskeiset käsitteet. Ensimmäisessä kappaleessa käsitellään lyhyesti muistia ja muistisairauksia sekä niiden ennustetta. Tutkimuksen nimen mukaan avataan muistisairauksien ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen toteamiseen liittyviä asioita ja lisäksi esitellään muistipotilaan hoitoketju.

Toisena kokonaisuutena käsitellään terveydenhuollon ammattihenkilöiden osaamista ja kehittymistä aloittelijasta asiantuntijaksi. Muistisairauksien ennaltaehkäisyyn liittyvään osaamiseen kuuluvat motivoiva haastattelu ja elintapamuutosvaihemalli. Viimeisessä kappaleessa esitellään tutkimusta varten tehtyjen kirjallisuuskatsausten tulokset.

4.1 Muisti

Muistaminen on yksi aivojen keskeisimmistä tehtävistä, joka kattaa monimuotoisen joukon tiedonkäsittelyjärjestelmiä ja -vaiheita. Yksinkertaistettuna muistilla tarkoitetaan ihmisen kykyä tallentaa ja palauttaa mieleen koettuja ja opittuja asioita. (Kalska 2006, 1313.) Ihmisen muisti on monimutkainen toiminto, johon sisältyy monta eri osaluuetta ja ajallista vaihetta (Juva 2011). Muisti voidaan jakaa työ- ja pitkäaikaismuistiin. Työmuisti käsittelee tietoa, johon huomio on tietyllä hetkellä suunnattuna. Työmuisti sijoittuu otsalohkoon, mutta sillä on tiivis yhteys päälaki- ja ohimolohkojen alueelle. Pitkäaikaismuisti puolestaan sijoittuu sisempiin ohimolohkoihin sekä talamuksen alueelle. (Tanila ym. 2010, 57.)

Muistin monimutkaisuuden vuoksi myös muistihäiriöt ovat monisyisiä. Normaaliin ikääntymiseen voi kuulua lieviä muistivaikeuksia, mutta ne eivät aiheuta toiminnallisesti tai sosiaalisesti merkittävää haittaa. Dementiassa uusien asioiden oppiminen ja muistissa säilyttäminen vaikeutuvat huomattavasti. (Juva 2011.)

4.1.1 Muistisairaudet

Muistisairaudet ovat Suomessa kansantauti, johon sairastuu vuosittain noin 130 000 henkilöä. Kognitiivinen toiminta on lievästi heikentynyt jopa 120 000 suomalaisella, mutta merkittävä osa muistisairauksista jää kuitenkin diagnosoimatta. Etenevää muistisairautta sairastaa jopa 10 000 työikäistä. (Käypä hoito -suositus 2010.) Käypä hoito -suositus (2010) määrittelee muistisairauden sairaudeksi, joka heikentää muistia ja muita tiedonkäsittelyn alueita, kuten kielellisiä toimintoja, näönvaraista hahmottamista ja toiminnanohjausta.

Muistisairauksista yleisin on Alzheimerin tauti (noin 70 % kaikista muistisairauksista), joka on tyypillisin vaihe in etenevä aivosairaus. Taudin oireet johtuvat tiettyjen aivoalueiden vaurioista, taustalla olevat aivokudoksen muutokset alkavat kehittyä jo 20 – 30 vuotta ennen oireiden ilmaantumista. Sairaus alkaa muistioireella, mutta myös omatoimisuuden heikentyminen on yhteydessä muistin ja tiedonkäsittelyn heikentymiseen. Sairauteen liittyy vaihtelevia käytösoireita. (Rovio 2008, 49; Erkinjuntti & Pirttilä 2010, 121 – 127.)

Alzheimerin taudin jälkeen yleisimmät muistisairaudet ovat verisuoniperäiset (vaskulaariset) muistisairaudet (15 – 20 %). Vaskulaarinen kognitiivinen heikentymä (VCI) aiheutuu aivoverenkiertosairaudesta. Oireyhtymällä on useita alatyyppejä, joiden oirekuva vaihtelee lievistä muistioireista täyteen dementiaan. Aivoverenkiertosairaudet ja niiden riskitekijät vaikuttavat myös Alzheimerin taudin oireiden varhaisempaan ilmaantumiseen. (Erkinjuntti & Pirttilä 2010, 142 – 147.)

Lewyn kappale -taudin arvioidaan olevan kolmanneksi yleisin dementoiva sairaus, jonka osuus on 10 – 15 %. Lewyn kappale -tauti on etenevä muistisairaus ja tähän ryhmään luetaan kuuluvaksi myös Parkinsonin taudin dementia. Lewyn kappale -taudin tyypilliset oireet jaetaan kognitiivisiin oireisiin, parkinsonismiin sekä psykoottisiin oireisiin. (Rinne 2010, 159 – 160.)

On arvioitu, että alle 5 % muistipotilaista sairastaisi otsa-ohimolohkorappeumaa, joka jaetaan kolmeen ryhmään. Frontotemporaalisessa dementiaassa keskeistä on persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutokset. Etenevää sujumatonta afasiaa sairastavalla puheen

tuotto on työlästä. Semanttista dementiaa puolestaan hallitsee vaikea-asteinen sanojen löytämisen vaikeus. (Rinne & Remes 2010, 165 – 169.)

Harvinaisemmista muistisairauden syistä yleisin on posttraumaattinen dementia ja toiseksi yleisin alkoholin aiheuttama dementia. Lisäksi muita harvinaisempia dementoivia sairauksia ovat Huntingtonin tauti, Pickin tauti, Creutzfeldt - Jakobin tauti, Wilsonin tauti sekä CADASIL- tauti. (Käypä hoito -suositus 2010; Viramo & Sulkava 2010, 31 – 33.)

4.1.2 Muistisairauksien esiintyminen ja ennuste

Ikääntyneiden määrän ennustetaan kasvavan Suomessa voimakkaasti, joten myös muistisairauksien määrä tulee kasvamaan huomattavasti. Dementoituminen lisää sekä laitoshoidon tarvetta että kuolleisuutta. Muistisairauden ennuste vaihtelee dementoivan sairauden mukaan ja ennusteeseen vaikuttavat myös potilaan ikä ja sukupuoli. Dementiapotilaiden kuolleisuus on 2,4-kertainen terveisiin ikätovereihin verrattuna ja muistisairaudet ovat Suomessa kuolinsyynä sijalla 4 – 6. (Käypä hoito -suositus 2010; Viramo & Sulkava 2010.)

Muistisairauksien lisääntyminen kasvattaa terveydenhuollon menoja merkittävästi. Tällä hetkellä sosiaali- ja terveysmenoista noin kuusi prosenttia kuluu muistisairauksien hoitoon. Vuonna 2015 vaikeiden ja keskivaikeiden muistisairauksien hoitoon arvioidaan kuluvan 3,8 miljardia euroa, joka on lähes kolmannes sosiaali- ja terveydenhuollon budjetista ja 7 % valtion talousarviosta. Suurin osa kuluista muodostuu laitoshoidon kustannuksista. Yhden Alzheimer-potilaan hoitokustannukset koko sairauden aikana ovat 170 000 – 200 000 euroa, josta 70 – 80 % kertyy ympärivuorokautisesta hoidosta. Arvioiden mukaan Alzheimerin tautiin sairastuvien määrä voisi puolittua, jos taudin puhkeamista voitaisiin siirtää viidellä vuodella. (Käypä hoito -suositus 2010; Kivipelto, Ngandu, Soininen & Laatikainen 2012, 92 – 93, 95; Alhainen 2013; Sulkava & Viramo 2013.) Muistisairauksien varhaisella diagnoosilla, hoidolla ja kuntoutuksella voidaan parantaa sairastuneiden toimintakykyä ja elämänlaatua sekä hillitä kokonaiskustannusten kasvua. Muistisairauksien ilmaantuvuutta voidaan vähentää, ja siksi investointi aivojen terveyden edistämiseen ja ennaltaehkäisyyn kannattaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 7 – 8.)

4.2 Muistisairauksien ennaltaehkäisy ja varhainen toteaminen

Etenevä muistisairaus heikentää ihmisen toimintakykyä, itsenäistä selviytymistä ja elämänlaatua. Samalla se lisää avun tarvetta, palvelujen käyttöä ja kustannuksia. Kokonaisvaltaisen hoidon ja kuntoutuksen edellytys on varhainen diagnoosi. (Hallikainen, Suhonen, Pirttilä & Erkinjuntti 2011, 161.) Asianmukaisella hoidolla hidastetaan oireiden etenemistä ja ylläpidetään sairastuneen toimintakykyä ja itsenäistä selviytymistä. Näin sekä sairastuneen että hänen läheistensä elämänlaatu paranee. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 8.) Varhaisen taudinmäärityksen perusteita ovat parannettavien tilojen hoitaminen, muistioireen etenemisen hidastaminen ja laitoshoidon lykkääminen (Erkinjuntti & Viramo 2010, 52).

Useampien suomalaisten ja kansainvälisten tutkimusten mukaan keski-iässä todetut riskitekijät kuten, verenpaine, kolesterolit, tyypin 2 diabetes, ylipaino ja tupakointi altistavat muistisairauden puhkeamiselle iäkkäämpänä. Muistisairauksien ennaltaehkäisyssä tärkeimmät keinot ovat nuorena omaksutut terveelliset elintavat, kardiovaskulaaristen riskitekijöiden hyvä hoito keski-iässä, säännöllinen liikunta, koulutus, henkinen aktiivisuus ja sosiaalinen verkosto. (Soininen & Kivipelto 2010, 449 – 452; Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.) Vaskulaaristen ja elintapoihin liittyvien tekijöiden tiedetään olevan yhteydessä kognitiiviseen heikentymiseen. Aivojen terveyttä edistää siis sydämen terveydestä huolehtiminen. (Kivipelto & Viitanen 2006, 1519.)

Terveystieteidenhuoltolaki velvoittaa kuntia edistämään ja ylläpitämään väestön terveyttä, hyvinvointia ja työ- ja toimintakykyä. Terveystieteiden edistämiseksi laissa tarkoitetaan esimerkiksi erilaisten terveystietojen ehkäisemistä. (Terveystieteidenhuoltolaki 2010.) Lisäksi kuntien tehtävänä on terveystieteiden- ja hyvinvointipoliittisiin ohjelmiin perustuva kehittäminen. Terveystieteiden 2015 -kansanterveystietojenohjelma korostaa terveystieteiden edistämisen näkökulmaa ja asettaa tavoitteita terveystieteiden edistämiseksi eri ikäryhmille sekä kaikille yhteisesti.

Terveystieteidenhuollon ammattihenkilöiden tehtävänä on vahvistaa terveystieteiden edistämisen näkökulmaa ja edistää terveystieteitä edistävää toimintaa yhdessä muiden toimijoiden kanssa. (Heimonen & Voutilainen 2006, 11.) Aivoterveystieteiden edistäminen ja muistisairauksien ehkäiseminen kuuluvat Terveystieteidenhuoltolain ja Terveystieteiden 2015 -kansanterveystietojenohjelman pohjalta jokaiselle terveystieteidenhuollon ammattihenkilölle. Kansallisen muistiohjelman laatinut työryhmä ehdottaa, että kunnat/kuntayhtymät ja sairaanhoitopiirit huolehtivat

sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten riittävästä osaamisesta aivoterveiden edistämiseksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 10). Lisäksi terveydenhuoltolaki (2010, 5§) edellyttää terveydenhuollon henkilöstön osallistuvan riittävästi terveydenhuollon täydennyskoulutukseen.

Muistisairauksien ennaltaehkäisy määritellään tärkeäksi palveluksi sekä Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito käypä hoito –suosituksessa (2010) että Muistisairauksien hyvien hoitokäytäntöjen suosituksessa (Suhonen ym. 2008, 10). Tietoisuuden muistisairauksista ja suunnitelmallisten toimenpiteiden on todettu lisääntyneen kunnissa viimeisen kymmenen vuoden aikana. Muistibarometrin (2010) mukaan aivoterveiden edistämistä ja kuntouttavaa näkökulmaa ei kuitenkaan käsitellä riittävästi muistisairaiden ihmisten palveluja suunniteltaessa. Strategioissaan kunnat myöntävät huomioivansa heikosti muistisairauksien ennaltaehkäisyä ja lääkinnällisen kuntoutuksen. (Granö, Tamminen, Eronen, Londe´n & Siltaniemi 2010, 18, 49.) Elisa Pessin (2011, 57 – 58) mukaan 91 % kunnista jätti muistisairauksien ennaltaehkäisyä huomioimatta strategioissaan. Muistisairauteen liittyvää tiedonsaantia, palvelua, ohjausta ja neuvontaa tarjotaan 32 %:ssa kunnista muistihoitajien toimesta.

Terveystarkastukset ovat merkittävä osa työterveyshuollon ennalta ehkäisevää ja työterveyttä edistävää toimintaa. Työntekijän terveydentilan ja työ- ja toimintakyvyn selvittämisen lisäksi niissä annetaan tietoja, neuvoja ja ohjausta terveellisiin ja turvallisiin työtapoihin sekä oman terveyden ja toimintakyvyn edistämiseen. (Manninen ym. 2007, 124.) Työntekijän työkykyä uhkaavan ongelman varhaisessa havaitsemisessa avainasemassa ovat työntekijän lisäksi esimiehet, työtoverit, työsuojelu ja työterveyshuolto. Yleensä työterveyshuollon moniammatillisella tiimillä on hyvät valmiudet selvittää työkyvyttömyyden uhkaa ja arvioida työkykyä. (Manninen ym. 2007, 154, 157.) Heli Husin (2010) tutkimuksen mukaan työterveyshuollossa on vähän vakiintuneita käytäntöjä muistisairauksien varhaiseen toteamiseen ja muistiongelmien tutkimiseen. Työikäisten muistisairauksista tiedetään vähän ja yhtenäinen käytäntö muistiongelmien tutkimisesta ja hoitoon ohjaamisesta puuttuu. (Hussi 2010, 63 – 64.)

4.3 Muistipotilaan hoitoketju

Tutkimuksen kyselylomakkeessa käytetään käsitettä asiakkaan hoitopolku. Tässä tutkimuksessa käytämme johdonmukaisesti terveydenhuollon omaksumaa vastaavaa käsitettä asiakkaan hoitoketju, jota käytetään myös asiantuntijaryhmän suosituksessa sekä Kansallisessa muistiohjelmassa 2012 – 2020.

Muistipotilaan toimiva hoitoketju tarkoittaa palvelukokonaisuutta, joka määrittää, miten potilasta tietyssä tilanteessa tutkitaan ja hoidetaan tarkoituksenmukaisesti terveydenhuollon palvelujärjestelmän eri tasoilla. Valtakunnalliset hoitosuositukset ohjaavat hoitoketjua, jossa sovitaan alueellisesti tai paikallisesti työnjaosta eri toimijoiden kesken. Alueellisissa hoitoketjuissa sovitaan työn- ja vastuunjaosta esimerkiksi muistioireen ensivaiheen tutkimisessa: mitä tehdään terveystieteiden avovastaanotolla, muistipoliklinikalla tai erikoissairaanhoidon poliklinikalla. (Suhonen, Rahkonen, Juva, Pitkälä, Voutilainen & Erkinjuntti 2011, 1107 – 1110.)

Muistisairauksien ennaltaehkäisyssä aivojen terveyden edistäminen on ensisijaista. Päävastuu siitä kuuluu perusterveydenhuollolle ja sen eri toimintayksiköille (neuvolat, koulu-, opiskelija- ja työterveyshuolto sekä iäkkäiden ihmisten palvelupisteet). Terveydenhuollon ammattilaisilla tulee olla myös tietoa niistä muistisairausten oireista, jotka edellyttävät lisäselvittelyä, koska muistioireen varhainen tunnistaminen on tärkeää. Aivojen terveyden edistäminen, muistisairausten vaaratekijöiden tunnistaminen ja hoito sekä muistioireiden varhainen tunnistaminen ovat kaikkien ammattilaisten tehtäviä perusterveydenhuollossa. (Suhonen ym. 2011, 1108, 1110.)

Asiantuntijatyöryhmän suosituksen (2008) mukaan muistipotilaan perusselvitykset tehdään terveystieteiden keskuksessa ja diagnostiset tutkimukset keskitetysti asiaan perehtyneellä terveydenhuollon muistipoliklinikalla. Muistipoliklinikan moniammatilliseen työryhmään kuuluu aina muistipotilaan tutkimukseen ja hoitoon perehtynyt lääkäri, muistihoitaja, muistikoordinaattori ja sosiaalityöntekijä. Työryhmän jäsenten tulee olla selvillä muistipotilaan tutkimuksesta ja hoidosta, ja lääkärin tulee tunnistaa yleisimpien muistisairauksien sairaudenkuva, osata tulkita käytettyjen arviointimenetelmien tulokset ja suunnitella riittävät jatkotoimenpiteet. (Suhonen ym. 2008, 12 – 13.)

Muistihoitajan tehtäviä ovat potilaiden ja omaisten neuvonta sairauden eri vaiheissa, toimintakyvyn arviointi muistin eri osa-alueita mittaavilla testeillä, palvelujärjestelmän tukimahdollisuuksien selvittäminen ja yhteistyö. Muistikoordinaattorin tehtävä on erityisesti kotona asuvan muistipotilaan hoitoketjun tukeminen. Hän toimii yhteistyössä potilaan ja hänen läheistensä kanssa ja valvoo etuja hoito- ja palvelujärjestelmässä. Potilaan omalääkäri on hänen työparinsa. (Suhonen, ym. 2008, 13; Eloniemi-Sulkava ym. 2010, 3145.)

Kansallisessa muistiohjelmassa 2012 – 2020 määritetään, että toimiva hoito- ja palveluketju liittyy sosiaalitoimen, perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja kuntoutuksen ehjäksi kokonaisuudeksi ja turvaa muistisairaalle ihmiselle ja hänen läheisilleen tukea ja palveluita saumattomasti muistisairauden edetessä. Hoito- ja palveluketjujen johtaminen edellyttää sovittuja, kaikkien tiedossa olevia tavoitteita ja selkeitä, kirjattuja työn- ja vastuunjakoja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 12.) Osaava, muistisairauksiin koulutettu, yhteistyötaitoinen ja vastuullisesti toimiva henkilökunta on muistipotilaan hoitoketjun laadun edellytys (Eloniemi-Sulkava ym. 2010, 3146).

4.4 Terveysdenhuollon ammattihenkilön ammatillinen osaaminen

Terveysdenhuollon ammattihenkilöllä tarkoitetaan henkilöä, joka lain 28.6.1994/559 (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä) perusteella on saanut oikeuden tai luvan ammatinharjoittamiseen tai henkilöä, jolla lain perusteella on oikeus käyttää valtioneuvoston asetuksella säädettyä terveydenhuollon ammattihenkilön ammattinimikettä.

Terveysdenhuollon ammattihenkilön ammatillinen osaaminen tarkoittaa työtehtävän ja tietämyksen välistä yhteensopivuutta eli valmiuksia työhön (Salminen & Miettinen 2012, 5). Terveysdenhuollon työntekijöillä on vastuu osaamisestaan ja työnantaja vastaa siitä, että työntekijä on saanut perehdytyksen ja koulutuksen tehtäviinsä (Terveysden ja hyvinvoinninlaitos 2013).

4.4.1 Aloittelijasta asiantuntijaksi

Työssä oppiminen ja kehittyminen edellyttävät kokonaisvaltaista ammatillista kasvua, jossa tietäminen ja osaaminen nivoutuvat käsitykseen itsestä ammatin edustajana ja suhteessa työhön. Ammatilliseen kasvuun liittyy käsitys omasta roolista, vastuusta ja sitoutumisesta työhön. Noviisivaiheessa ammatillisen identiteetin rakentumisessa korostuu työyhteisöön sosiaalistuminen. Ammatillinen identiteetti rakentuu aluksi omaksumalla yhteisön toimintatavat, arvot ja normit vahvasti, vaikka yksilön persoonalliset uskomukset ja näkökulmat eroaisivat paljonkin yhteisön arvoista ja normeista. Ammatillisen identiteetin rakentumisessa yksilöllinen ja persoonallinen saavat lisää painoa, kun kokemus, valta ja yhteisöön kuuluminen ovat vahvistuneet. (Eteläpelto & Vähäsantanen 2006, 40, 44.)

Dreyfusin mallin mukaan taitoa hankkiessaan ja kehittäessään oppija etenee viidessä vaiheessa. Aloittelijan toiminta perustuu sääntöihin, koska hänellä ei ole kokemusta. Jokainen on aloittelija uudessa työtehtävässä. Edistynyt aloittelija pystyy vähimmäisvaatimukset täyttäviin suorituksiin ja omaksuu kokemuseräisiä suuntaviivoja. Pätevä näkee oman toimintansa tietoisten, pitkäaikaisten tavoitteiden ja suunnitelmien valossa, ja hän pystyy ongelmien tietoiseen käsitteelliseen ja analyttiseen pohdintaan. Taitava ymmärtää kokonaistilanteen kokemuksensa perusteella ja havaitsee poikkeavat tilanteet, mikä edesauttaa päätöksentekoa ja ongelma-alueen rajaamista. Ammattitaitoisella asiantuntijalla on paljon kokemusta ja intuitiivinen ote kuhunkin tilanteeseen, jolloin hän kykenee keskittymään juuri oikeaan ongelma-alueeseen. Hän toimii kokonaistilanteen syvällisen ymmärtämisen pohjalta. Nämä tasot ilmentävät ammattitaitoisien suorituksen osa-alueilla tapahtuvia muutoksia. (Benner 1993, 28 – 46.)

Aloittelijasta asiantuntijaksi –tasojen kautta oppija siirtyy abstraktien periaatteiden varassa tapahtuvasta toiminnasta aikaisempien todellisten tilanteiden käyttöön viitekehyksenä ja toimintamallina. Vaativat tilanteet aletaan nähdä kokonaisuutena, joissa vain oleelliset asiat ovat tärkeitä. Lisäksi oppija siirtyy ulkopuolisen havainnoitsijan roolista osallistuvan suorittajan rooliin, joka on mukana tilanteessa. Aloittelijasta asiantuntijaksi kehitytään, kun kokemuksen karttuessa taidon luonne muuttuu. Kokemuksen kautta karttunut kliininen tieto herkistää asiantuntijan tunnistamaan yksittäisen tilanteen eri vivahteita. (Benner 1993, 28, 46.)

Asiantuntijuudessa korostuvat ammatillinen tietämys, taito soveltaa asiantuntemusta käytännön ongelmien ratkaisuun sekä metakognitiiviset ja korkean ajattelun asteen taidot, joiden tunnusmerkkejä ovat esimerkiksi ymmärryksen syvyys, kyky analysoida asioita kriittisesti ja käyttää tietoa luovasti. Asiantuntija tarvitsee uskoa omiin kykyihinsä suunnitella ja toteuttaa aktiviteetteja, jotka johtavat onnistuneeseen suoritukseen. Noviiisista asiantuntijaksi kasvaminen vaatii ajattelun ja toimintavalmiuksien kehittymisen lisäksi itsereflektion hyödyntämistä ja persoonallisuuden kasvua. (Ruohotie 2006, 106 – 107.)

Kompetenssi eli asiantuntemus ja ammatillinen pätevyys tai osaaminen (Nurmi 2004, 396; Suomi Sanakirja.fi) voidaan määritellä kyvykkyydeksi onnistua työtehtävissä ja -tilanteissa, jolloin henkilö tuntee omien tietojensa ja taitojensa rajat (Hilden 2002, 33; Ruohotie & Honka 2003, 18). Kompetenssi on taitojen, kykyjen ja tietämyksen yhdistelmä, joka auttaa suoriutumaan spesifisestä työtehtävästä. Käsitteellisen oppimisen mallin perusta koostuu persoonallisuuden piirteistä ja ominaisuuksista, jonka päälle oppimiskokemukset rakentuvat. Koulutuksessa, työelämässä ja yhteiskunnassa hankittujen oppimiskokemusten tuloksena syntyy taitojen, kykyjen ja tietämyksen taso. Kompetenssit rakentuvat integratiivisten eli kokonaisuudeksi yhdistävien (Nurmi 2004, 261) oppimiskokemusten pohjalta. Tällöin keskenään yhdistyvät vuorovaikutuksessa olevat taidot, kyvyt ja tietämys. Ammattiin liittyvistä tehtävistä suoriudutaan kompetenssien avulla. Kyky soveltaa omaa osaamista käytännön tehtäviin on osoitus ammatillisesta osaamisesta. (Ruohotie & Honka 2003, 20.)

Osaamista kuvataan myös ketjuna, jossa yksilölle merkityksellinen teoria- ja käytännön tieto integroituvat ensin kokemustietoon, mihin ammatillisen harjaantumisen myötä yhdistyy yhä kasvava hiljaisen tiedon osuus. Integroinnin ja yhdistämisen kautta syntynyttä osaamista ei saavuteta koulutuksen avulla vaan pitkäaikaisen ammatin harjoittamisen kautta. Hiljainen tieto on henkilökohtaista, syvästi toimintaan juurtunutta ja sidoksissa sitoutumisen asteeseen. (Ruohotie & Honka 2003, 38.)

Minna Porras (2008) kuvaa pro gradu –tutkielmassaan osaamista ja ammattipätevyyttä käsitteillä hoitotyön taidot, vuorovaikutustaidot, hoitotyön tiedot, hoitajaan liittyvät ominaisuudet ja uudistumistaidot. Hoitotyöntaidoilla tarkoitetaan ammatillisen osaamisen kenttää ja oman erikoisalan hallintaa, johon sisältyvät potilaan ohjaaminen oman sairautensa oireiden hallintaan, terveydenhoitoon liittyvien neuvojen ja terveystiedon

tarjoaminen sekä potilaan tukeminen itsehoitoon. Vuorovaikutustaitoja terveydenhuollon ammattihenkilöt tarvitsevat oman alansa asiantuntijoina moniammatillisissa työryhmissä, yhteistyökumppaneiden kanssa ja potilaan ja hoitajan välisessä vuorovaikutuksessa. Hoitotyön tiedoilla tarkoitetaan teoretietoja, joita tarvitaan potilaan kokonaisvaltaiseen hoitamiseen ja itsenäiseen ammatilliseen toimintaan. Terveydenhuollon laki-en tuntemus on edellytys eettiselle päätöksenteolle ja ammatillisesti korkeatasoiselle hoitotyölle. (Porras 2008, 4 – 6.)

Hoitajaan liittyvistä ominaisuuksista kyky itsenäiseen työskentelyyn vaatii tietynlaista asennetta ja työryhmätyöskentely edellyttää työtoverien arvostamista ja kunnioittamista. Työntekijältä vaaditaan kykyä ja halua muutokseen, valmiutta pitää itsensä ajan tasalla ja kehittää taitojaan. Reflektiivinen osaaminen ja omien kykyjen tunnistaminen korostuvat. Uudistumistaidoilla tarkoitetaan työntekijän valmiutta kehittää hoitotyötä. Olen- naisia asioita ovat hoitotyön laadunvarmistus, tuloksellisuuden arviointi, tutkimustiedon luotettavuuden arviointi ja kyky poimia oleellinen tieto. (Porras 2008, 6 – 7.)

Ohjaamis- ja opettamisvalmiudet ovat välttämättömiä terveydenhuollon ammattihenkilöille, koska opetus ja ohjaus ovat olennainen osa potilaan hoitoa. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrittelee tiedon saannin potilaan yhtenä keskeisenä oikeutena terveydenhuollossa. Opetuksen ja ohjaamisen onnistumiseen tarvitaan riittävää tietomäärää ja kykyä käyttää sitä yksilöllisesti potilastilanteissa. Toteuttamista heikentävät kiire, tiedonpuute, toimintaympäristön paineet, sisällön hallinnan ongelmat ja lääketieteellisten termien tulkitseminen arkikielelle. Tieto lisääntyy omaa työtä kehittämällä. Oman työn kehittäminen tulisi vakiinnuttaa osaksi arkityötä ja sen tavoitteita. (Hilden 2002, 57 – 58, 77.)

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden pitää tunnistaa muistisairaudet ja niiden varhaisoireet, koska he ovat omaisten ohella avainasemassa asiakkaan tutkimuksiin saattamisessa. Elisa Pessin (2011, 60, 64) tutkimuksen mukaan muistipotilaiden kanssa työskentelevien ammattihenkilöiden osaaminen ja sen kehittäminen huomioitiin vain 21 %:ssa kunnista. Muistisairauksien varhainen tunnistaminen on vaikeaa, jos muistisairausosaamista ja sen kehittämistä ei pidetä tärkeänä.

Avovastaanoton lääkärin tehtäviin kuuluu muistisairauksien ennaltaehkäisy ja tiedon välittäminen aivojen terveyden edistämisestä. Jokaisen lääkärin perusosaamiseen kuu-

luvat muistisairauksien ehkäisy, muistisairauteen viittaavien oireiden tunnistaminen, kansallisten perusselvitysten tekeminen ja potilaan ohjaaminen jatkohoitoon. Aivojen toiminnan, muistin ja tiedonkäsittelyperiaatteiden, etenevien muistisairauksien oireiden ja diagnostiikan tuntemusta tarvitaan, jotta muistipotilaiden muita sairauksia voidaan hoitaa asianmukaisesti. (Eloniemi-Sulkava ym. 2010, 3144 - 3145.)

Muistisairauksien vaikutus toimintakykyyn, vuorovaikutus muistipotilaiden kanssa ja yhteistoiminta moniammatillisessa tiimissä ovat fysio- ja toimintaterapeuttien osaamisalueella oleellisia (Eloniemi-Sulkava ym. 2010, 3146).

4.4.2 Muistisairauden ennaltaehkäisy ja osaaminen

Terveystieteiden ammattihenkilöillä tulee olla valmius ohjata asiakkaitaan fyysiseen aktiivisuuteen, terveelliseen ruokavalioon, diabeteksen ehkäisyyn, painonhallintaan ja tupakoinnin lopettamiseen, koska elintapamuutoksilla on merkitystä muistisairauksien ehkäisyssä. Aivoterveys ja elintapatekijöiden yhteys muistiin ja muistisairauksien riskiin tulee ottaa puheeksi terveystarkastuksissa ja muilla terveydenhuollon vastaanotoilla. Tueksi on saatavilla välineitä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.)

Muistisairauden riskitestin avulla voidaan arvioida keski-ikäisen henkilön tarvetta elintapojen muutoksiin ja myöhäisiällä esiintyvän muistisairauden todennäköisyyttä. Riskitesti pohjautuu väestöpohjaiseen Kardiovaskulaariset riskitekijät, ikääntyminen ja dementia (CAIDE)-tutkimukseen, ja se korostaa keski-ikäisen verisuonitautien riskitekijöiden merkitystä muistisairauksien synnyssä. Riskitestissä pisteytetään ikä, koulutus, perinnöllisyys, systolinen verenpaine, painoindeksi, kokonaiskolesteroli ja liikunta ja riskipisteet lasketaan yhteen. Kohonneen riskin rajaksi on laskettu 9 pistettä ja sen avulla voidaan löytää henkilöt, jotka hyötyvät tehostetusta elintapaohjauksesta ja kohonneen verenpaineen tai kolesterolipitoisuuden lääkehoidoista. Riskitestin liitteenä on aivoterveyttä tukevia ohjeita. (Pirkanmaan Muistiyhdistys ry 2013; Härmä, Hänninen & Suho-
nen 2010, 97 – 99; Kivipelto ym. 2006, 2067 – 2068.)

Muistiapu on Salon Muistiyhdistyksen Työikäisten Muisti –projektissa (2009 – 2011) yhteistyössä Muistiliiton työikäisten hankkeen (2008 – 2011) kanssa tuottama muisti-asioiden puheeksi ottamisen apuväline perus- ja työterveyshuollon tarkastuksiin. Siihen

on muistisairauden riskitestin lisäksi kerätty tietoa muistiin vaikuttavista tekijöistä, muistioireilun puheeksi ottamisesta, muistihäiriöiden yleisimmistä syistä sekä muistisairausten oireista. (Salon Muistiyhdistys ry 2013.)

Elintapainterventioiden vaikuttavuudesta on vahva näyttö, ja niistä hyötyvät sekä sairastumisvaarassa olevat että jo sairastuneet. Lääkärit ja hoitajat pitävät elintapaohjausta tärkeänä mutta kokevat omat motivoinnin ja ohjauksen keinonsa riittämättömiksi. Perusterveydenhuollon kohdentamattomilla elintapainterventioilla on todettu olevan vähän vaikutusta. Katsausten perusteella useampiin riskitekijöihin tai elintapoihin kohdistuvat sydän- ja verisuonitautien interventiot tulisi kohdentaa niille, joilla on suurentunut riski sairastua. Ohjauksella ja neuvonnalla voidaan vaikuttaa useimpien elintapoihin, kun asiakasta kannustetaan oman käyttäytymisen seurantaan ja siihen perustuvaan tavoitteelliseen toimintaan. Motivoiva haastattelu vuorovaikutustapana vaatii käytännön harjoittelua potilaskohtaamisissa, mutta soveltuu monenlaisille potilaille. Sen vaikutukset ovat pitkäkestoisia ja ajalliset investoinnit pieniä. Oleellista on potilaan kuuntelu, avoimet kysymykset, reflektio ja konkreettiset tavoitteet sekä toteutukseen liittyvät suunnitelmat, joita voidaan tukea seurannalla ja potilasta koskevilla testituloksilla. (Absetz & Hankonen 2011, 2265 – 2272.)

Motivoivaa haastattelua voidaan käyttää silloin, kun potilaan elintavoissa tarvitaan muutoksia. Motivoivan keskustelun keskeinen tavoite on saada potilas kiinnostumaan elintapamuutosten tarpeellisuudesta ja saada hänet ajattelemaan asiaa aktiivisesti. Potilasta kuullaan, myötäilläään, tuetaan hänen itseluottamustaan ja vahvistetaan hänen omia vaihtoehtojaan ja suunnitelmaa muutoksesta. (Terveyskirjasto 2013.) Elintapamuutoksessa on kysymys oppimisprosessista.



KUVIO 1. Muutosvaihemalli (Kurki ym. 2008; Turku 2007.)

Muutosvaihemallin (kuvio 1) avulla kuvataan muutosprosessin vaihteita: 1. Harkintavaiheessa potilas myöntää terveysongelman ja muutoksen tarpeellisuuden omakohtaisesti. 2. Suunnitteluvaiheessa ollaan valmiita pohtimaan eri vaihtoehtoja elintapamuutoksen toteutukselle. 3. Toimintavaiheessa on siirrytty suunnitelmasta toteutukseen ja törmätty myös ensimmäisiin vastoinikäymisiin. 4. Elintapamuutoksen tukemisella on tarkoitus päästä ylläpitovaiheeseen ja tavoitteena on saavutetun muutoksen säilyttäminen ja elintapamuutoksen omaksuminen. 5. Muutosprosessiin kuuluu oleellisesti myös repsahdukset joko tilapäisesti tai pysyvästi. Ne pitää normalisoida ja tukea potilasta aloittamaan oppimisprosessinsa uudelleen. (Turku 2007, 55 - 63.) Terveyden edistämisen näkökulmasta kaikilla terveydenhuollon ammattihenkilöillä tulisi olla valmiudet motivoivaan keskusteluun ja heidän tulisi ymmärtää elintapamuutosprosessin vaiheet, jotta heillä olisi asiantuntemusta pitkäjännitteiseen potilasohjaukseen. Nämä taidot edistävät todennäköisesti myös uskallusta ottaa elintapoihin liittyviä riskitekijöitä puheeksi. (Turku 2007.)

Säännöllinen vapaa-ajan liikunta pienentää muistisairauksien riskiä. Lisäksi liikunta vaikuttaa myönteisesti aivojen terveyteen ja sydän- ja verisuonitautien riskitekijöihin, kuten verenpaineeseen, kolesteroliin, painoainekseen ja diabetekseen. (Kivipelto & Rovio 2006, 143 – 144; Rovio 2008, 49 - 51.) Liikuntaneuvonnan tueksi terveydenhuollon

vastaanotoille on kehitetty liikkumisresepti, jonka avulla potilaan neuvonta tapahtuu keskustellen liikkumisreseptiä täytettäessä. Liikkumisreseptiin kirjataan potilaan liikuntatottumukset ja arvioidaan niiden sisältö terveyden kannalta, liikkumisen tavoitteet, liikkumisohje (liikkumisen tapa, useus, kesto ja rasittavuus), tarpeelliset lisäohjeet ja liikkumisen toteutumisen seuranta. (UKK-instituutti 2013.)

Terveydenhuollon ja liikunta-alan liikuntaneuvontaan tarvittavaa asiakasmateriaalia saa UKK-instituutista. Terveysinfo on terveystietokanta ja hakupalvelu, johon on kerätty tietoja Suomessa saatavilla olevasta, yleisölle suunnatusta terveyden edistämisen aineistosta. (UKK-instituutti 2013.)

4.5 Tiedonhaku ja aikaisemmat tutkimukset

Opinnäytetyötä varten tehtiin keväällä 2013 kaksi erillistä kirjallisuuskatsausta, joiden tulokset on tähän työhön yhdistetty. Varsinainen haku tehtiin Medic-, CINAHL-, PubMed- ja Nelli-monihaku tietokantoihin. Suomen- ja englanninkieliset hakusanat johdettiin tutkimuskysymyksistä. Kaikkien hakujen jälkeen 45 tutkimusta jäi arvioitavaksi. Alkuperäistutkimusten valintaan käytettiin ennalta määriteltäviä sisäänottokriteereitä, ja niiden näytön aste ja laatu arvioitiin valmiilla mittareilla. Tutkimukseen (N=15) hyväksyttiin kahdeksan artikkelia, jotka käsittelivät muistisairauksien ennaltaehkäisyyn liittyvää osaamista ja seitsemän artikkelia, jotka käsittelivät muistisairauksien varhaiseen tunnistamiseen liittyvää osaamista. Alkuperäistutkimukset analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset on esitelty taulukkoina liitteissä 1 ja 2.

Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus oli saada tietoa terveydenhuollon ammattihenkilöiden muistisairauksien ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen toteamiseen liittyvästä osaamisesta. Aihetta on tutkittu vähän. Tutkimuksen tulokset osoittivat kuitenkin, mikä on tärkeää muistisairauksien ennaltaehkäisyssä ja varhaisessa toteamisessa, ja sen perusteella voidaan tulkita, mitä osaamista terveydenhuollon ammattihenkilöt tarvitsevat. Saadut tulokset ovat johdonmukaiset ja toteuttamiskelpoiset suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä.

4.5.1 Muistisairauksien ennaltaehkäisyyn liittyvä osaaminen

Australialaisen tutkimuksen mukaan terveyden edistämistä, ennaltaehkäisyä ja varhaista interventiota dementiariskin alentamiseksi ei yhdistetä jokapäiväiseen terveydenhuollon työhön. Se kuitenkin pitäisi olla mukana kansanterveysohjelmissa ja kaikissa ohjelmissa, joilla pyritään vähentämään kroonisia sairauksia tai valtimosairauksia. Dementian varsinainen syy on edelleen epäselvä ja siksi parantavan hoidon puuttuessa on keskityttävä tehokkaaseen ennaltaehkäisyyn. Dementian ennaltaehkäisyn mahdollisuudet ovat riippuvaisia iästä ja sairastumisriski on riippuvainen monista tekijöistä elämän aikana. Kuolleisuuden vähentyessä väestö elää pidempään, jolloin dementian ilmaantuvuus saattaa jopa nousta korkean iän ollessa dementian suurin riskitekijä. (Ligthart ym. 2010; Travers, Martin-Khan & Lie 2009, 464 – 465.)

Kanadalaisen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tuloksena todettiin, että Alzheimerin taudin primaaripreventiolle on hyvä näyttö vaskulaaristen riskitekijöiden ja erityisesti verenpaineen ehkäisyllä, ja heikompi näyttö elintapatekijöihin vaikuttamisella (Patterson ym. 2008). Travers, Martin-Khan ja Lie (2009) totesivat katsauksessaan, että terveyden edistämistä haittaavat ajan puute, resurssien puute ja tiedon puute sopivasta tuesta. Heidän mukaansa terveyden edistäminen, ennaltaehkäisy ja varhainen puuttuminen kuuluvat jokapäiväiseen työhön.

Ranskalaisen kohorttitutkimuksen mukaan älyllisen toiminnan ja hedelmien sekä kasvien käytön lisääminen ja depression ja diabeteksen eliminoiminen vähentävät tehokkaasti dementian esiintymistä. Myös kansanterveysohjelmilla on merkitystä. (Ritchie ym. 2010.) Yhdysvaltalainen tutkimus totesi välimeren ruokavalion noudattamisella olevan yhteyttä matalampaan kuolleisuuteen ja kroonisten sairauksien esiintyvyyteen. Ruokavaliolla saattaa olla pidemmällä aikavälillä positiivisia vaikutuksia myös dementiaan sairastumisen riskiin vaskulaaristen riskitekijöiden vähenemisen myötä, mutta lisätutkimukset ovat edelleen tarpeen. Välimeren ruokavalio sisältää paljon ruoka-aineita, joilla on todettu olevan positiivisia vaikutuksia kognitioon, muun muassa kala ja sopiva määrä alkoholia. (Féart ym. 2009.) Aarslandin (2010) johtaman pitkittäistutkimuksista tehdyn systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mukaan fyysinen aktiivisuus ehkäisee verisuoniperäisen dementian kehittymistä, ja se pitäisi olla osa sekundaaripreventiota henkilöillä, joilla on riski aivoverisuonten sairauksiin.

Saksalaisten Polidorin, Nellesin ja Pientkan (2010) katsauksen mukaan dementiaa ehkäisevien strategioiden kehittäminen on tärkeää ja preventiivisiä strategioita puuttuu. Elintapatekijät pitäisi olla osa päätöksentekoa, kunnes saadaan laajojen kohorttitutkimusten tuloksia. Ruotsalaisen kirjallisuuskatsauksen mukaan primaaripreventio näyttää mahdolliselta useimpiin riskitekijöihin ja dementian vähentäminen ehkäisevien toimien tai interventioiden avulla on mahdollista (Mangialashe, Kivipelto, Solomon & Fratiglioni 2010).

Kirjallisuuskatsauksen mukaan muistisairauksien ennaltaehkäisyyn liittyvässä osaamisessa tärkeitä ovat kansanterveyden edistäminen ja erityisesti diabeteksen ehkäisy, terveyden edistämiseen liittyvien interventioiden toteuttaminen perusterveydenhuollossa, elintapatekijöihin liittyvä primaaripreventio ja sekundaaripreventiona jo puhjenneiden sairauksien hyvä hoito.

4.5.2 Muistisairauksien varhaiseen tunnistamiseen liittyvä osaaminen

Suomalaisten asiantuntijoiden laatiman suosituksen mukaan muistisairauksien diagnoosi tulee tehdä varhain. Tavoitteena on muistisairauksien ennaltaehkäisy ja avohoito, ammattitaitoiset perusterveydenhuollon yksiköt ja varhainen lääkkeiden aloittaminen. Kuntoutusta ja kuntouttavia lyhytaikaishoitoja pitää kehittää. (Suhonen ym. 2008.) Saksalaisen poikittaistutkimuksen mukaan lääkärit tunnistavat MCI:n (mild cognitive impairment) eli lievän kognitiivisen heikentymän huonosti (11 – 12 %). Korkeamman koulutuksen saaneilta potilailta on vaikeampi tunnistaa pelkkä MCI ja muistioireinen tai useamman oireen sairaus tunnistetaan paremmin. (Kaduszkiewicz ym. 2009.)

Suomalaisten tutkijoiden katsausartikkelissa todetaan, että taloudellisesti järkevällä seulontamenetelmällä tehostetaan muistisairauksien varhaista toteamista. CERAD-tehtäväsarjalle esitetään uudet tarkennetut raja-arvot, jotka parantavat tehtäväsarjan käyttökelpoisuutta perusterveydenhuollon seulontamenetelmänä. (Hänninen ym. 2010.) Itävaltalaisen tutkimuksen mukaan perusterveydenhuollossa kaivataan resurssi- ja aikapulan vuoksi nopeita ja herkkiä työkaluja muistioireiden tunnistamiseksi. Tutkimusryhmä totesi Mini-Cog-testin olevan hyvin herkkä testi, joka on nopea toteuttaa ja näin ollen soveltuu hyvin perusterveydenhuollon käyttöön. Tulosten perusteella potilas lähetetään tarvittaessa jatkotutkimuksiin neurologin vastaanotolle. (Kamenski ym. 2009.)

Mitchell, Meader ja Penttze (2011) kartoittivat kirjallisuuskatsauksessaan yleislääkäreiden valmiutta tunnistaa kognitiivisen alentuman kirjo MCI:stä, jonka vaarana on dementia. Lääkärit tunnistivat 73,4 % niistä, joilla oli dementia ja 75,5 % niistä joilla ei ollut dementiaa. Yleislääkäreillä oli vaikeuksia tunnistaa MCI:t niistä, joilla on lievä dementia.

Suomalaisen alkuperäistutkimuksen mukaan suurimmalla osalla tutkimuksiin ohjatuista potilaista ei todeta etenevää muistisairautta. Kehittämistä tarvitaan sekä etenevien muistisairauksien tunnistamiseen että monia samanaikaisia muistipulmia kokevien potilaiden tilannekohtaisten ratkaisujen tukemiseen. (Remes, Turunen & Ala-Mursula 2012.) Suomalaisessa neuropsykologiseen näkökulmaan pohjautuvassa katsausartikkelissa todetaan, että Alzheimerin taudissa ensioireet painottuvat muistitoimintoihin, vaskulaarissa kognitiivisessa heikentymässä tiedonkäsittelyn ohjaukseen ja otsaohimolohkorap-
peumassa käyttäytymiseen tai kielellisiin toimintoihin. (Jokinen ym. 2012.)

Kirjallisuuskatsauksen mukaan muistisairauksien riskitekijöiden tunnistaminen ja hoito kuuluvat kaikille terveydenhuollossa toimiville. Keskeisimmät tekijät muistisairauksien varhaiseen tunnistamiseen liittyvässä osaamisessa ovat muistioireiden tunnistaminen ja erottaminen vanhenemiseen liittyvistä muutoksista, muistisairauksien tunnistamiseen liittyvien seulontavälineiden tunteminen ja käyttö, perusterveydenhuollon tehtävät muistisairauksien ennaltaehkäisyssä ja sairastuneen perusselvitysten tekijänä sekä muistisairauksien toimivan hoitoketjun rakentaminen.

5 TUTKIMUKSEN MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

Tämä tutkimus tehtiin kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä, jonka aineisto (N=213) oli kerätty strukturoidulla kyselylomakkeella Tampereen ja ympäristökuntien terveyskeskusten ja kahden työterveyshuollon toimipaikan terveydenhuollon ammattihenkilöiltä. Tutkimuksessa mukana olleet toimipisteet ovat MEVA-hankkeen yhteistyökumppaneita. Numeerinen aineisto kerättiin havaintomatriisiin ja se analysoitiin tilastollisesti SPSS-tilasto-ohjelmalla.

Kyselomakkeella oli lisäksi seitsemän avointa kysymystä. Aineisto ryhmiteltiin sisällön erittelyn avulla ja saatiin vastaukset numeeriseen muotoon. Aineisto analysoitiin Excel-taulukkolaskentaohjelmalla prosenttilukuina. Tässä kappaleessa esitetään tutkimuksen menetelmälliset lähtökohdat.

5.1 Kvantitatiivisen tutkimusstrategian esittely

Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus on tutkimustapa, jossa tietoa käsitellään numeerisesti, ja sen tarkoitus on selittää, kuvata, kartoittaa, vertailla tai ennustaa tutkittavaa asiaa tai ilmiötä. Kvantitatiivinen tutkimus kohdistuu muuttujien mittaamiseen, tilastollisten menetelmien käyttöön ja muuttujien välisten yhteyksien tarkasteluun. Määrällisistä asioista voidaan kuvata suuruusluokkia ja asioiden välisiä riippuvuuksia. Kvantitatiivisen tutkimuksen tulosten ymmärtäminen ja oikea tulkinta edellyttää, että tutkija tuntee kohteenaan olevan ilmiön laajasti. (Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 1994, 20 - 21; Vilka 2007, 16, 19; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 55.)

Kvantitatiiviseen tutkimukseen liittyy aineiston keruun kertaluontoisuus ja peruuttamattomuus, jolloin tutkimuksen teoreettinen viitekehys on kehitettävä tutkimuksen suunnitteluvaiheessa. Huonosti toteutettu perusaineiston keruu estää johtopäätösten teon. Kvantitatiivisen tutkimuksen aineistoksi kelpaa kaikki aineisto, joka on muutettavissa numeeriseen muotoon ja mitattavaksi. Tietoa on tiivistettävä ja valikoitava niin, että tutkimusongelman kannalta olennainen tieto saadaan esille. (Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 1994, 35, 45.)

Kvalitatiivisella eli laadullisella tutkimuksella saadaan tietoa ihmisten kokemuksista, tulkinnoista ja käsityksestä tai motivaatiosta jonkin asian suhteen. Kvalitatiivisella tutkimuksen keskeinen tehtävä on lisätä ymmärtämystä tutkimusilmiöstä. Tämän tiedon saamiseen tarvitaan ihmisten omia kuvauksia. Tutkimusaineisto kerätään esimerkiksi kyselyillä tai haastatteluilla. Otoksen valinta on keskeinen osa tutkimuksen laatua, luotettavuutta ja sen arviointia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 49, 57 – 58, 86.) Avoimet kysymykset tuottavat yleensä kvalitatiivisen aineiston. Tämän tutkimuksen avointen kysymysten vastaukset saatiin kvantitatiiviseksi aineistoksi sisällön erittelyn avulla, joka tarkoittaa laadullisen aineiston luokittelua teemoittain määrällisiin luokkiin (Kankkunen & Vehviläinen – Julkunen 2009, 132).

5.2 Aineiston keruumenetelmä

Kyselylomake on yleisin kvantitatiivisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmä. Kyselylomakkeen eli mittausvälineen tulee olla sisällöltään tutkimusilmiötä kattavasti mittaava ja riittävän täsmällinen. Mittausvälineen laatiminen alkaa tutkimuksessa käytettävien käsitteiden määrittelyllä, joka rajaa ja täsmentää käsitteet ja antaa merkityksen ja normit käsitteen käytölle. Määritellyt teoreettiset käsitteet operationalisoidaan mitattavaan muotoon eli tutkija purkaa teoreettisen käsitteen muuttujiksi, joilla tutkimusilmiötä voidaan mitata. Operationalisoinnin tarkan kuvauksen kautta mittaus tehdään näkyväksi. Muuttuja on tutkittavan asian tai ilmiön mittari, jonka avulla aineistoa voidaan tyypitellä, luokitella tai järjestää. Numeroina esitetty aineisto muokataan havaintomatriisiin muotoon, jossa kunkin tutkittavan tiedot esitetään peräkkäisinä numerojonoina. (Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 1994, 35, 45, 76; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 114 – 115.)

Strukturoidussa kyselylomakkeessa kysymysten järjestys on sama kaikille vastaajille. Kysely voidaan toteuttaa paperikyselynä, ja siinä voi olla suljettuja kysymyksiä, jossa vastaajalle annetaan valmiit vaihtoehdot, sekä avoimia kysymyksiä, jolloin vastaaja kirjoittaa vastauksensa sille varattuun tilaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 116.)

Kyselylomakkeen laatiminen on vaativaa, ja se on tehtävä huolellisesti tutkimuksen luotettavuuden takaamiseksi. Muuttujaluettelo perustuu kirjallisuuteen. Kun tutkija päätyy käyttämään valmista mittaria, tutkimuksen teoreettisen taustan laatiminen sen pohjalta voi olla haasteellista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 118.) Kvantitatiivisessa tutkimuksessa kyselylomake on harkittu ja jäsennelty kokonaisuus, jonka toimivuus näkyy myöhemmin tutkimuksen tuloksissa ja analyysissä (Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 1994, 130).

Tutkimuksen kyselylomakkeessa vastausvaihtoehdot muodostavat järjestysasteikon (ordinal scale), jota kutsutaan Likertin asteikoksi. Tutkimushenkilö itse arvioi omaa käsitystään väitteen tai kysymyksen sisällöstä ja muuttuja asettaa mittaustuloksen järjestykseen. Sanallisten järjestysasteikkojen laatiminen on vaikeaa ja arkikielen käsitteet ja sanalliset ilmaisut saattavat tarkoittaa eri ihmisille eri asioita. Asteikon ääripäät ovat vastaajalle helpompia kuin vaihtoehdot asteikon keskivaiheilla. (Vilka 2007, 46; Kankkunen & Vehviläinen – Julkunen 2009, 101 – 102.)

Avoimilla kysymyksillä, joissa esitetään kysymys ja jätetään tyhjä tila vastaamista varten, annetaan vastaajalle mahdollisuus kertoa, mitä hänellä todella on mielessään (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2012, 198, 201).

Tämän MEVA-hankkeen osaamiskyselyn kyselylomakkeen oli laatinut Pirkanmaan Muistiyhdistys ry:n hanketyöntekijät syksyllä 2011. Kyselylomakkeella (liite 3) oli kuusi taustatietokysymystä, joista yksi oli numeerinen avoin kysymys. Varsinaisia tutkimuskysymyksiä ja muuttujia Likertin asteikolla oli 36 kappaletta. Lisäksi kyselylomakkeella on seitsemän avointa kysymystä, joihin vastaajat kirjoittivat oman käsityksensä muistisairauksien ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen toteamiseen liittyvistä asioista.

Otoskoko vaikuttaa tulosten tarkkuuteen. Mitä suurempi otos on, sitä luotettavammat tulokset saadaan. Tutkijan on hyvä varautua myös mahdolliseen katoon. (Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 1994, 108 – 109.) Tämän tutkimuksen perusjoukon muodostivat kuuden terveyskeskuksen ja kahden työterveyshuollon toimipisteen henkilökunta. Havaintoyksikköinä olivat näissä toimipisteissä toimivat terveydenhuollon ammattihenkilöt. Tutkimuksen otos oli sattumanvarainen.

Tämän tutkimuksen osaamiskyselyt jaettiin terveydenhuollon toimintayksiköihin Pirkanmaan Muistiyhdistys ry:n pitämässä info-tilaisuuksissa. Näissä tilaisuuksissa esiteltiin hankkeen perusteita ja suunniteltua toimintaa. (Kotisaari 2014.)

5.3 Aineiston analyysimenetelmä

Tutkimuslomakkeet tarkistetaan, asiattomasti täytetyt poistetaan ja arvioidaan mahdollinen kato. Tutkimuslomakkeet numeroidaan juoksevilla numeroilla, jotta yksittäisen havaintoyksikön tietoja voidaan tarkistaa myöhemmin. Jokaisen havaintoyksikön kaikki tiedot kirjataan ja tallennetaan taulukkoon. Havaintoyksiköiden tietojen syöttämisessä on oltava huolellinen ja aineisto on syytä tarkistaa, koska tallennusvirheet ovat yleisiä. (Vilka 2007, 111, 114.)

Tilastollisten menetelmien valinta perustuu tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimuskysymyksiin. Kvantitatiivisen tutkimuksen keskeiset käsitteet ovat havaintoyksikkö, muuttuja ja arvo. Aineistoa voidaan kuvailla käyttämällä frekvenssejä eli kuhunkin luokkaan kuuluvien tilastoyksiköiden lukumäärää tai prosentti-osuuksia. Taustamuuttujien yhteyttä saatuihin tuloksiin tarkastellaan ristiintaulukoimalla. (Metsämuuronen 2001, 47; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 129 – 130, 132 – 133.)

Tämän tutkimuksen aineistosta tehtiin Excel-tilaukkoon havaintomatriisi kesällä 2013, jossa muuttujat kirjattiin taulukkoon vasemmalta oikealle ja havaintoyksikköjen vastaukset allekkain. Kyseinen havaintomatriisi siirrettiin tutkimustyöhön perehtyneen opettajan ohjauksessa SPSS-tilasto-ohjelmaan (Statistical Package for Social Sciences) syyskuussa 2013. Tutkimuksen aineisto analysoitiin SPSS-tilasto-ohjelmalla. Tämän tutkimuksen tulokset analysoitiin prosenttilukuina, koska muiden menetelmien tulosten tulkinta ei ollut luotettavaa.

Molemmat tutkimuksen tekijät tallensivat avointen kysymysten vastaukset Excel-tilaukkoon. Kunkin kysymyksen vastaukset ryhmiteltiin sisällön erittelyn periaatteella ja saatiin ne numeerisesti tulkittavaan muotoon. Kahdesta aineistosta tehtiin yhteenveto ja tulosten analysointiin käytettiin prosenttilukuja.

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

MEVA-hankkeen suunniteltu hankekausi on 2011 - 2014. Terveystieteiden ammattihenkilöille suunnattu osaamiskysely oli toteutettu hankkeen yhteydessä tammi-huhtikuussa 2012. Pirkanmaan Muistiyhdistys ry:n hanketyöntekijät veivät tutkimuslomakkeet MEVA-hankkeen yhteistyökumppanien toimipisteisiin ennalta sovittujen infotilaisuuksien yhteydessä. Kahteen toimipaikkaan lomakkeet toimitettiin esimiehen välityksellä. Infotilaisuuksiin osallistui eri ammattiryhmiä.

Ohjaava opettaja esitteli helmikuussa 2013 Pirkanmaan Muistiyhdistys ry:n toimeksianton ja tutkimuksen aineiston tämän opinnäytetyön tekijöille, jonka jälkeen sovimme yhteistyöstä ja päätimme tehdä tutkimuksen yhdessä. Alustava tutkimussuunnitelma valmistui 8.3.2013 ja se esitettiin 13.3.2013 Tampereen ammattikorkeakoulussa opettajille ja opiskelutovereille. Tutkimussuunnitelmaan tehtiin tarkennuksia, minkä jälkeen lopullinen tutkimussuunnitelma esitettiin 3.6.2013 seminaarissa Tampereen ammattikorkeakoulussa. Tutkimussuunnitelman lisäksi tehtiin Hakemus/Lupa opinnäytetyön tekemisestä ja Sopimus opinnäytetyön tekemisestä Tampereen ammattikorkeakoulun käyttämille lomakkeille kolmena kappaleena: opiskelijoille, Pirkanmaan Muistiyhdistykselle ja Tampereen ammattikorkeakoululle.

Ohjaava opettaja hyväksyi tutkimussuunnitelman sekä lupa- ja sopimuslomakkeen 13.6.2013, jonka jälkeen dokumentit vietiin Pirkanmaan Muistiyhdistys ry:n hankekoordinaattorille. Aineiston käsittelylle saatiin lupa puhelimitse 18.6.2013. Tutkimusluvan oli hyväksynyt 17.6.2013 Pirkanmaan Muistiyhdistys ry:n toiminnanjohtaja. Allekirjoitetun tutkimusluvan saimme 21.8.2013 ohjaavalta opettajalta.

Kevään ja kesän 2013 aikana molemmat opiskelijat tekivät oman aiheeseen liittyvän kirjallisuuskatsauksen, joiden tulokset yhdistettiin tähän työhön syksyllä 2013. Kesän 2013 aikana kyselylomakkeiden muuttujat syötettiin Excel-taulukkoon havaintomatriisiksi, jonka ensimmäinen versio valmistui 14.8.2013. Havaintomatriisi siirrettiin 11.9.2013 SPSS-ohjelmaan kyselylomakkeen pohjalta luotuun muuttujaluetteloon. Lokakuussa 2013 saimme ohjausta SPSS-ohjelman käyttöön ja tulosten analysointiin tilastotieteen asiantuntijalta. Kyselyn tuloksia analysoitiin marraskuussa 2013 ja alustavat

tulokset esitettiin seminaarissa Tampereen ammattikorkeakoulussa 14.11.2013. Tutkimusraporttia kirjoitettiin tulosten analysoinnin ohessa.

Joulukuussa 2013 kyselyn avoimet kysymykset koottiin Excel-taulukkoon ja analysoitiin sisällön erittelyn avulla. MEVA-hankkeen ohjausryhmältä ja kehitysryhmältä kerättäviä kehittämisehdotuksia varten laadittiin kyselylomake, jossa oli kaksi avointa kysymystä. Tutkimuksen tulokset esitettiin Tampereen ammattikorkeakoulussa opinnäytetyöseminaarissa 6.2.2014. Tutkimuksen toteutus on kuvattu kuviossa 2.



KUVIO 2. Tutkimuksen toteutuksen aikataulu

Osaamiskyselyn tulokset käytiin esittelemässä MEVA-hankkeen hanketyöryhmälle 3.2.2014. Ohjausryhmän jäsenille kyselyn tulokset esitettiin 13.2.2014, jonka yhteydessä heiltä kerättiin kehittämis ehdotuksia kyselylomakkeella. Kehitysryhmän jäsenille osaamiskyselyn tulokset esiteltiin 3.3.2014 ja myös heiltä pyydettiin kehittämis ehdotuksia. Valmis tutkimus esitettiin opinnäytetyöseminaarissa 3.4.2014 Tampereen ammattikorkeakoululla. Tutkimusraportti kirjoitettiin valmiiksi huhtikuussa 2014 ja luovutettiin tarkastettavaksi ohjaavalle opettajalle ja toimeksiantajalle.

Palautettuja osaamiskyselylomakkeita oli 214 kappaletta, joista yksi hylättiin, koska vastaaja ei ollut terveydenhuollon ammattihenkilö. Joissakin lomakkeissa oli vastattu vain osaan kysymyksistä, mutta lomakkeet on kuitenkin otettu mukaan analyysiin. Vastaamattomat kohdat merkittiin havaintomatriisiin merkillä 0. SPSS-ohjelmassa nollat poistettiin ja vastaamaton ruutu oli tyhjä. Ammatiksi oli useammassa lomakkeessa merkitty sekä sairaanhoitaja että terveydenhoitaja, jolloin havaintomatriisiin merkittiin vain terveydenhoitaja. Mikäli vastauksissa oli rastitettu kaksi kohtaa, esimerkiksi 2 (tydyttävä) ja 3 (hyvä), tulkittiin vastaus korkeamman numeron mukaan.

Osaamiskyselylomakkeessa olleiden kysymysten runsaan määrän vuoksi kysymykset taustatietoja lukuun ottamatta jaettiin kolmeen aihepiiriin: yleistieto, ennaltaehkäisy ja varhainen tunnistaminen tutkimuskysymysten ohjaamana. Yleistietoon luokiteltiin muistisairauksiin liittyvät käsitteet, esiintyvyys, määrän ennuste, lääketieteellinen ja hoitotieteellinen tutkimus, muistin toiminta ja muistin rakenne sekä muistiliittoon, muistiyhdistykseen sekä kansalliseen muistiohjelmaan liittyvät kysymykset. Ennaltaehkäisyyn luettiin kuuluviksi muistisairauksien suoja- ja riskitekijöihin liittyvät kysymykset, aivoterveysten edistäminen, riskitesti sekä elintapaohjaukseen ja elintapoihin liittyvät kysymykset. Varhaiseen tunnistamiseen luettiin kuuluviksi muistisairaudesta en-
sioireiden tunnistaminen, hoitoon ohjaus, perusselvitykset, työnjakoon liittyvät kysymykset sekä asiakkaan seuranta.

Kuhunkin aihealueeseen kuuluvat kysymykset yhdistettiin ja laskettiin SPSS-tilasto-ohjelman avulla vastausten keskiarvo kokonaislukuna. Avointen kysymysten vastausprosentit laskettiin manuaalisesti Excel-taulukkolaskentaohjelmaan luokiteltujen vastausten pohjalta. Kyselylomakkeessa koulutustarve oli kysytty jokaisen pienen kysymyksen kohdalla erikseen. Koulutustarve analysoitiin siten, että lomakkeesta laskettiin ma-

nuaalisesti, onko kyllä vai ei vastauksia enemmän. Mikäli jokin kohta oli jätetty tyhjäksi, tulkittiin tämä ei-vastaukseksi.

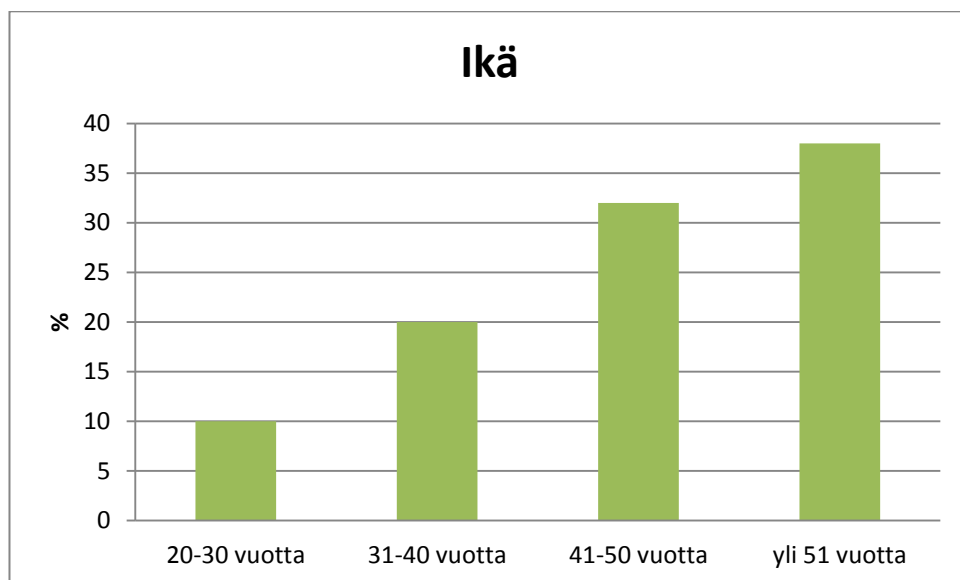
7 OSAAMISKYSELYN TUOTTAMAT TULOKSET

Tässä kappaleessa esitetään tutkimuksen tulokset. Avointen kysymysten autenttisia vastauksia on käytetty tukemaan tuloksia.

7.1 Taustatietoja

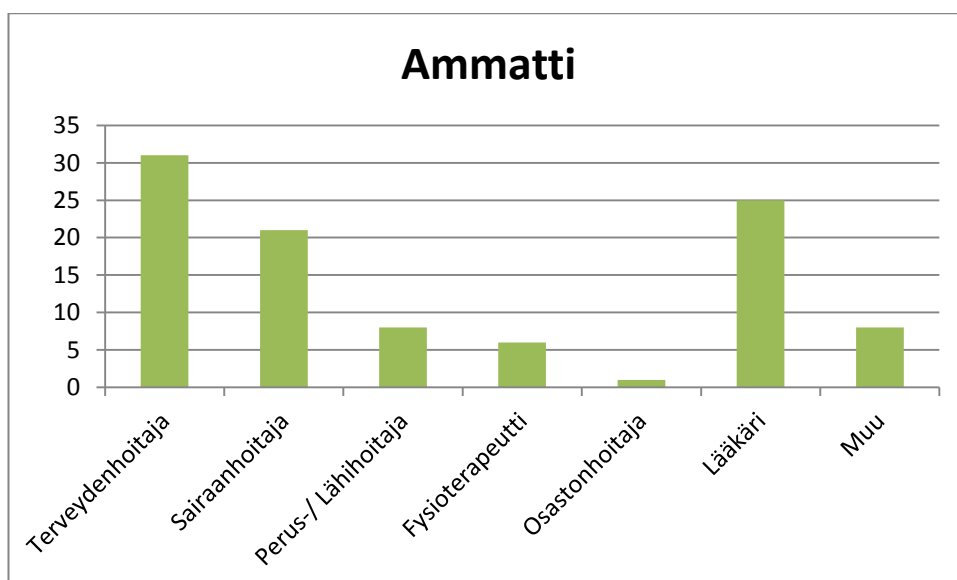
Vastaajien taustatiedoista kartoitettiin ikä, työkokemus ja ammattiryhmä.

Tutkimuskyselyyn vastanneista terveydenhuollon ammattihenkilöistä suurin osa (38 %) oli yli 51 -vuotiaita. 41 – 50-vuotiaita oli 32 %, 31 – 40-vuotiaita oli 20 % ja nuoria 20 – 30-vuotiaita vastanneista oli 10 %. (kuvio 3).



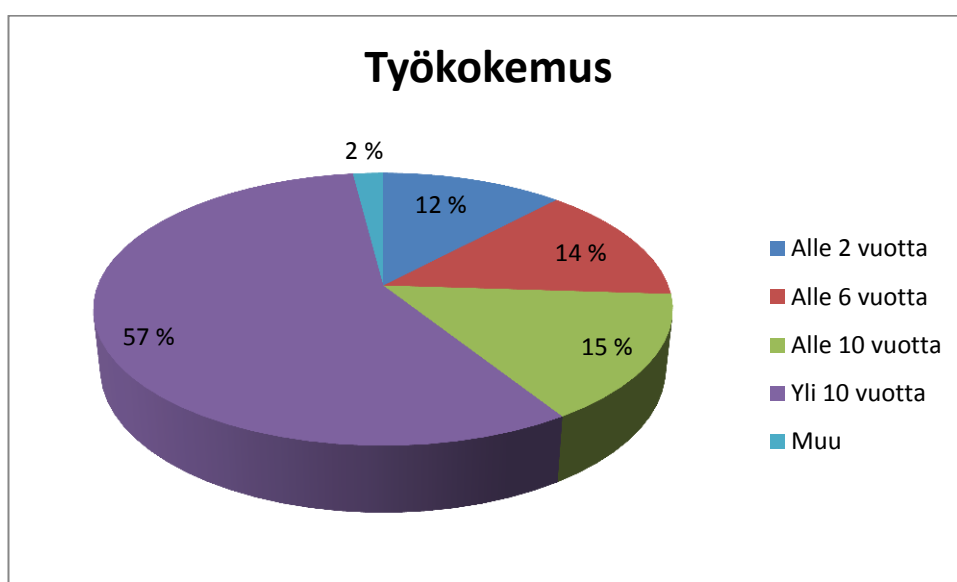
KUVIO 3. Ikäjakauma.

Vastaajista yli puolet oli terveyden- tai sairaanhoitajia (31 % ja 21 %). Loput vastaajista olivat perus- tai lähihoitajia 8 %, fysioterapeutteja 6 %, osastonhoitajia 1 % ja lääkäreitä 25 %. (kuvio 4.) Vastausvaihtoehtojen muut oli valinnut kahdeksan prosenttia vastaajista. Muihin ammatteihin olivat vastaajat listanneet työterveyspsykologi, psykologi, työterveyshoitaja, vastaava työterveyshoitaja, terapiatyöntekijä, sosiaalityöntekijä, kuntoutusohjaaja, virikeohjaaja sekä hoitoapulainen.



KUVIO 4. Vastaajien ammatti.

Suurimmalla osalla vastaajista oli pitkä työkokemus. Yli puolella työkokemusta oli yli kymmenen vuotta (57 %). Kaksi prosenttia vastanneista oli valinnut vastausvaihtoehdon muu ja tarkentanut olleensa työssä yli 30 vuotta. Alle kymmenen vuoden työkokemus oli 15 %:lla ja alle kuuden vuoden työkokemus oli 14 %:lla vastaajista. Alle kaksi vuotta työkokemusta oli 12 %:lla vastaajista. (Kuvio 3.)



KUVIO 5. Vastaajien työkokemus.

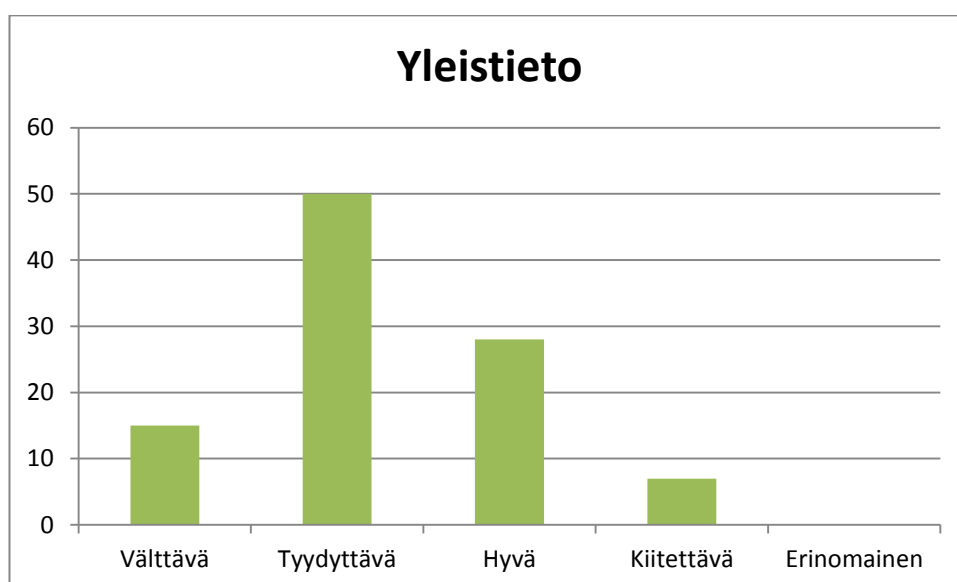
7.2 Osaaminen

Tutkimuslomakkeen kysymysten runsaan määrän vuoksi osaamiskyselyn kysymykset taustatietoja lukuun ottamatta jaettiin kolmeen aihepiiriin: yleistieto, ennaltaehkäisy ja varhainen tunnistaminen tutkimuskysymysten ohjaamana. Lisäksi tuloksissa käsitellään puheeksi ottamista, ohjaamiseen liittyviä tekijöitä ja koulutustarvetta.

7.2.1 Yleistietoon liittyvä osaaminen

Tuloksissa yleistiedoksi yhdistettiin muistisairauksiin liittyvät käsitteet, esiintyvyys, ennuste, tutkimukseen liittyvät kysymykset, muistin toiminta ja muistisairaudet.

Muistisairauksiin liittyvän yleistiedon subjektiivisen osaamisen koettiin olevan tyydyttävällä tasolla (50 %). Vastausten keskiarvoksi saatiin 2.3 (1= välttävä, 5= erinomainen). Hyvälle tasolle osaamisensa arvioi 28 % vastaajista, välttäväksi 15 % vastaajista ja kiitettäväksi seitsemän prosenttia vastaajista. Kukaan vastaajista ei kokenut oman osaamisen olevan erinomaista. (Kuvio 6.)



KUVIO 6. Muistisairauksiin liittyvän yleistiedon ammatillinen osaaminen.

27 % vastaajista koki, että perustietoa ja tietoa hoidosta tarvitaan.

”..., jotta tulisi kiireen keskellä huomioineeksi asian, joka helposti saattaa jäädä huomiotta jos oireet eivät näy heti.”

7.2.2 Ennaltaehkäisyyn liittyvä osaaminen

Tuloksissa yhdistettiin muistisairauksien suoja- ja riskitekijät, aivoterveysten edistäminen, riskitesti ja elintapaohjaukseen ja elintapoihin liittyvät kysymykset.

Muistisairauksien ennaltaehkäisyyn liittyvän osaamisen koki hyväksi 48 % vastaajista, vastausten keskiarvon ollessa 2.9 (1= välttävä, 5= erinomainen). Tyydyttäväksi sen arvioi 25 % ja kiitettäväksi 21 % vastaajista. Välttävää osaamisen koki olevan neljä prosenttia vastaajista ja erinomaiseksi ennaltaehkäisyyn liittyvän osaamisensa arvioi kaksi prosenttia vastaajista. (Kuvio 7.)



KUVIO 7. Muistisairauksien ennaltaehkäisyyn liittyvä ammatillinen osaaminen.

76 % vastanneista koki muistisairauksien ennaltaehkäisyn omassa työssään tärkeänä tai erittäin tärkeänä. Kuusi prosenttia koki, että ennaltaehkäisy ei ole omassa työssä kovin tärkeää.

”Työikäisille ennaltaehkäisy merkittävässä roolissa”

”Asia tärkeä, mutta sairaanhoitajan päivystysvastaanotolla asiaan ei ole kauheasti aikaa asiakkaan kanssa paneutua!”

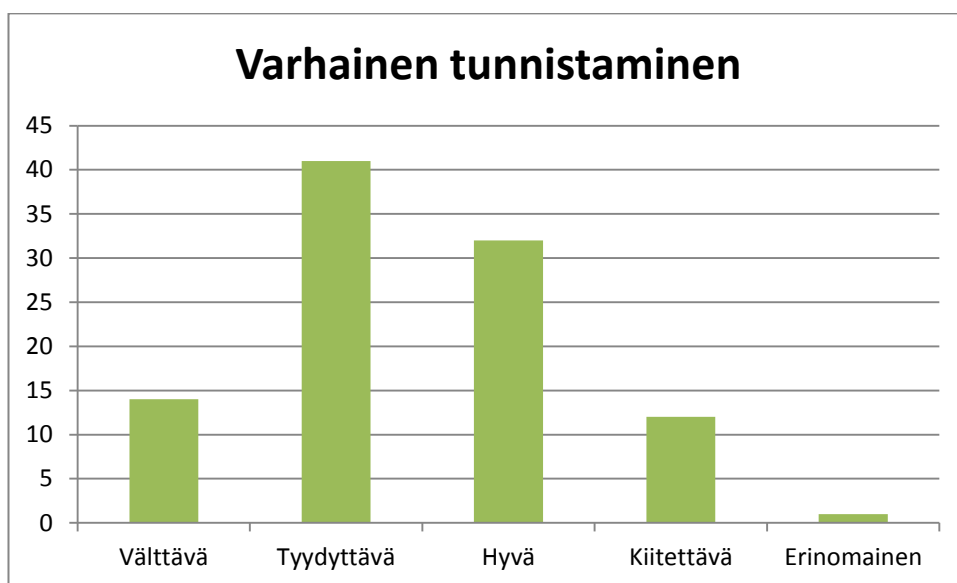
”Pääpaino on kyllä muissa asioissa”

”Tämä ei kylläkään yleensä tule otettua puheeksi esimerkiksi terveystarkastuksissa.”

7.2.3 Varhaiseen tunnistamiseen liittyvä osaaminen

Tuloksissa yhdistettiin muistisairauden ensioireiden tunnistaminen, hoitoon ohjaus, perusselvitykset, työnjakoon liittyvät kysymykset ja asiakkaan seuranta.

Muistisairauksien varhaiseen tunnistamiseen liittyvän ammatillisen osaamisen arvioi 41 % vastaajista tyydyttävälle tasolle ja hyväksi sen arvioi 32 % vastaajista. Vastausten keskiarvoksi saatiin 2.4 (1= välttävä, 5= erinomainen). Välttävää osaamisen koki olevan 14 % ja kiitettävää 12 % vastaajista. Varhaiseen tunnistamiseen liittyvän osaamisensa erinomaiseksi arvioi yksi prosentti vastaajista. (Kuvio 8.)



KUVIO 8. Muistisairauksien varhaiseen tunnistamiseen liittyvä ammatillinen osaaminen.

Muistisairauden ensioireiden tunnistamista piti keskeisenä tai erittäin keskeisenä omassa työssään 71 %. Neljä prosenttia vastaajista koki, ettei varhainen tunnistaminen omassa työssä ole keskeistä.

”Asian puheeksi ottaminen ja oireiden tunnistaminen on tärkeä.”

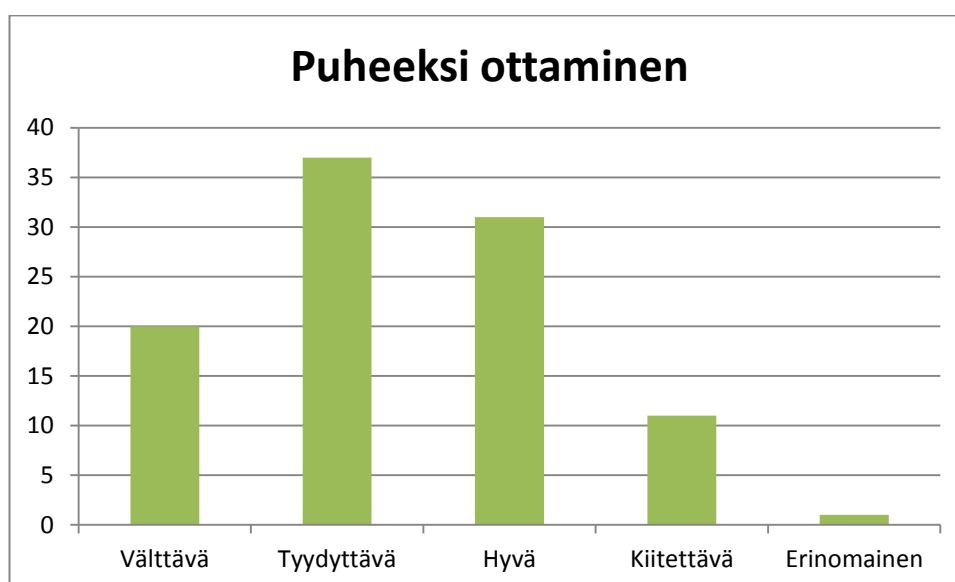
”Muistisairas voi olla asiakkaana missä tahansa hoitoketjun osa-alueella. Jokaisella asiakastyöhön osallistuvalla tulee olla valmiudet.”

”Hyvin keskeisenä, koska asiakkaat ei välttämättä ole varhaisessa vaiheessa muussa terveydenhuollon kontaktissa.”

”Onneksi marginaalinen”

7.2.4 Puheeksi ottaminen

Yksittäisistä kysymyksistä nousi esille puheeksi ottaminen, johon liittyvän ammatillisen osaamisen oli vastaajista yli puolet (yhteensä 57 %) arvioinut välttäväksi tai tyydyttäväksi (20 % ja 37 %). Hyväksi osaamisensa arvioi 31 % ja kiitettäväksi 11 % vastaajista. Erinomaiseksi osaamisensa arvioi yksi prosentti vastaajista. (Kuvio 9.)



KUVIO 9. Puheeksi ottaminen.

Aivoterveysteen liittyvät asiat koki 70 % vastaajista luontevana tai erittäin luontevana osana omaa työtään. Haastavaksi näiden asioiden liittämisen omaan työhön koki seitse-

män prosenttia vastaajista. Viisi vastaajaa koki, että heillä ei ole valmiuksia puheeksi ottamiseen.

”Se kuuluu isona osana esim. kotona selviytymistä sekä riittävien tukipalvelujen arvioinnissa.”

”Asioiden puheeksi ottoa esimerkiksi tarkastuksissa pitää lisätä.”

”Nykyiseen työhön en pidä kovin luontevana.”

7.2.5 Ohjaamiseen liittyvät tekijät

Elintapaohjauksen haasteiksi koki 58 % vastaajista asiakkaan oman motivaation, motiivoinnin sekä annetun ohjauksen ymmärrettävyyden tai asiakkaan kognitiiviset valmiudet omaksua uutta.

”Motivointi, ohjauksen perille meno, tapojen muuttaminen vaikeaa.”

”Vähävaraisten, vähän koulutusta saaneiden ja jo muistisairautta potevien ohjaaminen haasteellisinta, koska heillä on itsestä riippumattomia rajoitteita. Tiedon annostelu oikein heille haasteellista.”

27 % vastaajista koki suurimmaksi haasteeksi aikaresurssin.

”Aikaa elintapaohjaukseen vähän, koska terveystarkastukseen kuuluu myös monia tutkimuksia ohjauksen lisäksi ja aikaa on noin yksi tunti.”

Yhtenevien toimintakäytäntöjen ja ajantasaisen tiedon puutteen koki haasteeksi kuusi prosenttia vastaajista.

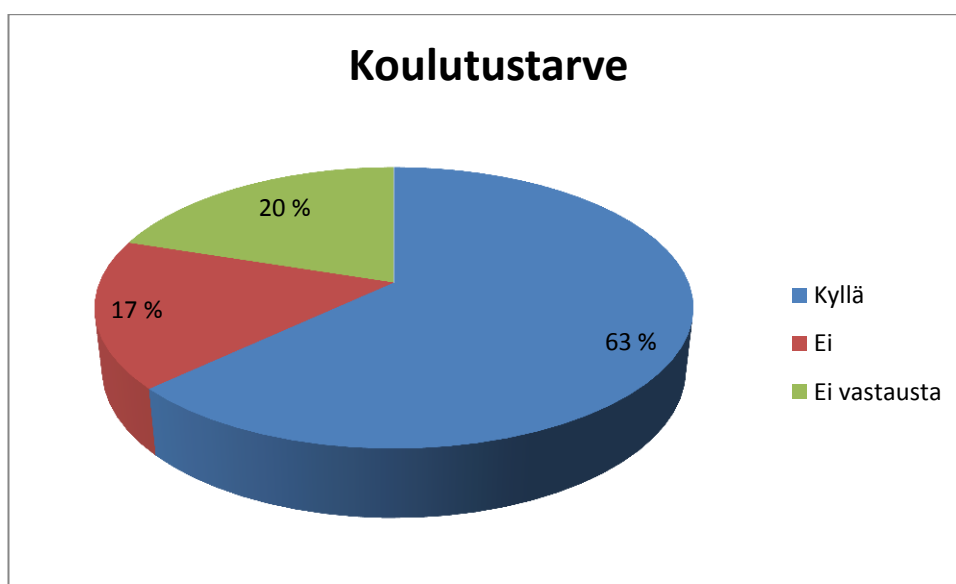
”Se on haasteellista, että ohjataan samalla tavalla, oikein”

Median antaman ristiriitaisen tiedon koki haasteeksi kolme prosenttia vastaajista.

”Jatkuvat ”uutispommit” julkisessa mediassa terveyden, ravitsemuksen yms. alueella”

7.2.6 Koulutustarve

Muistisairauksiin, niiden ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen tunnistamiseen liittyvää koulutusta koki tarvitsevansa 63 % vastaajista. 17 % arvioi, että ei tarvitse koulutusta. 20 % vastaajista oli jättänyt vastaamatta tähän kysymykseen. (Kuvio 10.)



KUVIO 10. Muistisairauksiin, niiden ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen tunnistamiseen liittyvän koulutuksen tarve.

Koulutusta pidettiin oman työn kannalta tärkeänä ja tarpeellisenä. Vastanneista 68 % koki koulutuksen olevan oman työn kannalta tärkeää tai erittäin tärkeää. Vain viisi prosenttia koki, ettei koulutuksella ole merkitystä oman työn kannalta.

”Terveystenhoitajan työssä muistisairauksien ennaltaehkäisy nivoutuu hyvin myös muihin terveyden hallintaan ja elämäntapaohjintaan ja sopii siksi erittäin hyvin osaksi terveysneuvontaan kaiken ikäisille (jopa lapsista alkaen).”

”Työterveyshuollossa vähän merkitystä.”

Muistisairauksiin, niiden hoitoon ja hoitoketjuun liittyvää koulutusta kaipasi 53 % vastaajista. Erilaisista tukimuodoista kaipasi koulutusta 17 % vastanneista. Motivoivan haastattelun mainitsi yksi vastaaja.

”Muistiasioista on vähän tietoa sieltä vähän täältä. Täydennystä ja kertausta aina kaivataan”

”Omaishoidon tuesta, vapaa päivistä, palvelusesteleistä, mahdollisuuksista hakea kuntoutusjaksoa”

78 % vastaajista oli kiinnostunut yhteisistä koulutuksista MEVA-hankkeen yhteistyötoimien kanssa. Koulutusta haluttiin omalla työpaikalla ammattitaidon kehittämiseksi ja eri toimijoiden välisen yhteistyön parantamiseksi.

Osaamiskyselyyn vastanneista terveydenhuollon ammattihenkilöistä suurin osa oli yli 51 -vuotiaita ja yli puolella vastaajista oli takanaan pitkä työkokemus (yli 10 vuotta). Subjekttiivinen osaaminen muistisairauksiin liittyen koettiin kuitenkin olevan tyydyttävällä tasolla. Osaaminen koettiin keskiarvoisesti hyväksi muistisairauksien ennaltaehkäisyn osalta, mutta varhaiseen tunnistamiseen ja muistisairauksien yleistietoon liittyvä osaaminen koettiin olevan vain tyydyttävällä tasolla. Yksittäisistä kysymyksistä nousi esille puheeksi ottaminen, johon liittyvän ammatillisen osaamisen oli vastaajista yli puolet arvioinut välttäväksi tai tyydyttäväksi. Suurin osa vastaajista koki tarvitsevansa lisäkoulutusta muistisairauksiin, niiden ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen toteamiseen liittyen. Suurimmaksi haasteeksi elintapaohjaukselle koettiin asiakkaan oma motivaatio, motivointi sekä annetun ohjauksen ymmärrettävyys tai asiakkaan kognitiiviset valmiudet omaksua uutta.

8 KEHITTÄMINEN YHTEISTYÖSSÄ MEVA-HANKKEEN TOIMIJOIDEN KANSSA

Pirkanmaan Muistiyhdistys ry:n ja MEVA-hankkeeseen osallistuvien organisaatioiden tekemissä sopimuksissa on nimetty ohjausryhmään kunkin tahon edustaja. Ohjausryhmäyöskentely tukee projektin tavoitteiden saavuttamista sekä tulosten arviointia ja hyödyntämistä. Ohjausryhmän tehtävänä on valvoa projektin edistymistä sekä antaa ideoita ja tukea suunnitteluun ja toteutukseen, auttaa verkottumisessa ja toimia tiedonvälittäjänä eri tahojen välillä. (Kotisaari 2014.)

MEVA-hankkeen kehitysryhmä on muodostettu hankkeeseen mukaan lähteneiden terveyskeskusten/-asemien sekä työterveysasemien paikallisista vastuu-/yhdyshenkilöistä sekä muiden yhdistysten edustajista. Kehitysryhmän jäsenet tuovat hankkeeseen oman asiantuntijuutensa, ja he edustavat sisällöllistä ja paikallista terveydenhuollon tuntemusta. Omassa organisaatiossaan kehitysryhmän jäsen toimii työntekijöiden tukena aivoterveiden edistämiseen ja muistisairauksien ennaltaehkäisyyn liittyvässä työssä. (Kotisaari 2014.)

MEVA-hankkeen hanketyöryhmän muodostaa Pirkanmaan Muistiyhdistys ry:n hankekoordinaattori ja kaksi hanketyöntekijää. Hankekoordinaattori vastaa hankkeen koordinoinnista, seurannasta ja raportoinnista yhteistyössä eri toimijoiden kanssa sekä ylläpitää yhteistyöverkostoja. Hän välittää hankkeen tuottamaa ja siihen liittyvää tietoa ja uusia toimintatapoja perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon käyttöön ja vastaa hankkeen tiedottamisesta. Projektityöntekijöiden tehtävänä on tiedotuskampanjan suunnittelu, toteutus ja koordinointi Pirkanmaan kunnissa. He tekevät yhteistyötä perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon kanssa ja osallistuvat kehitysryhmä- ja ohjausryhmäyöskentelyyn. (Kotisaari 2014.)

8.1 Tutkimuksen tulosten esittely

Osaamiskyselyn tulokset käytiin esittelemässä MEVA-hankkeen hanketyöryhmälle 3.2.2014. Paikalla olivat Pirkanmaan Muistiyhdistys ry:n toiminnanjohtaja, hankekoordinaattori ja yksi projektityöntekijä.

Tutkimuksen tulokset esitettiin MEVA-hankkeen ohjausryhmälle 13.2.2014. Power point –dioilla esiteltiin tutkimusta varten tehdyn kirjallisuuskatsauksen tulokset, osaamiskyselyn tulokset ja keskeisten tulosten pohdinta.

Kolmannen kerran tutkimuksen tulokset esitettiin samoilla power point –dioilla MEVA-hankkeen kehitysryhmälle 3.3.2014.

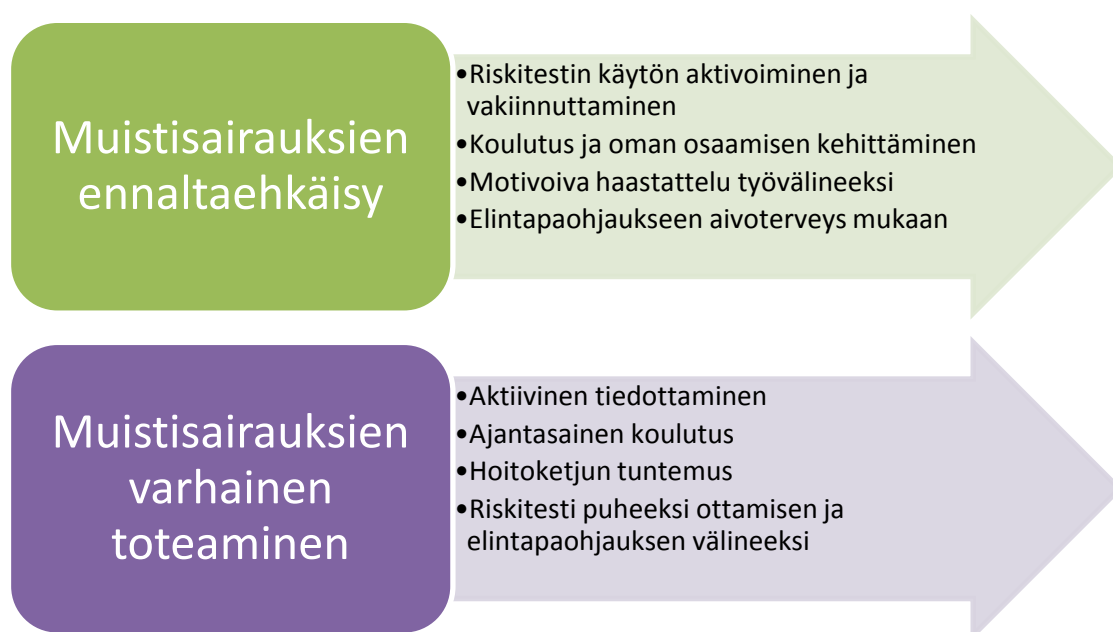
8.2 Kehittämisehdotukset

Osaamiskyselyn tulosten esittelyn yhteydessä ohjausryhmälle ja kehitysryhmälle tehtiin tuloksiin liittyen kysely, jonka tavoitteena oli saada kehittämisehdotuksia muistisairauksien ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen toteamiseen liittyvään osaamisen edistämiseksi.

Kyselyn (liite 4) kysymykset olivat:

1. Mitä kehittämisehdotuksia teillä on muistisairauksien ennaltaehkäisyyn omalla työpaikallanne osaamiskyselyn tulosten pohjalta?
2. Mitä kehittämisehdotuksia teillä on muistisairauksien varhaiseen toteamiseen liittyen omalla työpaikallanne?

Muistisairauksien ennaltaehkäisyyn liittyvinä kehittämisehdotuksina tuotiin esille riskitesti, koulutus, motivoiva haastattelu ja elintapaohjaus (kuvio 11).



KUVIO 11. Ohjaus- ja kehitysryhmien kehittämisehdotukset.

Riskitestin käytön perusteet tulee selventää koulutuksella, ja se pitää saada rutiinikäyttöön keski-ikäisille riskiasiakkaille. Riskitesti tulee kirjata potilastietoihin. Riskitesti todettiin hyväksi puheeksi ottamisen välineeksi elintapaohjaukseen. Se voisi olla myös omahoitopisteessä, jolloin mukana olisi ohjeet yhteydenottoon, jos pisteet ovat korkeat. Terveystenhoitajien aktiivinen rooli riskitestin käytössä ja esillä pitämisessä tuotiin esille.

Koulutuksessa tärkeimmät asiat olivat ajankohtaisen tiedon lisääminen, oman osaamisen kehittäminen ja ensivaiheen kohtaamiseen panostaminen. Ajatus asiantuntijalle (muistihoitaja) lähettämisestä voi estää oman tiedon hankinnan. Myös elintapojen ja lääkityksen sekä perimän huomioon ottaen koettiin koulutuksen olevan tarpeellista. Lisäksi kouluterveydenhoitajat pitäisi saada mukaan koulutuksiin. Koulutuksen kohdentaminen eri työntekijäryhmille koettiin tärkeäksi.

Motivoiva haastattelu tulee saada käyttöön työvälineeksi asioiden esille saamiseksi ja puheeksi ottamisen tueksi. Elintapaohjaukseen tulee ottaa aivoterveys käsitteenä mukaan. Lisäksi vastauksissa tuotiin esille jo olemassa olevan osaamisen ja resurssien käytön vahvistaminen.

Muistisairauksien varhaiseen toteamiseen liittyvinä kehittämis ehdotuksina tuotiin esille tiedottaminen, koulutus, hoitoketju, puheeksi ottaminen ja elintapaohjaus (kuva 11).

Kuntalaisille tiedottaminen on tärkeää, ja se pitäisi olla jatkuvaa esimerkiksi nettisivuilla ja tietoisuuksina.

Koulutusta tarvitaan, jotta kaikilla olisi ajantasaiset tiedot. Teemakoulutuksilla palautetaan asioita mieleen ja oivallusta tarvitaan, jotta ymmärretään muistiasian vaikutus 20 vuoden päähän. Aivoviikko pitäisi hyödyntää ajankohtaisena. Paikallisen hoitoketjun tunteminen ja sen juurruttaminen osaksi kokonaisvaltaista hoitotyötä on tärkeää.

Muistisairauden mahdollisuuden puheeksi ottaminen ja tilannearviot tapahtuvat yhteistyössä työterveyshuollon kanssa tai kehityskeskusteluissa. Elintapaohjauksessa muistiriskitesti pitää ottaa puheeksi oton välineeksi ja elintapaohjausryhmiä tulee lisätä.

9 POHDINTA

9.1 Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan validiteetin ja reliabiliteetin avulla. Validiteetin avulla arvioidaan, onko tutkimuksessa mitattu sitä, mitä oli tarkoituskin mitata ja onko teoreettiset käsitteet onnistuttu operationalisoimaan luotettavasti muuttujiksi. Reliabiliteetti viittaa tulosten pysyvyyteen ja toistettavuuteen ja tutkimusmittarin kykyyn tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152.)

Tutkimuksen validius liittyy tutkimuksen teoriaan ja käsitteisiin ja tarkoittaa kyselytutkimuksessa käytännössä sitä, miten onnistuneita kysymykset ovat ja saadaanko niiden avulla vastaus tutkimusongelmaan (Heikkilä 2010, 186; Tuomi 2008, 150). Määrällisessä tutkimuksessa virheitä ei voi korjata enää aineiston keruun jälkeen, joten kyselylomakkeen huolellinen suunnittelu ja sen esitestaus ovat myös luotettavuuteen vaikuttavia tekijöitä. Testaamisen avulla arvioidaan mittarin toimivuutta suhteessa tutkimusongelmaan, mittarin vastausohjeiden selkeyttä ja toimivuutta, kysymysten täsmällisyyttä, selkeyttä ja yksiselitteisyyttä, kysymysten kykyä mitata juuri sitä asiaa, jota on tarkoitus ja lomakkeen pituutta ja vastaamiseen käytetyn ajan kohtuullisuutta. (Vilka 2007, 78.)

Tämän tutkimuksen lähtökohdan suunnittelu, teoriataustaan paneutuminen ja operationalisointivaihe ovat jääneet heikoksi. Tutkimuksen kyselyyn on kerätty kaikki aiheeseen liittyvä tieto, mutta lomakkeen tekijät eivät ole pohtineet, kuinka saatua aineistoa analysoidaan ja mitä tietoa oikeasti halutaan ja tarvitaan. Kyselylomaketta ei ole esitestattu eikä sen käyttökelpoisuutta tämän tutkimuksen toteutukseen ole arvioitu ennen kyselyn tekemistä.

Tutkijoina saimme muiden keräämän osaamiskyselyn valmiin aineiston, jonka tulokset analysoimme. Tutkimuksen tulokset ryhmiteltiin yleistiedon osaamiseen, ennaltaehkäisyn osaamiseen ja varhaisen toteamisen osaamiseen. Nämä vastaavat asettamiimme tutkimuskysymyksiin ja pohjautuvat kirjallisuuskatsaukseen ja aiheesta kirjoitettuun teoriaan. Tulokset tulkittiin prosenttijakaumina. SPSS-tilasto-ohjelman käyttöön saimme ohjausta useammalta asiantuntijalta.

Tutkimuksen reliabiliteetin arvioinnissa huomioidaan, miten onnistuneesti otos edustaa perusjoukkoa, mikä on vastausprosentti, miten huolellisesti havaintoyksikköjen kaikkia muuttujia koskevat tiedot on syötetty ja millaisia mittausvirheitä tutkimukseen sisältyy eli mittasiko mittari tutkittavia asioita kattavasti. (Vilkkä 2007, 150.) Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on tarkoitus saada yleistettäviä tuloksia (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2012, 180). Edustavuus ja yleistettävyys edellyttävät, että otanta on edustava ja vastausprosentti nousee yli 70 – 80 prosentin (Tuomi 2008, 142). Päätelmien teko ja tulosten yleistäminen edellyttävät, että otos edustaa perusjoukkoa. Otos edustaa perusjoukkoa, kun tutkittavien joukossa on eri ammattiryhmien edustajia samassa suhteessa kuin niitä on koko perusjoukossa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2012, 180.)

Tämän tutkimuksen otoksen kokonaismäärä on epäselvä ja otos on sattumanvarainen eikä edusta terveyskeskuksissa ja työterveyshuollossa toimivia terveydenhuollon ammattihenkilöitä oikeassa suhteessa. Tutkimuskyselyyn oli vastannut eri yksiköissä eri ammattiryhmien edustajat. Tutkimuksen tuloksia ei voida yleistää, mutta ne ovat suuntaa-antavia ja niistä voidaan päätellä terveydenhuollon ammattihenkilöiden osaamista. Vastausprosenttia ei pystytty laskemaan eikä arvioimaan katoa, koska luotettavia tietoja jaettujen tutkimuslomakkeiden määrästä ja niiden kohdentamisesta ei ole tiedossa.

Molemmat tutkijat tekivät tietojen syöttämisen havaintomatriisiin huolellisesti syöttövirheiden minimoimiseksi. Tutkimuksen mittariin liittyviä virheitä ovat puuttuvat tiedot. Alzheimerin tautia koskevan kysymyksen vastaus puuttui monesta kaavakkeesta. Kysymystila oli kapea ja hukkui huomaamattomana muiden väliin. Palautetuissa tutkimuskyselyissä oli myös useita osittain täytettyjä kaavakkeita.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että tutkijoita oli kaksi, ja molemmat työskentelivät itsenäisesti, minkä jälkeen tulokset ja raportti kirjoitettiin yhteistyössä vaihteittain.

9.2 Tutkimuksen eettiset kysymykset

Tutkijoiden tulee noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä, joka tarkoittaa tiedeyhteisön tunnustamien toimintatapojen noudattamista, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä ja tulosten esittämisessä, muiden tutkijoiden työn ja saavutusten asianmukaista huomioonottamista, omien tulosten esittämistä oikeassa valossa sekä tieteen

avoimuuden ja kontrolloitavuuden periaatteen kunnioittamista (Tuomi 2008, 143). Tutkimusraportin laadinnassa huomioitavia eettisiä kysymyksiä ovat plagiointi, tulosten sepittäminen ja puutteellinen raportointi (Kankkunen & Vehviläinen – Julkunen 2009, 182). Tämä tutkimusraportti on laadittu Pirkanmaan Muistiyhdistys ry:n toimeksiantona. Tutkimussuunnitelma saatiin valmiiksi ja hyväksyttiin 17.6.2013, jonka jälkeen saimme puhelimitse luvan aineiston käsittelylle. Tutkijoina saimme kyselylomakkeilla kerätyn valmiin aineiston, jonka analysoimme ja esitämme tulokset alkuperäisinä ja rehellisesti. Tutkimuksen kulun olemme raportoineet mahdollisimman tarkasti ja totuudenmukaisesti. Tämän tutkimuksen toteutuksessa on puutteita, joita on kirjattu tutkimusraporttiin.

Saatekirjeen ja tutkimuksen esittelyn (infon) tehtävä on kertoa vastaajille tutkimuksen perustiedot eli mitä tutkitaan, kuka tekee tutkimusta, miten vastaajat on valittu, mihin tutkimustuloksia käytetään ja miten aineisto säilytetään ja hävitetään. Hyvin laadittu saatekirje voi vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. (Vehkalahti 2008, 45 – 46.) Tämän tutkimuksen mukana ei ole mennyt saatekirjettä tutkimukseen osallistujille. Terveystieteiden yksiköissä oli pidetty infotilaisuus, jossa esiteltiin MEVA-hankkeen perusteita ja suunniteltua toimintaa. Tämän infotilaisuuden yhteydessä jaettiin osaamiskyselyn kyselylomakkeet, joita ei silloin esitelty yksiköiden terveystieteiden ammattihenkilöille tutkimuksen näkökulmasta, koska ajatus tutkimuksesta tuli hanketyöntekijöille vasta puoli vuotta myöhemmin. (Kotisaari 2014.)

Tutkimuksen luottamuksellisuuteen kuuluvat lupaus tietojen luottamuksellisuudesta, vaitiololupauksesta ja salassapitovelvollisuudesta (Vilkkä 2007, 164). Anonymiteetti tarkoittaa, että tutkimustietoja ei luovuteta kenellekään tutkimusprosessin ulkopuoliselle ja aineisto säilytetään lukitussa paikassa ja salasanoilla suojattuna. Pienen aineiston osallistujien anonymiteetti voidaan turvata kuvaamalla taustatiedot keskiarvoina. (Kankkunen & Vehviläinen – Julkunen 2009, 179.) Tässä tutkimuksessa tutkittavien henkilötiedot eivät tulleet missään vaiheessa tutkijoiden tietoon, joten anonymiteetti säilyi kaikkien osalta. Tutkimuksen kyselylomakkeita säilytettiin asiallisesti kansioissa ja ne palautettiin Tampereen ammattikorkeakoululle silppurilla tuhottaviksi. Aineisto oli tallennettuna henkilökohtaisessa käytössä oleville kannettaville tietokoneille. Taustatietojen kuvaamiseen käytettiin koko otoksen keskiarvoja.

Hoitotieteellisen tutkimuksen eettisten ohjeiden periaatteiden mukaan tutkija estää ja minimoi mahdolliset haitat ja edistää kaikkien tutkittavien hyvää sekä varmistaa, että kaikki tutkittavat ovat samanarvoisia suhteessa tutkimuksen hyötyihin ja haittoihin (Kankkunen & Vehviläinen – Julkunen 2009, 176). Tässä tutkimuksessa emme voineet analysoida ja osoittaa eri yksiköiden välistä osaamista. Eri yksiköiden vastaajat olivat hyvin eri ammattiryhmistä ja saadut tiedot eivät olisi olleet vertailukelpoisia, eikä niiden esittäminen olisi ollut eettisesti oikein. Tutkimuksen tulokset esitettiin koko otoksesta prosenttijakaumina, jotta mikään ammattiryhmä tai kohdeyksikkö ei erotu tuloksissa.

9.3 Tulosten tarkastelu suhteessa teoreettisiin lähtökohtiin

Terveystieteellisen tutkimuksen ammattihenkilöille suunnatun osaamiskyselyn tarkoituksena oli kartoittaa eri yksiköissä toimivien henkilöiden subjektiivista kokemusta siitä, mitä muistisairauksien ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen toteamiseen liittyvää osaamista heillä on ja onko työkokemuksella merkitystä subjektiivisesti arvioituun osaamiseen.

Terveystieteellislaki (2010), Kansallinen muistiohjelma 2012 – 2020 ja Terveystiete 2015 - kansanterveysohjelma ohjeistavat, että aivoterveystieteiden edistäminen ja muistisairauksien ehkäiseminen kuuluvat jokaiselle terveystieteiden ammattihenkilölle. 76 % osaamiskyselyn vastaajista piti ennaltaehkäisyä tärkeänä ja kuusi prosenttia vastaajista koki, ettei ennaltaehkäisy ole kovin tärkeää heidän työssään. 69 % vastaajista koki, että heidän ennaltaehkäisyyn liittyvä osaamisensa on hyvää tai kiitettävää. Näiden tulosten mukaan noin kolmasosalla terveystieteiden ammattihenkilöistä ei ole riittävää osaamista tai he eivät huomioi aivoterveystieteiden edistämistä osana omaa työtään.

Muistisairauksien ilmaantuvuutta voidaan vähentää kiinnittämällä huomiota aivoterveystieteiden edistämiseen ja asiakkaan muistisairaudesta riskitekijöihin viimeistään keski-ikässä. Järjestelmällisellä ennaltaehkäisyllä voidaan vaikuttaa myös muistisairauksien aiheuttamiin sosiaali- ja terveystieteiden menoihin. Travers, Martin-Khan & Lien (2009, 464 – 465) tutkimuksen mukaan terveystieteiden edistämistä, ennaltaehkäisyä ja varhaista interventiota dementiariskin alentamiseksi ei yhdistetä jokapäiväiseen terveystieteiden työhön, mutta heidän mukaansa terveystieteiden edistäminen, ennaltaehkäisy ja varhainen puuttuminen kuitenkin kuuluvat jokapäiväiseen työhön. Osaamiskyselyyn vastanneista enemmistö piti muistisairauksien ennaltaehkäisyä keskeisenä ja luonnollisena asiana

omassa työssään. Työikäisille ennaltaehkäisyyn koetaan olevan merkittävässä roolissa, mutta työn pääpaino on silti muissa asioissa eikä muistiasioita tule herkästi otettua puheeksi terveystarkastuksissa. Päivystysvastaanotolla ei koeta olevan aikaa keskittyä ennaltaehkäisevään työhön.

Lähes kolmannes tämän osaamiskyselyn vastaajista kokee ennaltaehkäisevää työtä haittaavan resurssien ja ajan puute. Suurimmiksi esteiksi ennaltaehkäisevän työn toteutumiseksi koetaan kuitenkin asiakkaan tai potilaan motivointi elintapamuutoksiin sekä asiakkaan valmiudet ottaa vastaan tietoa. Travers, Martin-Khan ja Lie (2009) totesivat katsauksessaan, että terveyden edistämistä haittaavat ajan, resurssien ja tiedon puute sopivasta tuesta.

Osaamiskyselyyn vastanneista enemmistö piti muistisairauden ensioireiden tunnistamisesta keskeisenä tai erittäin keskeisenä omassa työssään. Muistioireiden puheeksi ottamiseen liittyvän ammatillisen osaamisen arvioi yli puolet vain välttäväksi tai tyydyttäväksi. Tärkeitä havaintoja olivat, että muistioireinen asiakas voi olla missä tahansa hoitoketjun alueella, ja toisaalta muistioireisella asiakkaalla voi olla vähän terveydenhuollon kontakteja. Remes, Turunen & Ala-Mursulan (2012) tutkimuksen mukaan etenevien muistisairauksien tunnistamiseen sekä monia samanaikaisia muistipulmia kokevien potilaiden tilannekohtaisten ratkaisujen tukemiseen tarvitaan kehittämistä. Asiantuntija suosituksen mukaan muistioireista kärsivän potilaan tutkimukset voidaan järjestää perusterveydenhuollossa, jos siellä on riittävää osaamista ja diagnostiset jatkotutkimukset tehdään moniammatillisella muistipoliklinikalla. Muistipotilaan toimiva hoitoketju on saumaton palvelukokonaisuus, jossa tarvitaan riittävää osaamista ja riittäviä henkilöstö-, tila ja tutkimusresursseja. (Suhonen ym. 2008.)

Elintapaohjauksen suurimmaksi haasteeksi koettiin asiakkaan oma motivaatio, motivointi sekä asiakkaan kyky vastaanottaa annettua ohjausta. Elintapamuutos on oppimisprosessi, jonka apuvälineenä voidaan käyttää motivoivaa haastattelua, jolloin asiakas joutuu itse aktiivisesti miettimään elintapojaan. Terveydenhuollon ammattihenkilöillä tulisi olla valmiudet motivoivaan keskusteluun ja heidän tulisi ymmärtää muutosprosessin vaiheet, jotta heillä olisi asiantuntemusta pitkäjännitteiseen potilasohjaukseen. Nämä taidot edistävät todennäköisesti myös uskallusta ottaa elintapoihin liittyviä riskitekijöitä puheeksi. (Turku 2007.)

Osaamiskyselyyn vastanneista vain yksi vastaaja toi avoimissa kysymyksissä esille motivoivan haastattelun, joka vuorovaikutustapana soveltuu monenlaisille potilaille. Sen vaikutukset ovat pitkäkestoisia ja ajalliset investoinnit pieniä, kun työntekijä harjaantuu käyttämään sitä potilaskohtaamisissa. Elintapainterventioista hyötyvät sekä sairastumisvaarassa olevat että jo sairastuneet. (Absetz & Hankonen 2011.) Kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella tärkeää on elintapatekijöihin liittyvä primaaripreventio, erityisesti diabeteksen ehkäisy ja sekundääripreventiona jo puhjenneiden sairauksien hyvä hoito.

Tuloksissa yllättivät vastaajien korkea ikä sekä pitkä työkokemus, ja silti ammatillinen osaaminen koettiin vain hyväksi tai tyydyttäväksi. Ristiriitaista heikon ammatillisen osaamisen kanssa oli myös se, että suurin osa vastaajista koki aivoterveysteen liittyvät asiat luontevana tai erittäin luontevana osana omaa työtään. 63 % osaamiskyselyyn vastanneista koki tarvitsevansa lisäkoulutusta muistisairauksiin, niiden ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen toteamiseen liittyen. 20 % vastaajista oli jättänyt vastaamatta tähän kysymykseen. Ihmetystä herättivät myös vastaukset, joissa työntekijä myöntää ammatillisen osaamisen olevan heikkoa, mutta ei silti koe tarvitsevansa lisäkoulutusta. Ruohotie & Hongan (2003) tutkimuksen mukaan kyky soveltaa omaa osaamista käytännön tehtävään on osoitus ammatillisesta osaamisesta. Ohjauksen onnistumiseen tarvitaan riittävästi tietoa ja kykyä käyttää sitä yksilöllisesti potilastilanteissa (Hilden 2002). Kansallisen muistiohjelman 2012 – 2020 mukaan aivoterveysten edistämiseksi tarvitaan riittävää osaamista. Terveystenhuoltolaki (2010) suosittaakin terveydenhuollon ammattihenkilöitä osallistumaan täydennyskoulutukseen.

Tulosten pohjalta jäi askarruttamaan, koetaanko osaaminen todella huonoksi vai voisiko osittain olla kyse siitä, ettei osata yhdistää elintapatekijöitä muistisairauksien ennaltaehkäisyyn. Sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijät ja ennaltaehkäisy ovat olleet esillä hyvin pitkään, joten voisi ajatella, että sydän- ja verisuonisairauksien ennaltaehkäisy olisi tuttua terveydenhuollon ammattihenkilöille. Pääsääntöisesti samalla ohjauksella ehkäistään myös muistisairauksia. Voisiko olla, että kysymys ei ole tiedon puutteesta vaan sopivien menetelmien tai toimintatapojen puutteesta?

9.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tämän tutkimuksen tulokset terveydenhuollon ammattihenkilöiden muistisairauksien ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen tunnistamiseen liittyvästä osaamisesta eivät ole yleistettävissä, mutta ne osoittavat subjektiivisesti arvioidun osaamisen olevan keskimäärin tyydyttävällä tai korkeintaan hyvällä tasolla. Tulosten perusteella voidaan arvioida, että noin kolmasosalla terveydenhuollon ammattihenkilöistä aiheeseen liittyvä osaaminen on puutteellista.

Kansallisen muistiohjelman 2012 – 2020 tavoitteena on, että ihmisten tietoisuus aivoterveystyöstä lisääntyy ja että sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset vahvistavat osaamistaan ohjata ja tukea väestöä tekemään aivojen terveyttä edistäviä valintoja elintavoissaan. Perusterveydenhuollossa tehdään töitä niukkenevin voimavaroin ja uhkana on, että ennaltaehkäisevää työtä supistetaan kaiken aikaa. Ennaltaehkäisevä työ on pitkäjänteistä, ja sen pitäisi toteutua sekä perusterveydenhuollossa että työterveyshuollossa jo ennen muistioireiden ilmenemistä. Ennaltaehkäisevään työhön pitää varata riittävät resurssit, ja sen pitäisi näkyä myös kunnallisessa päätöksenteossa ja strategisissa linjauksissa. Kunnallisten päättäjien tietämystä ennaltaehkäisevän työn arvosta ja muistisairauksien aiheuttamista lisääntyvistä sosiaali- ja terveydenhuollon menoista tulee lisätä. Kansallisen muistiohjelman 2012 – 2020 mukaan terveyden edistämisen ohella aivojen terveyden edistäminen tulee sisällyttää strategioihin, jotka konkretisoituvat kuntien toimintasuunnitelmissa ja talousarvioissa.

MEVA-hankkeen ohjausryhmän kokouksessa 13.2.2014 esityksen jälkeen käydyssä keskustelussa vahvistui tämän tutkimuksen merkitys: aivoterveystyön edistäminen ja vastuu muistisairauksien varhaisesta tunnistamisesta kuuluu kaikille terveydenhuollon ammattihenkilöille. Tutkimustulokset osoittavat, että perusterveydenhuollossa tarvitaan koulutusta aiheesta, uusia työkaluja ja asenteellista muutosta.

Puheeksi ottaminen koettiin vaikeaksi. Sen voisi nähdä myös vastuunottona: onko työntekijällä uskallusta kysyä elintapoihin tai muistioireisiin liittyviä asioita potilaalta ja kykeneekö hän ottamaan vastuun siitä tehtävästä tai toiminnasta, joka vastauksesta seuraa. Vahva ammatillinen osaaminen auttaa selviytymään spesifistäkin työtehtävästä. Ehkä perusterveydenhuoltoon tarvitaan lisää aivoterveystyön edistämiseen ja muistisairauksien varhaiseen tunnistamiseen perehtyneitä osaajia, jotka tiedottaisivat asioita, olisi-

vat konsultoitavissa ja ylläpitäisivät keskustelua aiheesta. Työterveyshuollossa kaivataan ensisijaisesti välineitä muistisairauksien varhaiseen tunnistamiseen ja työikäisen muistipotilaan hoitoketjun kehittämistä.

Riskitestin vakiinnuttaminen käyttöön vastaanotoille on tehokas ja edullinen tapa arvioida potilaan muistisairausriskiä. Se toimii hyvänä ennakointina ennen tarkempia tutkimuksia, ja ehkä sitä voisi käyttää myös poissulkevana toteamaan, ettei muistisairausriskistä ole kysymys esimerkiksi uupuneen potilaan kanssa. Riskitestin avulla voi ottaa puheeksi tyypin 2 diabeteksen, sydän- ja verisuonitautien ja ylipainon yhteyden muistisairauksiin ja samalla tukea potilasta elintapamuutokseen myönteisesti.

Pirkanmaan Muistiyhdistys ry:n on tarkoitus kehittää muistisairauksien ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen toteamiseen liittyvää koulutusta ja sen sisältöä osaamiskyselyn tulosten pohjalta. Tutkimuksen tulosten perusteella voidaan todeta, että terveydenhuollon ammattihenkilöiden koulutustarve muistisairauksien ennaltaehkäisyyn ja varhaisen toteamiseen on olemassa. Ennaltaehkäisyssä motivoivan haastattelun omaksuminen käyttöön ja sitoutuminen tukemaan potilasta elintapamuutokseen voi ohjausryhmän puheenjohtajan geriatri Jaakko Valvanteen mukaan siirtää muistisairauden puhkeamista ainakin viidellä vuodella. Varhaisen tunnistamisen haasteita ovat lievien kognitiivisten heikentymien (MCI) erottaminen normaaleista vanhenemiseen liittyvistä muutoksista, masennuksesta ja kuulo-ongelmista. Omaisten kuuleminen on tärkeää varhaisten muistioireiden havaitsemisessa.

MEVA-hankkeen ohjausryhmälle ja kehitysryhmälle tehdyn kyselyn vastaukset olivat hyvin linjassa tutkimustulosten ja omien pohdintojemme kanssa. Riskitestiä pidettiin tärkeänä ennaltaehkäisyn näkökulmasta, ja se todettiin hyväksi puheeksi ottamisen tueksi elintapaohjaukseen. Se pitäisi saada rutiinikäyttöön ja tiedot tulee kirjata potilastietoihin. Koulutuksessa tärkeimmät asiat olivat ajankohtaisen tiedon lisääminen, oman osaamisen kehittäminen ja ensivaiheen kohtaamiseen panostaminen. Aivoterveys kuuluu mukaan elintapaohjaukseen ja motivoiva haastattelu työtapana edistää asioiden esille saamista.

Muistisairauksien varhaisen toteamisen osalta pidettiin tärkeänä tiedottamista kuntalaisille, paikallisen hoitoketjun tuntemista ja muistisairauden mahdollisuuden puheeksi

ottamista yhteistyössä työterveyshuollon kanssa tai kehityskeskusteluissa. Koulutusta tarvitaan ajantasaisen tiedon saamiseksi ja elintapaohjausryhmiä tulee lisätä.

Jatkotutkimuksena tämän tutkimuksen tulosten pohjalta olisi kiinnostavaa selvittää, pysytäänkö motivoivan haastattelun menetelmällä ja riskitestin käyttöön ottamisella vaikuttamaan puheeksi ottamisen vaikeuteen ja potilaan motivointiin.

LÄHTEET

- Aarsland, D., Sardahaee, F., Anderssen, S., Ballard, C. & the Alzheimer's Society Systematic Review group. 2010. Is physical activity a potential preventive factor for vascular dementia? A systematic review. *Aging & Mental Health* 14 (4), 386 – 395.
- Absetz, P. & Hankonen, N. 2011. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot. *Katsaus. Duodecim* 127 (21), 2265 – 2272.
- Alhainen, K. 2013. Muistisairauksien ennaltaehkäisyyn mahdollisuudet – aivoterveystä arkipäivää. Muistikeskus. <http://www.muisti.com>. Luettu 19.5.2013.
- Alkula, T., Pöntinen, S. & Ylöstalo, P. 1994. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Juva: WSOY:n graafiset laitokset.
- Benner, P. 1993. Aloittelijasta asiantuntijaksi. 3. painos. Sairaanhoitajien koulutussäätiön julkaisu. Juva: WSOY:n graafiset laitokset.
- Eloniemi-Sulkava, U., Rahkonen, T., Erkinjuntti, T., Karhu, K., Pitkälä, K., Pirttilä, T., Vuori, U. & Suhonen, J. 2010. Moniammatilliset tietotaidot ovat muistisairauksien hyvän hoidon edellytys. *Suomen Lääkärilehti* 65 (39), 3144 – 3146.
- Eteläpelto, A. & Vähäsantanen, K. 2006. Ammatillinen identiteetti persoonallisena ja sosiaalisena konstruktiona. Teoksessa Eteläpelto, A. & Onnismäa, J. (toim.) 2006. Ammatillisuus ja ammatillinen kasvu. Aikuiskasvatuksen 46. vuosikirja. Kansanvalistusseura. Vantaa: Dark Oy, 26 – 49.
- 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.
- Erkinjuntti, T. & Viramo, P. 2010. Varhaisen taudinmäärityksen merkitys. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) 2010. Muistisairaudet. Kustannus Oy Duodecim. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Féart, C., Samieri, C., Rondeau, V., Amieva, H., Portet, F., Dartigues, J-F., Scarmeas, N. & Barberger-Gateau, P. 2009. Adherence to a Mediterranean Diet, Cognitive Decline, and Risk of Dementia. *American Medical Association*. 12/2009;302:6.
- Granö, S., Tamminen, A., Eronen, A., Londe'n, P. & Siltaniemi, A. 2010. Muistibaroometri. Muistiliiton julkaisusarja. Muistiliitto.
- Hallikainen, M., Suhonen, J., Pirttilä, T. & Erkinjuntti, T. 2011. Alzheimerin taudin kliinisen tutkimuksen uudistetut kriteerit. *Suomen Lääkärilehti* 66 (3), 161 – 165.
- Heikkilä, T. 2010. Tilastollinen tutkimus. 7. -8. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Heimonen, S. & Voutilainen, P. 2006. Avaimia arviointiin. Dementoituvien kuntoutumista edistävä hoitotyö. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hilden, R. 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2012. Tutki ja kirjoita. 15. – 17. painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Hussi, H. 2010. Työikäisten 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.

Jokinen, H., Hänninen, T., Ylikoski, R., Karrasch, M., Pulliainen, V., Hokkanen, I., Poutiainen, E., Erkinjuntti, T. & Hietanen, M. 2012. Etenevien muistisairauksien varhainen tunnistaminen – neuropsykologinen näkökulma. Suomen Lääkärilehti 67 (23), 1816 – 1822.

Juva, K. 2011. Muistihäiriö. Lääkärikirja Duodecim. <http://www.terveysportti.fi>. Luettu 19.5.2013.

Kaduszkiewicz, H., Zimmermann, T., Van den Bussche, H., Bachmann, C., Wiese, B., Bickel, H., Mösch, E., Romberg, H.-P., Jessen, F., Cvetanovska-Pllashniku, G., Maier, W., Riedel-Heller, S.G., Lupp, M., Sandholzer, H., Weyerer, S., Mayer, M., Hofmann, A., Fuchs, A., Abholz, H.-H. & Pentzek, M. 2009. Do general Practitioners recognize mild cognitive impairment in their patients? The Journal of Nutrition, Health & Aging 14 (8), 697 – 702.

Kalska, H. 2006. Kun muisti pettää, mikä muisteista pettää? Duodecim 2006;122.

Kamenski, G., Dorner, T., Lawrence, K., Psota, G., Rieder, A., Schwarz, F., Sepandj, A., Spiegel, W. & Strotzka, S. 2009. Detection of dementia in primary care: comparison of the original and modified Mini-Cog Assessment with the Mini- Mental State Examination. Mental Health in Family Medicine. 2009;6:209-17.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen – Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1. painos. Helsinki: WSOY pro Oy.

Kivipelto, M., Ngandu, T., Soininen H. & Laatikainen T. 2012. Voiko muistisairauksia ehkäistä? Teoksessa Reivinen, J. & Vähäkylä, L. (toim.) 2012. Kansan terveys, yksilön hyvinvointi. Gaudeamus Oy.

Kivipelto, M., Ngandu, T., Laatikainen T., Winblad, B., Soininen, H. & Tuomilehto, J. 2006. Keski-ikäen verisuonitautien riskitekijöiden perusteella laskettu riskipistemäärä ennustaa myöhäsiän dementiaa. *Duodecim* 122 (17), 2067 – 2068.

Kivipelto, M. & Rovio, S. 2006. Suojaako vapaa-ajan liikunta dementiaalta? *Duodecim* 2006, 122 (2), 143 – 144.

Kivipelto, M. & Viitanen, M. 2006. Vanhus ja muisti. Vanhuuden höpöryyttä vai orastavaa Alzheimeria? *Duodecim* 2006, 122 (12), 1513 – 1520.

Kotisaari, S. 2014. Sähköpostitiedonanto 22.1.2014.

Kurki M., Hemiö K., Lindström J. & Jaakkola L. 2008. Ryhmämuotoinen elintapaohjaus metabolisen oireyhtymän hoidossa. *Miina Sillanpään säätiön julkaisusarja A:7*. Helsinki: Vammalan Kirjapaino Oy.

Käypä hoito -suositus. Muistisairaudet. 2010. <http://www.terveyskirjasto.fi>. Luettu 19.5.2013.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.

Ligthart, SA., Moll van Charante, E., Van Gool, WA. & Richard, E. 2010. Treatment of cardiovascular risk factors to prevent cognitive decline and dementia: a systematic review. *Vascular Health and Risk Management*. 2010;6.

Manninen, P., Laine, V., Leino, T., Mukala, K. & Husman, K. 2007. Hyvä työterveyshuoltokäytäntö. 2. painos. Työterveyslaitos. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Mangialasche, F., Kivipelto, M., Solomon, A. & Fratiglioni, L. 2012. Dementia prevention: current epidemiological evidence and future perspective. *Alzheimer's Research & Therapy* 4 (6), 1-8.

Metsämuuronen, J. 2001. Metodologian perusteet ihmistieteissä. Metodologia-sarja 1. 2. painos. Viro: International Methelp Ky.

Mitchell, A., Meader, N. & Pentzek, M. 2011. Clinical recognition of dementia and impairment in primary care: a meta-analysis of physician accuracy. Review. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 124, 165 – 183.

Muistiliitto ry. 2013. <http://www.muistiliitto.fi>. Luettu 19.5.2013.

Nurmi, T. 2003. Gummeruksen suuri suomenkielen sanakirja. 3. tarkistettu ja päivitetty painos. Jyväskylä: Gummeruksen Kirjapaino Oy.

Patterson, C., Feightner, J., Garcia, A., Hsiung R., MacKnight, C. & Sadovnick A. 2008. Diagnosis and treatment of dementia: 1. Risk assessment and primary prevention of Alzheimer disease. Review. *CMAJ* 2008 (178), 548 – 556.

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

Pirkanmaan Muistiyhdistys ry. 2013. <http://www.pirkanmaanmuistiyhdistys.fi>. Luettu 19.5.2013.

Polidori, M., Nelles, G. & Pientka L. 2010. Prevention of Dementia: Focus on lifestyle. Review Article. International Journal of Alzheimer's Disease. Article ID 393579, 1 - 9.

Porras, M. 2008. Hoitohenkilöstön ammatillinen osaaminen aikuispsykiatrian vuodeosastolla Kanta-Hämeen keskussairaalassa. Pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Remes, A., Turunen, J. & Ala-Mursula, L. 2012. Työikäisten muistipulmat vaativat kohdennettua selvittelyä. Suomen Lääkärilehti 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.

Rinne J. & Remes, A. Otsa- ohimolohkorappeumat. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) 2010. Muistisairaudet. Kustannus Oy Duodecim. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Ritchie, K., Carriere, I., Ritchie, C.W., Berr, C., Artero, S. & Ancelin M-L. 2010. Designing prevention programmes to reduce incidence of dementia: prospective cohort study of modifiable risk factors. BMJ 341, 1-9.

Rovio, S. 2008. Keski-ikäisen vapaa-ajan liikunta auttaa ehkäisemään dementiaa vanhuusiässä. Liikunta & Tiede 45 (4), 49 – 51.

Ruohotie, P. 2006. Metakognitiiviset taidot ja ammatillinen kasvu asiantuntijakoulutuksessa. Teoksessa Eteläpelto, A. & Onnismäa, J. (toim.) 2006. Ammatillisuus ja ammatillinen kasvu. Aikuiskasvatuksen 46. vuosikirja. Kansanvalistusseura. Vantaa: Dark Oy, 106 – 122.

Ruohotie, P. & Honka, J. 2003. Ammatillinen huippuosaaminen Kompetenssitutkimusten avaama näkökulma huippuosaamiseen, sen kehittämiseen ja johtamiseen. Hämeen ammattikorkeakoulu. Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy.

Salminen, H. & Miettinen, M. 2012. Ammatillisen osaamisen kehittäminen - ikääntyvien ja nuorien hoitajien näkökulma. Tutkiva hoitotyö 10 (1), 4 – 12.

Salon Muistiyhdistys ry. 2013. Muistiapu-kortti. www.alzsalon.fi/muistiyhdistys/projektit. Tulostettu 18.10.2013.

Soininen, H. & Kivipelto, M. 2010. Muistisairauksien ennaltaehkäisy. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) 2010. Muistisairaudet. Kustannus Oy Duodecim. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Terveystiedon edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Helsinki: Yliopistopaino.

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

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. Terveyspalvelut.

http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut. Luettu 8.2.2014.

Suhonen, J., 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. Suomen Lääkärilehti 63 (10), 9 – 22.

Suhonen, J., Rahkonen, T., Juva, K., Pitkälä, K., Voutilainen, P. & Erkinjuntti, T. 2011. Muistipotilaan hoitoketju. Katsaus. Duodecim 127 (11), 1107 – 1116.

Sulkava, R. & Viramo, P. 2013. Kallis tauti. Haastattelu Turun sanomat 22.11.2013.

Suomi Sanakirja.fi. Kompetenssi. Luettu 7.6.2013.

www.suomisanakirja.fi/kompetenssi.

Tanila, H., Jäkälä, P., Hänninen, T. & Ylinen, A. 2010. Kognitiivisten toimintojen neurobiologinen tausta. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) 2010. Muistisairaudet. Kustannus Oy Duodecim. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. 2013. Potilasturvallisuus strategian tavoitteet. Luettu 9.5.2013. http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/strategian-tavoitteet.

Terveidenhuoltolaki 2010/1326. www.finlex.fi

Terveyskirjasto. 2013. Motivoiva potilashaastattelu, vaikuttava terveysneuvonta.

www.terveyskirjasto.fi/terveysportti. Luettu 18.11.2013.

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. 2008. Tutki ja lue Johdatus tieteelliseen tekstin ymmärtämiseen. 1. – 2. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

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

Työterveyslaitos. 2014. Työterveyshuolto.

<http://www.ttl.fi/fi/tyoterveyshuolto/Sivut/default.aspx>. Luettu 8.2.2014.

UKK-instituutti. 2013. Mikä on liikkumisresepti? Haku terveysinfosta. Luettu 2.10.2013. www.ukkinstituutti.fi/liikkumisresepti/materiaalit.

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Vammala: Vammalan 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. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset: Muistisairauksien ennaltaehkäisyyn liittyvä osaaminen

	Tutkimuksen tekijät, vuosi, tutkimuksen taso ja julkaisumaa	Tarkoitus /tavoite	Metodologiset lähtökohdat	Keskeiset tulokset	Näytön aste /laadun arviointi pisteytys
1	Patterson, Feightner, Garcia, Hsiung, MacKnight & Sadovnick 2008 Tieteellinen artikkeli Kanada	Tarjota yleislääkäreille Alzheimerin taudin riskiarvio ja primaaripreventio, joka perustuu konferenssisuosituksiin.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus Riskitekijät joihin voidaan vaikuttaa (N=60) Geneettiset riskitekijät (N=62) Sisällönanalyysi	AT:n primaaripreventiolle on hyvä näyttö vaskulaaristen riskitekijöiden ehkäisyllä ja erityisesti RR:n hoidolla ja heikompi näyttö elintapatekijöihin vaikuttamisella.	II/13 p.
2	Travers, Martin-Khan & Lie 2009 Tieteellinen artikkeli Australia	Tarkoitus on helpottaa terveyden edistämisen, prevention ja varhaisen intervention käyttöön ottoa Australian kansallisessa dementiaan ehkäisy strategiassa.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus Kroonisten sairauksien ehkäisy, jotka ovat tärkeitä dementiaan ehkäisyssä (N=21)	Terveyden edistämistä haittaa ajan puute, resursien puute ja tiedon puute sopivasta tuesta. Terveyden edistäminen, ennaltaehkäisy ja varhainen puuttuminen kuuluu jokapäiväiseen työhön.	III(a)/14 p.
3	Ritchie, Carriere, Ritchie, Berr, Artero & Ancelin 2010 Tieteellinen artikkeli Ranska	Kartoittaa, mitkä väestötason interventiot ovat tehokkaimpia dementiaan esiintymisen vähentämiseksi, jos niitä on löydetty.	Seitsemän vuoden kohorttitutkimus Yli 65 - vuotiaita (N=1433) Tilastollinen analyysi	Lisäämällä älyllistä toimintaa ja hedelmien ja kasvien käyttöä ja eliminoimalla depressiota ja diabetesta saadaan suurin vaikutus dementiaan esiintymisen vähentämiseen. Kansanterveysohjelmat	I/18 p.
4	Aarsland, Sardahaee, Anderssen, Ballard & Alzheimer's Society Systematic Review Group 2010	Osoittaa, alentaako fyysinen aktiivisuus verisuoniperäisen dementiaan riskiä	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus Pitkittäistutkimuksia (N=24), joissa aineistona 1378 potilasta	Fyysinen aktiivisuus ehkäisee verisuoniperäisen dementiaan kehittymistä ja se pitäisi olla osa sekundaaripreventiota henkilöillä joilla on riski aivoverisuonten sairauksien	II/16 p.

	Tieteellinen artikkeli Kansainvälinen		joilla oli VaD meta- analyysi	siin.	
5	Polidori, Nelles & Pientka 2010 Tieteellinen artikkeli Saksa	Tehdä yhteen- veto elämän- tapa interven- tioiden mah- dollisen hyö- dyn nykytie- dosta (fyysi- nen aktiivi- suus, kognitiivinen aktiivisuus, vapaa-ajan ja sosiaalinen aktiivisuus, ravitseminen)	Kirjallisuus- katsaus PubMed – haku, 1990 jälkeen julkaistut pitkittäistut- kimuksia sisällönana- lyysi	Dementiaa ehkäi- sevien strategioiden kehittäminen on tärkeää. Elämäntapatekijöillä on merkitystä ja ne pitäisi olla osa päätöksentekoa kunnes saadaan laajojen kohorttitutkimusten tuloksia. Preventiivisiä strategioita puuttuu.	II/ 16 p.
6	Mangialshe, Kivipelto, Solomon & Fratiglioni 2012 Tieteellinen artikkeli Ruotsi	Tehdä yhteen- veto näyttöön perustuvasta dementian ehkäisystä ja pohtia avain- tekijöitä, jotka tulee ottaa huomioon ennalta ehkäi- seviä strategi- oita suunnitel- taessa.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus Nykyinen näyttö seurantalutkimuksista, interventiotutkimuksista ja me- neilläään olevista laaja- alaisista interven- tiotutkimuk- sista	Primaaripreventio näyttää mahdolliselta useimpiin riskitekijöihin ja dementian vähentäminen ehkäisevien toimien/interventioiden avulla on mahdollista.	III(a)/15 p.
7	Lighthart, Moll van Charante, van Gool & Richard 2010 Tieteellinen artikkeli Alankomaat	Kartoittaa satunnaistettu- ja kontrolloitu- ja tutkimuksia (RCT) kardiovaskulaaristen riskitekijöiden lääkehoidon vaikutuksista dementian ilmaantuvuuteen.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Mukaan otettu tutkimukset, joissa vähintään yhden vuoden seuranta iäkkäillä henkilöillä.	Kardiovaskulaaristen riskitekijöiden lääkehoidon teho dementian ennaltaehkäisyssä on tutkimuksen mukaan niukkaa.	II/ 19p.
8	Féart, Samieri, Rondeau, Amieva, Portet, Dartigues, Scarmeas & Barberger- Gateau 2009 Tieteellinen artikkeli Yhdysvallat	Tutkia välimeren ruokavali- on yhteyttä kognitiiviseen suoritusky- kyyn sekä dementiaan sairastumisen riskiin.	Seurantalutkimus. Seuranta- aika 5 vuot- ta. N= 1410 Yli 65- vuotiaita.	Välimeren ruokavali- on todettiin olevan yhteydessä hitaampaan kognitiiviseen heikkenemiseen MMSE- tutki- muksessa. Dementiaan sairastumisen riskiin ei todettu olevan yhteyttä.	III(a)/ 16p.

Liite 2. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset: Muistisairauksien varhaiseen tunnistamiseen liittyvä osaaminen

	Tutkimuksen tekijät, vuosi, tutkimuksen taso ja julkaisumaa	Tarkoitus /tavoite	Metodologiset lähtökohdat	Keskeiset tulokset	Näytön aste /laadun arviointi pisteytys
9	Suomen Alzheimer-tutkimusseuran kokoama asiantuntija työryhmä 2008 Katsausartikkeli Suomi	Suositus muistipotilaiden hyvän hoidon tärkeimmistä sisällöistä, joiden toteutuminen pitää varmistaa alueellisten hoitoketjujen avulla. Susoitus on tarkoitettu kaikille muistisairaiden kanssa työskenteleville ja suomalaisille päättäjille.	Asiantuntijoiden laatima suositus	Muistisairauksien diagnoosi tulee tehdä varhain. Muistisairauksien ennaltaehkäisy ja avohoito, ammattitaitoiset perusterveydenhuollon yksiköt ja lääkkeiden varhainen aloittaminen. Kuntoutuksen ja kuntouttavien lyhytaikaishoitojen kehittäminen	IV/14p.
10	Kaduszkiewicz, Zimmermann, Bussche, Bachmann, jne. 20 tutkijaa 2009 Tieteellinen artikkeli Saksa	Kuinka hyvin yleislääkärit tunnistavat vastaanotollaan henkilöt joilla on lievä kognitiivinen heikentyminen (MCI)	Poikittaistutkimus (N=3,242) 75 – 89 vuotiasta ei dementoitunutta yleislääkärin potilasta. Lääkärin tekemä kognitiivinen status ja potilaiden haastattelu kotona.	MCI tunnistetaan huonosti (11-12%). Korkeamman koulutuksen saaneilta havaitaan huonommin. Muistioireinen MCI tai useamman oireen sairaus tunnistetaan paremmin.	IV/16 p.
11	Hänninen, Pulliainen, Sotaniemi, Hokkanen, Salo, Hietanen, Pirttilä, Pöyhönen, Juva, Remes & Erkinjuntti 2010 Artikkeli Suomi	Muistisairauksien varhaisen tunnistamisen tehostaminen ja muistisairauksien varhaisten tiedonkäsittelymuutosten seulonta	Katsaus artikkeli Kliininen kokemus ja suomalaisen tutkimustieto. Perustuu suomalaisen väestöpohjaisen normiaineistoon (N=321) ja hyvin lievää ja lievää Alzheimerin tautia (N=171) sairastavien aineiston vertailuun.	CERAD-tehtäväsarjalle esitetään uudet tarkennetut raja-arvot, jotka parantavat tehtäväsarjan käyttökelpoisuutta perusterveydenhuollon seulontamenetelmänä. Taloudellisesti järkevällä seulontamenetelmällä tehostetaan muistisairauksien varhaista toteamista.	IV/13p.
12	Mitchell, Meader &	Kartoittaa yleislääkäreiden valmius tunnistaa	Kirjallisuuskatsaus	Lääkärit tunnistivat 73,4 % niistä joilla oli	I/16 p.

	Pentzek 2011 Tieteellinen artikkeli Skandinavia	kognitiivisen alentuman kirjo MCI:stä, jonka vaarana on dementia.	meta-analyysi (N=15)	dementia ja 75,5, % niistä joilla ei ollut dementiaa. Yleislääkäreillä on vaikeuksia tunnistaa MCI:t niistä joilla on lievä dementia.	
13	Remes, Turunen & Ala-Mursula 2012 Tieteellinen artikkeli Suomi	Selvittää työikäisten potilaiden muistipoli- nikalle lähettämisen perusteita sekä muis- tioireiden taustalla to- dettuja syitä	Alkuperäistutki- mus Muistipoliklini- kalle lähetettyjen työssäkäyvien tai heihin rinnastet- tavien potilaiden lähetteet (N=98) Tilastollinen analyysi	Suurimmalla osalla tutkimuksiin ohjatus- ta ei todeta etenevää muistisairautta. Kehittämistä tarvitaan sekä etenevien muisti- sairauksien tunnistam- iseen että monia samanaikaisia muisti- pulsia kokevien tilannekohtaisten ratkaisujen tukemi- seen.	IV/14p.
14	Jokinen, Hänninen, Ylikoski, Karrasch, Pulliainen, Hokkanen, Poutiainen, Erkinjuntti & Hietanen 2012 Tieteellinen artikkeli Suomi	Arvioida psykometrin ja laadullisin menetel- min muistia, toimin- nanohjausta, muita tiedonkäsittelyn osa- alueita sekä käyttäyty- misen muutosta ja mie- lialaa	Katsaus neuropsykologi- nen näkökulma	Alzheimerin taudissa ensioireet painottuvat muistitoimintoihin, vaskulaarisessa kog- nitiivisessa heikenty- mässä tiedonkäsittelyn ohjaukseen ja otsa- ohimolohkorappeu- massa käyttäytymi- seen tai kielellisiin toimintoihin.	IV/10p.
15	Kamenski, Dorner, Law- rence, Psota, Rieder, Schwarz, Sepandj, Spiegel & Strotzka 2009 Tieteellinen artikkeli Itävalta	Selvittää Mini-Cog testin korrelaatio MMSE- testiin verrattu- na ja sen käyttömahdol- lisuudet perustervey- denhuollossa.	Kaksivaiheinen seurantatutkimus N= 107 66- 98- vuotiaita potilaita Omalääkäri testa- si potilaan Mini- Cog- testiä käyt- tämällä, jonka jäl- keen neurologi testasi potilaan MMSE- testin, kellotestin ja kliinisen tutki- muksen avulla.	Mini-Cog testi korre- loi hyvin MMSE- testiin verrattuna. Mini-Cog- testi osoit- tautui käyttökelpoi- seksi välineeksi muis- tisairauksien varhai- seen tunnistamiseen perusterveydenhuol- lossa.	III(a)7/ 15p.

Liite 3. Tutkimuskysely

1(6)

Sivu 1



Kyselyn aihe liittyy muistisairauksien ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen toteamiseen. Kyselyllä kartoitamme muistisairauksien ennaltaehkäisyn ja varhaisen toteamisen ydinosaa. Vastausten avulla suunnittelemme muistisairauksien ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen toteamiseen liittyvän koulutuksen sisällön vuosille 2012-2014

1. Taustatietoja

1.1 Ikäni on

<input type="checkbox"/>	20 – 30 vuotta
<input type="checkbox"/>	31 – 40 vuotta
<input type="checkbox"/>	41 – 50 vuotta
<input type="checkbox"/>	yli 51 vuotta

1.2 Työnantajani on

<input type="checkbox"/>	Tampereen terveyskeskus
<input type="checkbox"/>	Kangasalan terveyskeskus
<input type="checkbox"/>	Lempäälän terveyskeskus
<input type="checkbox"/>	Nokian terveyskeskus
<input type="checkbox"/>	Pirkkalan terveyskeskus
<input type="checkbox"/>	Ylöjärven terveyskeskus
<input type="checkbox"/>	Tullinkulman työterveys
<input type="checkbox"/>	Työterveyspalvelu Viisari
<input type="checkbox"/>	Tampereen Diabetesyhdistys
<input type="checkbox"/>	Pirkanmaan Sydämpiiri

1.3 Ammattini on

<input type="checkbox"/>	Terveydenhoitaja
<input type="checkbox"/>	Sairaanhoitaja
<input type="checkbox"/>	Perushoitaja /Lähihoitaja
<input type="checkbox"/>	Fysioterapeutti
<input type="checkbox"/>	Osastonhoitaja
<input type="checkbox"/>	Lääkäri
<input type="checkbox"/>	Muu, mikä?

1.4 Työkokemukseni ao ammatissa /tehtävässä on yhteensä

<input type="checkbox"/>	Alle kaksi vuotta
<input type="checkbox"/>	Alle kuusi vuotta
<input type="checkbox"/>	Alle kymmenen vuotta
<input type="checkbox"/>	Yli 10 vuotta
<input type="checkbox"/>	Muu, mikä?

1.5 Työsuhteeni on ?

<input type="checkbox"/>	Vakituinen toimi
<input type="checkbox"/>	Määräaikainen työsuhde

1.6 Milloin viimeksi olet saanut muistisairauksista koulutusta? Noin _____ vuotta sitten

Sivu 2

2. Kartoitamme osaamista muistisairauksista, ennaltaehkäisyä ja varhaisesta toteamisesta.
Vastaa numeroin (5 -1) eri osaamisalueisiin ja kerro tarvitsetko koulutusta osaamisalueesta?

Miten arvioisin omaa osaamista seuraavilla muistiin liittyvillä osa-alueilla						Haluan koulutusta aiheesta	
	Osaaminen välttävää = 1	Osaaminen tyydyttävää = 2	Osaaminen hyvää = 3	Osaaminen kiitettävää = 4	Osaaminen erinomaista = 5	Kyllä	En
2.1 Taustatietoa							
Käsitteistö esimerkiksi muistisairaus, dementia ja muistikoordinaattori							
Muistisairauksien esiintyvyys							
Muistisairauksien määrän ennuste							
Muistisairauksien lääketieteellinen tutkimus; missä mennään tänä päivänä							
Muistipotilaiden hoitotieteellinen tutkimus; missä mennään tänä päivänä							
Muistiliiton ja maakunnallisten muistiyhdistysten toiminta ja tehtävät							
Kansallinen Muistiohjelma ja sen vaikutukset omaan työhöni/toimenkuvaa-ni tulevana vuosina							

Sivu 3

Miten arvioisin omaa osaamista seuraavilla muistiin liittyvillä osa-alueilla						Haluan koulutusta aiheesta	
	Osaaminen välttävää = 1	Osaaminen tyydyttävää = 2	Osaaminen hyvää = 3	Osaaminen kiitettävää = 4	Osaaminen erinomaista = 5	Kyllä	En
2.2 Muistin sijainti ja toiminta							
Muistin toiminta ja muistiin vaikuttavat tekijät							
Muistin rakenne ja sijainti							
Keinoja muistin tehostamiseksi							
2.3 Muistisairauksien suoja- ja riskitekijät							
Muistisairauksien ennaltaehkäisyyn liittyvä tutkimustieto							
Muistisairauksien suojatekijät esimerkiksi sosiaalinen aktiivisuus, liikunta ja antioksidantit							
Muistisairauksien riskitekijät esimerkiksi ikä, tupakka ja aivovammat							

4(6)

Sivu 4

Miten arvioisin omaa osaamista seuraavilla muistiin liittyvillä osa-alueilla						Haluan koulutusta aiheesta	
	Osaaminen välttävää = 1	Osaaminen tyydyttävää = 2	Osaaminen hyvää = 3	Osaaminen kiitettävää = 4	Osaaminen erinomaista = 5	Kyllä	En
2.4 Asiakkaan hoitopolku							
Muistin ja aivoterveystyden puheeksi ottaminen säännöllisenä osana terveystarkastuksia							
Muistisairauksien riskitestin käyttö terveystarkastuksissa							
Etenevän muistisairauden ensioireiden tunnistaminen							
Hoitoon ohjaus muistioireiden perusteella							
Muistioireisen asiakkaan perusselvitykset ja lisätutkimukset							
Perus- ja erikoissairaanhoidon työnjako muistisairauksissa							
Eri ammattiryhmien työnjako muistioireiden selvittämisessä							
Asiakkaan seuranta, jos diagnoosia ei ole vielä voitu tehdä							

Sivu 5

Miten arvioisin omaa osaamista seuraavilla muistiin liittyvillä osa-alueilla						Haluan koulutusta aiheesta	
	Osaaminen välttävää = 1	Osaaminen tyydyttävää = 2	Osaaminen hyvää = 3	Osaaminen kiitettävää = 4	Osaaminen erinomaista = 5	Kyllä	En
Elintapaohjaus yksilöohjauksena							
Elintapaohjaus ryhmäohjauksena							
Rasva-ainenvaihdunnan lääkkeetön hoito							
Liikkumisreseptin mukainen toiminta							
Aikuisten painonhallinnan ohjaus							
Kohonneen verenpaineen lääkkeetön hoito							
Materiaalin hyödyntäminen ohjauksessa							
2.5 Muistisairaudet							
Alzheimerin tauti							
Otsa-ohimolohko- rappeumista johtuvat muistisairaudet							
Verisuoniperäinen muistisairaus							
Lewyn kappale -tauti							
Parkinsonin tauti							
Alkoholin aiheuttama muistisairaus							
Muut harvinaiset muistisairaudet esim. Cadasil tauti							

Sivu 6

6.6 Yleistä tietoa							
Tietous Meva - hankkeesta							

3. Arviosi koulutuksen merkityksestä ja tärkeydestä oman työsi kannalta?

4. Kuinka tärkeänä näet muistisairauksien ennaltaehkäisyn omassa työssäsi?

5. Kuinka keskeisenä pidät etenevän muistisairauden ensioireiden tunnistamista työssäsi?

6. Kuinka luontevana pidät aivoterveysteen liittyvien asiakokonaisuuksien linkittämisen omaan työhösi?

7. Mitä haasteita elintapaohjaus sisältää omassa työssäsi?

8. Mistä muusta haluaisit tietoa/koulutusta?

9. Haluaisitko yhteisiä koulutuksia Meva -hankkeen yhteistyötahojen kanssa ja missä?

Kiitos vastauksestasi

Pirkanmaan Muistisyhdistys, MEVA -hanke
Kalevantie 1
33100 Tampere

Liite 4. Kehittämisehdotukset kysely

TERVEYDENHUOLLON AMMATTIHENKILÖIDEN MUISTISAIRAUKSIEN ENNALTAEHKÄISYYN JA VARHAISEEN TOTEAMISEEN LIITTYVÄ OSAAMINEN

1. Mitä kehittämisehdotuksia teillä on muistisairauksien ennaltaehkäisyyn omalla työpaikallanne osaamiskyselyn tulosten pohjalta?

2. Mitä kehittämisehdotuksia teillä on muistisairauksien varhaiseen toteamiseen liittyen omalla työpaikallanne?

Vastaukset voitte lähettää myös sähköpostitse viikon kuluessa (20.2.2014 mennessä)

eila.jarvinen@health.tamk.fi tai elina.vettentera@health.tamk.fi

KIITOS VASTAUKSESTANNE!