



Jonna Martin

Diakonia-ammattikorkeakoulu
Johtamisen ja yhteiskunnallisesti vaikuttavan
palveluntuotannon kehittäminen

Terveystieteiden yksikkö YAMK

Opinnäytetyö, 2022

DIGIHOITOPOLKU MUISTISAIRAAN IKÄIHMI- SEN TUKENA

TIIVISTELMÄ

Jonna Martin

Digihoitopolku muistisairaana ikäihmisen tukena

65 sivua + 4 liitettä

Syksy 2022

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Johtamisen ja yhteiskunnallisesti vaikuttavan palveluntuotannon kehittäminen

Terveystietäjä YAMK

Opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää, millaisilla digitaalisilla palveluilla voidaan tukea muistisairaana ikäihmisen kotona asumista. Opinnäytetyön tavoite oli tuottaa tietoa muistisairaana ikäihmisen digihoitopolun kehittämistä varten Terveyskylä verkkopalveluun.

Aineisto kerättiin kuvailevan kirjallisuuskatsauksen ja asiantuntijaryhmätyöskentelyn avulla. Kirjallisuuskatsauksen aineistohaku suoritettiin Cinahl- ja Medline tietokannoista syyskuussa 2021. Mukaan otettavaan aineistoon sisältyi yhteensä kymmenen kansainvälistä vertaisarvioitua tutkimusta. Asiantuntijaryhmä koottiin yhteistyöorganisaation vanhustenpalveluiden ammattilaisista ja työskentely toteutettiin ryhmähaastatteluna puolistrukturoidulla haastattelulla. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla.

Muistisairaiden ikäihmisten käyttämiä digitaalisia palveluita olivat ammattilaisen pitämät etävastaanotot, sairauden hoitoon kehitetyt verkkosivut sekä terveysteknologian käyttö. Kotona asumista tukevia digitaalisia palveluita ovat etävastaanotot sekä verkkosivustot. Digitaalisilla palveluilla voidaan tarjota kognitiota sekä liikkumiskykyä ylläpitäviä sisältöjä, tuoda näkyväksi henkilökohtaisia hoitotietoja ja mahdollistaa yhteydenotot hoitohenkilökunnan kanssa. Lisäksi sen avulla voidaan jakaa tietoa muistisairauteen liittyen sekä lisätä sosiaalista hyvinvointia mahdollistamalla yhteys muihin ihmisiin.

Muistisairaana ikäihmisen digihoitopolun hyödylliset palvelut ovat yksilöllinen tieto muistisairaudesta hoitokeinoineen, kognition ja liikkumisen tuen sisällöt, mahdollisuus pitää yhteyttä hoitotahoon ja vertaisiin, sekä kalenteri, johon on pääsy kaikilla hoitoon osallistuvilla ja joka voi tukea arkiaskareita ja muistamista.

Asiasanat: muistisairaudet, sosiaali- ja terveystietäjä, digitaaliset sosiaali- ja terveystietäjä

ABSTRACT

Jonna Martin

Digital care pathway for elderly home-dwelling dementia patients

65 pages and 4 appendices

Fall 2022

Diaconia University of Applied Sciences

Development of Leadership and Socially Effective Service Provision

Master's Degree Health Care

The purpose of this thesis was to find what kind of digital social and healthcare services can support elderly home-dwelling dementia patients. The aim of this thesis was to gather information to create a digital care pathway to Health Village.

Data was collected by a literature review and a half-structured group-interview whose target group were nursing staff and experts from the co-operative organization and The Union for Senior Services, VALLI registered administration. The Literature review was conducted from Cinahl and Medline databases in September 2021 and it consisted of ten peer reviewed international studies. Material was analyzed using inductive content analysis.

The most used digital social and health care services in elderly dementia patients were videoconferences with professionals, websites and use of health technology. Supportive home-dwelling digital social and health care services were videoconferences with professionals and custom-made websites. Via digital services content can be provided to support cognitive and physical performance, and it is possible to share information of treatments and care and enable contact to nursing staff and peers.

The recommended content for the digital care pathway for elderly home-dwelling dementia patients are individualized information about memory disorder and sharing of personal health information, contents that support physical and mental functioning, possibility to be in contact with professionals and peers and a calendar which can be accessed by all related to care and which can send reminders of daily tasks.

Keywords: Dementia, Social and health care services, digital social and health care services

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 MUISTISAIRAAT IKÄIHMISET	7
2.1 Muistisairaudet.....	7
2.2 Muistisairaiden toimintakykyä tukevat tekijät.....	9
2.3 Muistisairaiden toimintakyvyn arviointi	10
3 DIGITAALISET SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUT	11
3.1 Kansalliset suositukset teknologian hyödyntämiseksi ikääntyneiden palveluissa	12
3.2 Digitaalisten palveluiden käyttö ikääntyneiden palveluissa	13
3.3 Digitaaliset palvelut muistisairaiden ikäihmisten tukena.....	14
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA	16
TUTKIMUSKYSYMYKSET	16
5 YHTEISTYÖKUMPPANIT.....	17
5.1 Terveyskylä.....	17
5.2 Kohdeorganisaatio	18
6 AINEISTONKERUU, AINEISTO JA SEN ANALYYSI	19
6.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus.....	19
5.1.1 Kirjallisuuskatsauksen tiedonhaun kuvaus.....	20
5.1.2 Kirjallisuuskatsauksen aineiston analyysi.....	24
5.1.3 Kirjallisuuskatsaukseen valitun aineiston kuvaus	27
6.2 Asiantuntijatyöskentely.....	30
5.2.1. Asiantuntijatyöskentelyn toteutus	30
5.2.2. Asiantuntijaryhmätyöskentelyn aineiston analyysi	31
7 TULOKSET	35
7.1 Kotona asuville muistisairaille ikäihmisille hyödylliset digitaaliset palvelut	35
7.2 Digitaaliset palvelut kotona asuvan muistisairaana ikäihmisen tukena .	39

7.3 Digihoitopolun kehittämisprosessi	42
7.4 Digihoitopolkuun suositeltavat palvelunsisällöt	43
7.5 Kehittämisehdotus muistisairaana ikäihmisen digihoitopolun palveluista	44
8 EETTISET NÄKÖKOHDAT JA LUOTETTAVUUS	46
8.1 Eettiset näkökohdat.....	46
8.2 Luotettavuus	47
9 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	50
9.1 Digihoitopolun kehittämistyön arviointi	50
9.2 Johtopäätökset.....	51
LÄHTEET	53
Liite 1. Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetut tutkimukset.	4
Liite 2. Saatekirje	4
Liite 3. Suostumuslomake opinnäytetyöhön osallistumisesta	6
Liite 4. Esimerkki Jamboard-työskentelystä asiantuntijaryhmässä.....	7

1 JOHDANTO

Väestön elinajanodotteen kasvu ja ihmisten eläminen yhä pidempään tulevat lisäämään kroonisten sairauksien esiintyvyyttä (Maailman terveysjärjestö [WHO] 2017, s. 4) ja etenkin muistisairaiden määrää (Ali ym., 2014, s. 24). Ikääntyneiden määrän kasvu ja työikäisten määrän vähentyminen heikentävät huoltosuhdetta lisäten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntuotannon haasteita sekä rahoituksen että henkilöstön riittävyyden kannalta. Yli 65-vuotiaiden määrän on laskettu lisääntyvän Suomessa seuraavan 50 vuoden aikana noin 600 000 henkilöllä. (Kestilä & Martelin, 2019, s. 26–27, 30).

Dementian esiintyvyys kasvaa merkittävästi väestön ikääntyessä (Prince ym. 2015, s. 33). Maailman laajuisesti dementiaa sairastavia oli vuonna 2015 noin 46,8 miljoonaa ihmistä. Määrän on arvioitu kaksinkertaistuvan 20 vuoden välein. Vuonna 2030 dementiaa sairastavia arvioidaan olevan jo 74,7 miljoonaa. (Ali ym., 2014, s. 22.) Yli 60-vuotiaista muistisairauteen sairastuu Euroopassa vuosittain 2,4 miljoonaa (Guerchet ym., 2014, s. 34). Suomessa muistisairaita henkilöitä on yli 190 000 ja vuosittain muistisairauksiin sairastuu noin 14500 ihmistä, joka lisää sosiaali- ja terveyspalveluiden kysyntää.

Kansallisen suosituksen mukaan ikääntyvien terveellistä ja turvallista kotona asumista on tuettava, ja palveluita on tarjottava myös kotiin. Kotiin vietäviä palveluita tulee kehittää kohti toimintakyvyn tukemista ja ennaltaehkäisyä. (Sosiaali- ja terveysministeriö [STM], 2017, s. 13). Oikeanlaisella elinympäristön ja palvelujärjestelmän tuella voidaan lisätä ikäihmisten itsenäistä ja toimintakykyistä arkea (WHO, 2017, s. 4; STM & Kuntaliitto, 2017 s. 9–10).

Moniammatillinen yhteistyö ja sujuvat palveluketjut tukevat kotona asuvia ikäihmisiä sekä omais- ja perhehoitoa (STM 2019, s. 42; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [THL], 2020a, s.8). Ympäri vuorokautiseen laitoshoitoon siirtymistä voidaan hidastaa muistisairaana toimintakykyä ylläpitämällä ja omaisten hyvinvointia tukemalla (STM, 2012, s.12). Muistisairaiden kognitiivisen toimintakyvyn

tukeminen mahdollisimman pitkään voi lisätä iäkkäiden ja heidän läheistensä hyvinvointia sekä vähentää palvelujärjestelmän kuormitusta (Koskinen ym., 2018, s. 128).

Turvallista kotona asumista ja henkilöstön riittävyyttä on mahdollista parantaa myös teknologiaa hyödyntämällä. Teknologian käytön on laskettu voivan vähentää jopa 20% lähi- ja sairaanhoitajien työtehtävistä (Kangasniemi & Andersson, 2016, s. 35). Suomalaisten terveyden ja hyvinvoinnin omatoimisen edistämisen tueksi on ehdotettu sähköistä opastusta, neuvontaa ja itsearviointityökaluja (STM, 2016, s.15). Sopivien asiakasryhmien tunnistaminen ja oikeanlaisten palveluiden kehittäminen tukee digitaalisten palveluiden itsenäistä käyttöä (Lähteenmäki ym., 2020, s.54). Digitaalisten asiointipalveluiden käyttö voi lisätä sairauden hallinnan tunnetta sekä potilaan ja omaisen hoitoon osallistumista (Kivikäs, 2019, s. 39).

Opinnäytetyön tarkoitus on selvittää, millaisilla digitaalisilla palveluilla voidaan tukea muistisairaana ikäihmisen kotona asumista. Opinnäytetyön tavoite on, että tutkimustuloksia hyödynnetään muistisairaana ikäihmisen digihoitopolun kehittämiseen Terveyskylä -verkkopalveluun.

2 MUISTISAIRAAT IKÄIHMISET

Muistisairaat ovat Suomessa tyypillisesti yli 80-vuotiaita (THL, 2020b), mutta sairastumisriski kasvaa jo yli 60-vuotiailla (Guerchet ym., 2014, s. 32). Vuonna 2015 kotihoidon palveluita käyttävistä asiakkaista jopa viidennes oli muistisairaita (THL, 2022). Kotona asuvien muistisairaiden tyypillisimpiä hoidon tarvetta lisääviä tekijöitä ovat muistioireet ja arjen toiminnoissa pärjääminen, ravitsemushaasteet, käytösoireet sekä kaatumisriski (Heikkilä ym., 2020, s. 79). Muistisairaat ja heidän omaisensa toivovat palveluilta muistisairauden säännöllistä seurantaa, toimintakykyä ylläpitäviä aktiviteetteja, tukipalveluiden saatavuutta ja ympärivuorokautisen hoivan järjestymistä oikea-aikaisesti (Suhonen ym. 2015, s. 265).

Muistisairaahan oikea-aikainen ja monipuolinen tuki voi hidastaa laitoshoidon siirtymistä ja lisätä muistisairaahan ja tämän omaisen hyvinvointia ja kotona pärjäämisen mahdollisuuksia (Rosenvall ym., 2020). Laitoshoidon viivästyminen vähentää myös sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia (Handels ym., 2013, s.35).

2.1 Muistisairaudet

Muistisairaudet ovat eteneviä aivojen sairauksia, jotka aiheuttavat edetessään dementiaa, eli laaja-alaisia tiedonkäsittelyn ja toimintakyvyn heikentymistä (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus, 2021). Muistisairauksista suurin osa (60–70 %) on Alzheimerin taudin aiheuttamia. Muita yleisiä muistisairauksia ovat vaskulaariset dementiat, Lewyn kappale -tauti ja otsaohimolohkon rappeumat. Dementiaa voi aiheuttaa myös aivoverenkierron häiriöt, tietyt infektiot, kuten HIV, alkoholin liikakäyttö, aivojen vammat tai ravitsemukselliset häiriöt. Eroavaisuudet eri tautien välillä eivät ole täysin selviä ja taudit voivat esiintyä myös sekamuotoisena. (WHO, 2021.)

Muistisairaudet aiheuttavat kognitiivisia oireita, toimintakyvyn muutoksia, käytösoireita sekä somaattisia oireita. Muistisairaudet on perinteisesti jaettu varhaiseen tautiin, lievään tautiin, keskivaikeaan tautiin ja vaikeaan tautiin. (Suomalainen lääkäriseura Duodecim ym., 2021).

Lievälle Alzheimerin taudille on ominaista oppimisen, päättelykyvyn, keskittymiskyvyn ja laskemiskyvyn heikkeneminen, unohtamisen lisääntyminen, toiminnan ohjauksen hidastuminen sekä sanojen löytämisen vaikeutuminen. Toimintakyvyn osalta vaikeudet voivat näkyä keskustelun seuraamisessa, ajokyvyssä, talouden suunnittelussa, rahankäytössä, lääkityksestä huolehtimisessa, työkyvyn heikkenemisessä ja tarpeessa käyttää muistin tuen apuja. Lievän vaiheen käytösoireet ovat tyypillisimmin ahdistuneisuus ja masennus, lisääntynyt ärtyvyys, vetäytyminen ja apatia sekä harhaluuloisuus. Somaattisista oireista yleisin on laihtuminen. (Suomalainen lääkäriseura Duodecim ym., 2021.)

Keskivaikeassa Alzheimerin taudissa kognitiiviset vaikeuksia voivat olla lähimuistin heikkous, puheen tuottamisen ja avaruudellisen hahmottamisen vaikeudet, orientaatiohäiriöt, heikentynyt sairaudentunto ja kädentaitojen heikkeneminen. Toimintakyvyn muutoksia voi olla ruoanlaiton ja asianmukaisen pukeutumisen vaikeudet, tavaroiden kadottaminen ja eksyminen, kyvyttömyys suoriutua välineellisistä toiminnoista sekä tarve perustoiminnoista muistuttamiseen kasvaa. Käytösoireiden osalta voi olla nähtävissä harhaluuloisuutta ja hallusinaatioita, levottomuutta ja vaeltelua, uni-valverytmin häiriöitä ja masennusta. Pinnalliset sosiaaliset taidot ovat usein säilyneet. Laihtuminen on myös keskivaikeassa taudissa tyypillinen oire. (Suomalainen lääkäriseura Duodecim ym., 2021.)

Vaikeassa Alzheimerin taudissa puheentuotto voi olla rajoittunutta ja puheen ymmärtämisessä voi olla huomattavia vaikeuksia. Tuttujen liikkeiden ja liikesarjojen suorittamisessa tai esineiden oikeassa käytössä on vaikeuksia. Myös keskittymiskyvyttömyyttä voi esiintyä. Toimintakyvyn osalta ongelmia voi olla pidätyskyvyssä eikä perustoimintojen suorittaminen onnistu ilman apua. Käytösoireina voi esiintyä levottomuutta ja aggressiota, poikkeavaa motorista käytöstä ja karkailua, uni-valverytmin häiriöitä sekä masennusta ja apatiaa. Somaattiset oireet lisääntyvät, ja niitä voi olla töpöttävä kävely, primaariheijasteiden

vahvistuminen (kuten tarttuminen), tahattomat hermostoperäiset liikkeet sekä hauraus-raihnausoireyhtymän esiintyminen eli yleistilan heikentyminen ja stressinsietokyvyn alentuminen (Suomalainen lääkärisseura Duodecim ym., 2021.)

2.2 Muistisairaiden toimintakykyä tukevat tekijät

Muistisairaiden kuntoutuksen tavoitteena on toimintakyvyn edistäminen, ylläpitäminen ja toimintakyvyn heikkenemisen hidastaminen (STM, 2012, s. 12). Muistisairaahan toimintakykyä voidaan tukea lääkehoidon lisäksi myös lääkkeettömin keinoin. Toimintakykyä tukemalla voitaneen parantaa muistisairaahan kokemaa elämänlaatua ja kommunikaatiokykyä (Woods ym., 2012, s. 24), ylläpitää muistisairaahan kognitiota, keskittymiskykyä, huomiointikykyä ja parantaa muistisairaahan mielialaa (Särkämö ym., 2014, s. 645; Öhman, 2018, s. 91).

Muistisairaiden toimintakykyä tukevia tekijöitä ovat kognitiivista toimintakykyä tukevat aktiviteetit (Woods ym., 2012, s. 24; Parisod ym., 2019, s. 12–17; Kallio ym., 2017, s. 22), musiikin kuuntelu ja laulaminen (Parisod ym., 2019, s. 12–17; Särkämö ym., 2014), ohjaus päivittäisissä toiminnoissa suoriutumiseen sekä liikkumista tukevat aktiviteetit (Parisod ym., 2019, s. 12–17; s. Öhman, 2018, s. 91). Kognitiivista toimintakykyä tukevia aktiviteetteja voivat olla esimerkiksi sanaleikit, muistelu, palapelit tai muut pulmatehtävät sekä leivonta. Muistisairaajat ja heidän omaisensa toivovat toimintakykyä ylläpitävien aktiviteettien ja keskustelumahdollisuuksien järjestämistä, mutta osallistumista hankaloittaa aktiviteettien päällekkäisyys (Suhonen ym., 2015, s. 265) ja pitkät etäisyydet muistisairaahan kotoa (Suhonen ym., 2015, s. 265; Kim. ym., 2017).

Muistisairaudet voivat lisätä riskiä aliravitsemukseen ja yksipuoliseen ruokavalioon, joka voi johtaa lihaskatoon, liikuntakyvyn menettämiseen ja alentuneeseen mielialaan. Ravitsemusohjauksella voidaan tukea muistisairaahan ravinnon monipuolisuutta, joka voi vähentää kaatumisriskiä (Puranen, 2015, s. 71, Jyväskylä, 2016, s. 97) ja parantaa elämänlaatua (Jyväskylä, 2016, s. 97).

2.3 Muistisairaiden toimintakyvyn arviointi

Muistisairaahan toimintakyvyn arviointi sujuvoittaa muistisairaahan hoitoketjua terveydenhuollossa. Toimintakyvyn arvioinnin avulla saadaan tietoa palveluiden tarpeesta toimintakykyyn nähden (Suomen lääkärilehti, 2000) sekä kliinisten oireiden etenemisestä (Suomalainen lääkärisseura Duodecim ym., 2021). Arvioinnin voi tehdä terveydenhuollon ammattihenkilö, joka on osallinen muistisairaahan hoidossa. (Suomen lääkärilehti, 2000).

Toimintakyvyn arviointiin on kehitetty erilaisia testejä. CERAD-testillä (The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease) arvioidaan sekä välitöntä että viivästettyä muistia, nimeämistä, hahmottamista, toiminnanohjausta sekä sujuvuutta (Suomen Alzheimer tutkimusseura). Testiin sisältyy MMSE-testi (Mini Mental State Examination), joka on muistin ja tiedonkäsittelyn arviointiin suunniteltu lyhyempi testi. CDR-testillä voidaan (Clinical Dementia Rating) arvioida toimintakyvyn kuutta eri osa-alueetta ja dementian astetta. Toimintakyvyn osa-alueet ovat muisti, orientaatio, arvostelukyky, yhteisölliset toiminnot, koti- ja harrastustoiminta sekä itsestä huolehtiminen. Mitä vaikeampaa toiminnosta suoriutuminen on, sitä vaikeampi muistisairauden aste on. (Rosenvall, 2016.) GDS/FAST-asteikko (Global Deterioration Scale / Functional Assessment and Staging) pohjautuu CDR-testiin ja sen osa-alueisiin ja sen avulla arvioidaan kliinisten oireiden etenemistä. (Suomalainen lääkärisseura Duodecim ym., 2021).

Toimintakykyä voidaan mitata myös arvioimalla päivittäisistä toimista (ADL) suoriutumista (peseytyminen, pukeutuminen, WC-käynnit, liikkuminen kodissa, pidätyskyky ja ruokailu) sekä välillisistä arkisista toiminnoista (iADL) suoriutumisessa (puhelimien käyttö, kaupassakäynti, aterioiden valmistus, kodin hoitaminen, pyykinpesu, kulkuvälineillä liikkuminen sekä lääkkeitä ja raha-asioista huolehtiminen) (Suomen lääkärilehti, 2000).

3 DIGITAALISET SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUT

Digitaalisilla palveluilla tarkoitetaan verkkosivustoja, mobiilisovelluksia sekä erilaisia toiminnallisuuksia, jotka liittyvät näihin (L 306/2019). Digitaalisia palveluita ovat verkkovälitteiset palvelut, jotka mahdollistavat kahden tai useamman ihmisen vuorovaikutuksen tai kanssakäymisen paikasta riippumatta. (Valtiovarainministeriö [VTM], 2015, s. 25). Digitaalisiin palveluihin liittyviä toimintoja on selitetty taulukossa 1.

Taulukko 1. Digitaalisiin palveluihin liittyviä toimintoja (Valtiovarainministeriö, 2015, s. 56–57)

Toiminto	Selite
Etäpalvelu	Teknologian ja verkkoyhteyksien avulla järjestetty vähintään kahden osapuolen välinen yhteydenpitokanava, jossa on mahdollista jakaa tietoa, sovelluksia ja olla vuorovaikutuksessa videon tai kirjoitetun tekstin avulla
Etävastaanotto	Reaaliaikainen vastaanotto etämenetelmiä ja verkkoyhteyttä hyödyntäen
Etäasiointi	Asiointi ja omien asioiden hoito etänä (puhelimitse tai verkkovälitteisesti) tai etäpalvelun kautta

Tässä opinnäytetyössä digitaalisilla palveluilla tarkoitetaan teknologisia ratkaisuja, joita voidaan hyödyntää kotona asumisen ja toimintakyvyn tukena, kuten verkkosivustot, sovellukset sekä erilaiset laitteet.

3.1 Kansalliset suositukset teknologian hyödyntämiseksi ikääntyneiden palveluissa

Digitaalisten palveluiden tulee olla yhdenvertaisesti saatavilla kaikille kansalaisille, ja viranomaisten on varmistettava, että digitaaliset palvelut ovat helppokäyttöisiä sekä tietoturvallisia. (L 306/2019). Jokaisella kansalaisella on taattava riittävä sosiaali- ja terveydenhuolto (L 731/1999) ja ikääntyneillä tulee olla mahdollisuus laadukkaisiin ja yksilöllisiin palveluihin, jotka tukevat itsenäisyyttä ja toimintakykyä (L 980/2012).

Kuluvan hallituskauden (2019–2023) hallitusohjelmassa ”Osallistava ja osaava Suomi – sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävä yhteiskunta” – on tuotu esille sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamistarve. Hallitusohjelman yksi keskeinen tavoite on sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistus, jonka painopisteenä on ennaltaehkäisevien palveluiden ja sujuvien palveluketjujen rakentaminen. (Valtioneuvosto, 2019, s. 153–154.) Ikääntyneiden osalta hallitusohjelman toteuttamiseksi on luotu ikäohjelma, jossa muistisairauksien ehkäisyä pidetään yhtenä merkittävänä keinona palvelujärjestelmän kestävyuden tukemiseksi. (STM, 2020a, s. 30).

Suomalaisten terveyden ja hyvinvoinnin omatoimisen edistämisen tueksi on ehdotettu sähköistä opastusta, neuvontaa ja itsearviointityökaluja (STM, 2016, s.15). Teknologiaa suositellaan otettavan käyttöön myös ikääntyneiden ennaltaehkäisevissä ja säännöllisissä palveluissa. Ikääntyneiden palveluissa tulee ottaa huomioon, että palvelut tulee rakentaa oikeanlaisiin tarpeisiin huomioiden käyttäjäkunnan osaaminen ja tuen tarve teknologian käytössä (Ympäristöministeriö, 2017, s. 149; Lahtiranta, 2017, s. 295). Hyvän ikääntymisen ja palvelujen parantamisen laatusuosituksessa (STM, 2020 c, s. 35) linjataan, että ikääntyvillä tulisi olla tietoa saatavilla olevista teknologisista mahdollisuuksista mahdollisimman monipuolisesti.

3.2 Digitaalisten palveluiden käyttö ikääntyneiden palveluissa

Digitaaliset palvelut ovat kustannustehokas keino parantaa terveyttä (OECD, 2019, s. 44). Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskusten uudistamiseen tähtäävässä Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmassa digitaalisten palveluiden avulla tavoitellaan palveluiden saatavuuden ja laadun turvaamista, oikea-aikaisuutta, ennaltaehkäisevien palveluiden lisäämistä sekä monialaisuuden toteuttamista (STM, 2020b, s. 15). Etä- ja mobiilipalveluiden toivotaan parantavan hoitoon pääsyä (WHO, 2017, s. 14; STM, 2020b, s. 17) ja hillitsevän sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia.

Ikääntyneille on toivottu kehitettävien sähköisiä asiointi- ja omahoitopalveluita (STM, 2020b, s. 17) ja ne tulisi suunnitella ikääntyvien ihmisten tarpeiden ja mieltymysten mukaan. (WHO, 2017, s. 14). Toimintakykyä tulisi tukea moniammatillisesti ja kuntouttaen sekä hyvinvointitekniikan mahdollisuudet huomioon ottaen (WHO, 2017, s. 14), sillä teknologian hyödyntäminen tukee ikääntyneiden itsenäistä kotona asumista (Zhang ym., 2022 & Turjamaa ym., 2019).

Hyvinvointitekniikan käyttö ikääntyneiden palveluissa on Suomessa kasvussa. Covid19-pandemia ja sosiaali- ja terveydenhuollon resurssivaje on kiihdyttänyt digitaalisten palveluiden käyttöönottoa (Bokolo, 2020; Laukka ym., 2021; Kestilä ym., 2020, s. 135). Vuonna 2018 yleisimpiä asiakkaiden käyttämiä teknologioita kotihoidossa olivat tabletit, puhelimet tai muut yhteysvälineet. Etähoitoyhteyksiä oli käytössä noin neljänneksellä kotihoidon asiakkaista. Muita asiakkaiden käytössä olleita teknologioita olivat ovivahdit, älyhellat, GPS-seuranta, ateria-automaatit, automaattivalaistukset, kaatumisanturit, sähköinen ovenavaus ja älymatto. (STM, 2020c, s. 70).

3.3 Digitaaliset palvelut muistisairaiden ikäihmisten tukena

Muistisairaiden hoidon sujuvuus, läheisten tuki ja kokonaisvaltainen fyysinen, kognitiivinen ja sosiaalinen kuntoutus parantavat muistisairaiden toimintakykyä ja vähentävät hoidon kustannuksia (Handels ym., 2013, s. 35; Rosenvall ym., 2020). Digitaalisten palveluiden hyödyntäminen arjessa voi parantaa toimintakyvyn säilymistä henkilöillä, joilla on todettu kognition alenema. (Hedman ym., 2017, s. 6). Muistisairaana laitoshoidon aloituksen siirtyminen vain jopa kolmella päivällä vähentäisi merkittävästi sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia (Rosenvall ym., 2020).

Muistisairailta ja heidän omaisillaan on todettu olevan vaikeuksia löytää tietoa saatavilla olevista palveluista (Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestö [OECD] 2018, s. 87). Muistisairaavat toivovat teknologialta tukea muistin heikentymiseen, turvallisuuden tunteen lisääntymistä sekä itsemääräämisoikeuden vahvistumista (Riikonen & Paavilainen, 2018, s. 115, s. 126) sekä apua sosiaali- ja terveyspalveluiden löytämiseen ja valintaan, mahdollisuutta katsella omia terveystietojaan, antaa tahdonilmaisuja ja palautetta sekä keinoja olla yhteydessä ammattilaisiin (Hyppönen ym. 2018, s. 41).

Teknologian ja tiiviin yhteydenpidon avulla hoitohenkilökunnan kanssa voidaan parantaa sekä muistisairaana että omaisen elämänlaatua. (OECD, 2018, s. 32–33, s. 92; STM, 2014; Rosenvall ym., 2020). Teknologisten ratkaisujen yleistäminen lisää mahdollisuuksia hoitohenkilökunnan ja potilaan väliseen yhteydenpitoon (OECD, 2020, s. 214). Digitaalisten palveluiden käytön tiedetään lisäävän potilaan ja omaisten osallistumista hoitoon (Kivekäs, 2019, s. 39; Morton ym., 2017) ja helpottavan toisen puolesta asiointia (Morton ym., 2017; Vaahtera ym., 2018, s. 191). Digitaalisia omahoitopalveluita käyttäneet ovat useammin yhteydessä hoitotahoon ja kokevat saaneensa parempaa hoitoa (Morton ym., 2017). Digitaalisten palveluiden käyttö voi myös lisätä hoitomotivaatiota (Morton ym., 2017; Vaahtera ym., 2018, s. 191) ja tunnetta sairauden hallinnasta (Kivekäs, 2019, s. 39). Aiemmat kokemukset sähköisistä palveluista (Vaahtera

ym., 2018, s. 190, Hyppönen ym., 2018, s. 33) sekä palveluiden helppokäyttöisyys lisäävät ikääntyneiden halukkuutta niiden käyttöön (Saranto ym., 2018, s. 590). Myös pitkäaikaissairauksilla ja lisääntyneellä hoitotarpeella on yhteys sähköisen asioinnin arvostukseen ja käyttöhalukkuuteen (Hyppönen, ym. 2018, s. 43).

Dementiaan sairastuneille ja heidän omaisilleen on suositeltu perustettavaksi palvelupolkuja muistisairauksien omahoidon tueksi vuoteen 2025 mennessä (WHO, 2017, s. 23, 26). Palvelupolkuja on jo nyt mahdollista toteuttaa digitaalisten palveluiden avulla (Terveyskylä, 2022), mutta tutkimustietoa muistisairaiden ikäihmisten digitaalisten palvelupolkujen sisällöstä ei ole vielä Suomessa kerätty.

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoitus on selvittää, millaisilla digitaalisilla palveluilla voidaan tukea kotona asuvaa muistisairasta ikäihmistä. Opinnäytetyön tavoite on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan luoda Terveyskylän verkkopalveluun muistisairaana ikäihmisen digihoitopolku.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaiset digitaaliset palvelut ovat hyödyllisiä kotona asuvalle muistisairaalle ikäihmiselle?
2. Miten digitaaliset palvelut tukevat kotona asuvaa muistisairasta ikäihmistä?

5 YHTEISTYÖKUMPPANIT

Opinnäytetyön yhteistyökumppanina on toiminut Terveyskylä sekä Etelä-Suomessa sijaitseva kohdeorganisaatio.

5.1 Terveyskylä

Terveyskylä on julkinen verkkopalvelu, joka tarjoaa sosiaali- ja terveysalan sisältöjä kansalaisille ja ammattilaisille (Terveyskylä 2022a). Palvelu kehitettiin Virtuaalisairaala 2.0. hankkeessa vuosina 2016–2018. Hanke oli pääministeri Juha Sipilän hallituksen yksi kärkihankkeista ja sitä rahoitti sosiaali- ja terveysministeriö. (Arvonen & Lehto-Trapnowski, 2013, s. 6.) Terveyskylän kehittämistä on jatkettu hankkeen päättymisen jälkeen viidessä yliopistollisessa sairaanhoitopiirissä, jotka ovat: Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri HUS, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri PSHP, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri PPSHP, Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri PSSHP sekä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri VSSHP (Terveyskylä, ia).

Terveyskylä koostuu kolmesta eri osa-alueesta: kaikille avoimesta verkkosivustosta, digitaalisesta palvelukanavasta Omapolusta sekä ammattilaisille tarkoitusta palveluportaalista TerveyskyläPRO:sta. (Terveyskylä, 2022a). Opinnäytetyön kehittämistyö kohdistuu Omapolkuun. Terveyskylän palvelut on esitelty kuvassa 1.



Kuva 1. Terveyskylän palvelut (Arvonen & Lehto-Trapnowski, 2013, s. 13)

Omapolku koostuu digihoitopoluista, etävastaanotoista sekä kaikille avoimista itsehoito-ohjelmista. Palvelun käyttö edellyttää vahvaa tunnistautumista sekä lähteen saamista terveydenhuollon yksiköltä, jossa digihoitopolku on käytössä. Digihoitopolkujen sisällöt on suunniteltu kohderyhmän tarpeiden mukaan, ja niiden kautta voi saada hoitoon liittyvää tietoa ja kyselyitä, harjoituksia tai ohjeita. Digihoitopolun tiedot näkyvät myös hoitoon osallistuville ammattilaisille ja palvelun kautta on mahdollista viestiä sähköisesti, tehdä oire- ja terveystutkimusseuranta sekä osallistua ryhmächatteihin ja etävastaanotoille. Erilaisia digihoitopolkuja on useita kymmeniä. Tällä hetkellä käytössä olevia digihoitopolkuja on esimerkiksi sydämen vajaatoimintaa sairastavalle, uniapneapotilaalle, päänsärystä kärsivälle tai lasten astmaa sairastaville. (Terveyskylä, 2022b).

5.2 Kohdeorganisaatio

Opinnäytetyön toisena yhteistyökumppanina toimi Etelä-Suomessa sijaitseva suuri kunta, jonka vanhustenpalveluiden työntekijöistä rakentui asiantuntijaryhmä. Kohdeorganisaatiossa on käytetty virtuaalihoitoa osana kotihoidon palveluita vuodesta 2018 alkaen.

6 AINEISTONKERUU, AINEISTO JA SEN ANALYYSI

Opinnäytetyön aineisto koostuu kuvailevasta kirjallisuuskatsauksesta sekä asiantuntijatyöskentelyn avulla kerätystä aineistosta. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla.

6.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valikoitui kuvaileva kirjallisuuskatsaus, sillä sen avulla on mahdollista luoda tutkittavasta aiheesta laaja kokonaiskuva, ja tarkastella siihen liittyviä ominaisuuksia monipuolisesti (Salminen, 2011, s. 6; Grant & Booth, 2009, s. 97). Kirjallisuuskatsauksen avulla haluttiin tarkistella muistisairaiden digitaalisiin palveluihin liittyvää nykytilaa ja ongelmia, ilmiöitä ja niiden kehityssuuntia (Kangasniemi ym., 2013, s. 294).

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on aineistolähtöinen metodi, jonka vaiheita ovat tutkimuskysymyksen ja aineiston valinta sekä niiden kuvailu ja tulosten tarkastelu. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen erityispiirre on vahva aineistolähtöisyys; jokainen tutkimusvaihe peilataan toisiinsa luoden parempaa ymmärrystä ja kokonaiskuvaa aineistosta (Kangasniemi ym., 2013, s. 292, s. 294).

Opinnäytetyöhön muodostettiin kaksi tutkimuskysymystä. Tutkimuskysymykset asetettiin kysymyksen muotoon, jotta tutkittavasta ilmiöstä saataisiin täsmällistä ja riittävän rajattua tietoa. Tutkimuskysymykset ohjasivat kirjallisuuskatsaukseen mukaan otettavan aineiston valintaa. Aineistoa arvioitiin suhteessa vastauksiin, joita se antoi asetetuille tutkimuskysymyksille. Aineistohaut tehtiin kansainvälisistä sähköisistä hakutietokannoista, jotka sisältävät aiemmin julkaistuja tutkimuksia tutkimusaiheesta. (Kangasniemi ym., 2013, s. 295–296; Grant & Booth, 2007, s. 94). Kirjallisuuskatsauksen etuna voidaan pitää kansainvälisen tutkimustiedon kokoamista aihealueen ympäriltä (Grant & Booth, 2007, s. 104).

Kirjallisuuskatsaukseen valittu aineisto kuvailtiin ja siitä muodostettiin johtopäätökset muistisairaille kotona asuville hyödyllisistä digitaalisista palveluista. Aineiston kuvailussa hyödynnettiin tutkimuskysymystä. (Kangasniemi ym., 2013, s. 296; Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 122.) Aineistoa jäsenneltiin ja siitä etsittiin yhdistäviä tekijöitä ryhmitellen niitä erilaisiksi kokonaisuuksiksi (Kangasniemi ym., 2013, s. 296; Grant & Booth, 2007, s. 94).

Kirjallisuuskatsauksen tuloksista muodostettiin kooste, jossa kuvailtiin valitusta aineistosta löytyneitä kokonaisuuksia ja tutkimuskysymykseen löytyneitä vastauksia. Tulokset arvioitiin suhteessa mukaan valitun aineiston luotettavuuteen. Tuloksia tarkasteltiin peilaamalla niitä tutkittavaan ilmiöön liittyvissä viitekehyksissä. Tulosten pohjalta esitetään jatkotutkimusaiheita, ilmiöön liittyviä muita ongelmia tai mahdollisia tulevia kehityskulkuja. (Kangasniemi ym., 2013, s. 297).

5.1.1 Kirjallisuuskatsauksen tiedonhaun kuvaus

Haku suoritettiin 9.9.2021 Cinahl-tietokannasta ja 17.9.2021 Medline-tietokannasta. Tietokannat valittiin, sillä niihin on koottu kansainvälisesti julkaistuja, vertaisarvioituja lääketieteen, hoitotieteen ja terveystieteen julkaisuja (Esbco, ia; National Library of Medicine, 2022). Koehakuja tehtiin yhdessä informaation kanssa kattavan hakutuloksen varmistamiseksi. Haussa käytettiin PICO-hakustrategiaa, joka on kuvattu taulukossa 2.

Taulukko 2. Kuvaus PICO-hakustrategian hyödyntämisestä Cinahl ja Medline-tietokannoissa

CINAHL MEDLINE	P Potilasryhmä	and	I Mielenkiinnon kohde	and	Co Konteksti
	Internet-based interventions or Ehealth or Web-based or Electronic health intervention or Internet based therapy or Telemedicine		Memory disorder or Alzheimer's or Dementia		Everyday life or Daily life or Daily function or Daily living skills or Activities on daily living

Valittujen tutkimusten kriteerit olivat vertaisarvioidut alkuperäistutkimukset, jotka:

1. Olivat julkaistu edellisen viiden vuoden aikana
2. Tiivistelmä ja koko teksti oli saatavilla englanniksi
3. Liittyivät digitaalisten palveluiden käyttöön muistisairailta ikäihmisillä

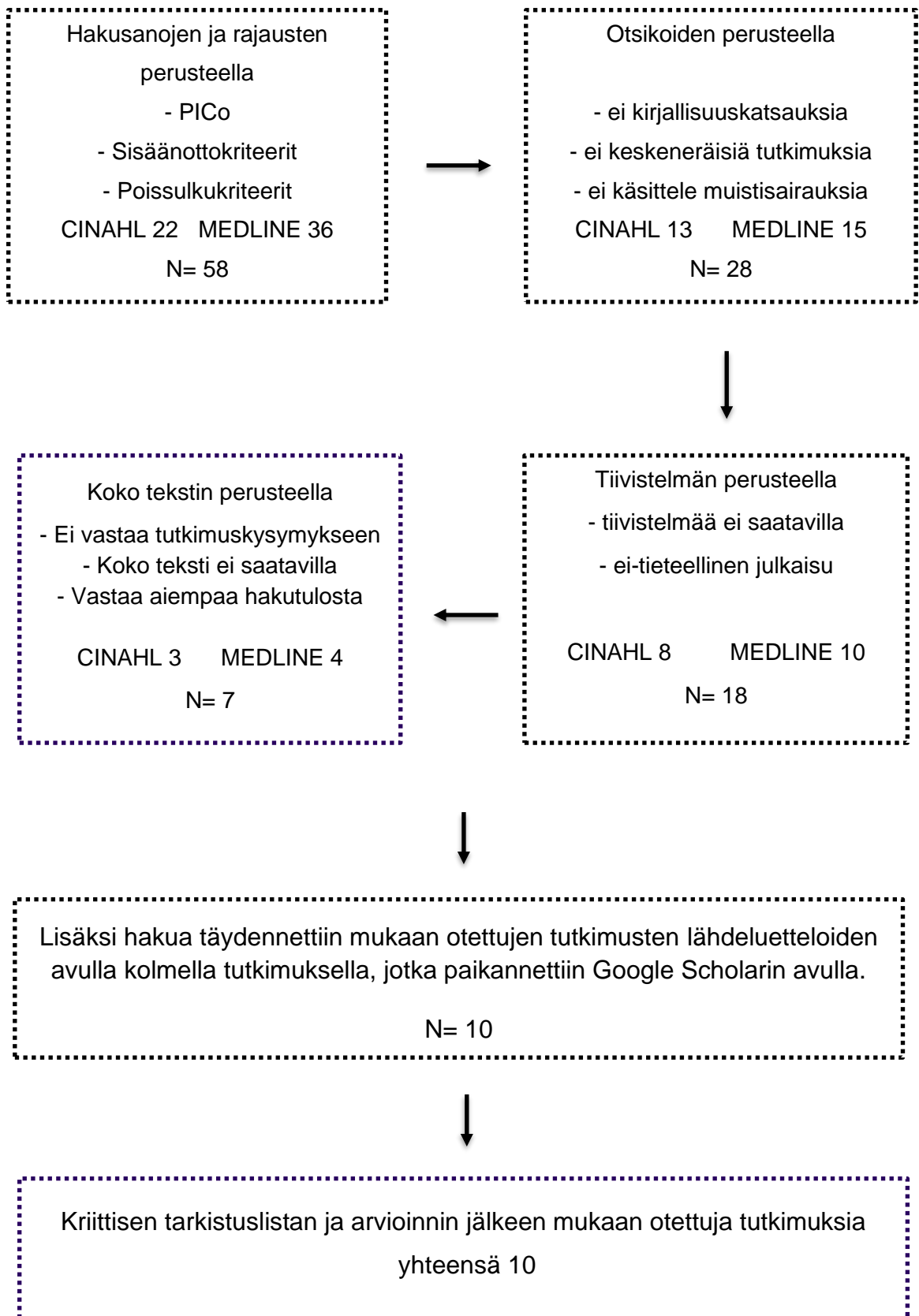
Aineistosta rajattiin ulos

1. Kirjallisuuskatsaukset
2. Tutkimukset, joiden koko teksti ei ollut ilmaiseksi saatavilla
3. Ei-tieteelliset julkaisut
4. Sisältö ei vastannut tutkimuskysymyksiin

Sisäänottokriteerit täyttävien tutkimusten laatu arvioitiin Joanna Briggs Instituten (myöhemmin JBI) -kriteerien mukaan (Hoitotyöntutkimus säätiö [Hotus], 2019).

Aineistoon valittiin tutkimukset, jotka saivat vähintään 50 % laadunarviointipisteistä (Siltanen ym., 2019, s. 13).

Jokaiselle tutkimusmenetelmälle on asetettu tutkimustavan piirteet huomioon otettava kriteeristö, jonka vuoksi laadunarviointikriteeristöjen maksimipistemäärät vaihtelivat 9 ja 13 välillä. Esimerkiksi kvasikokeellisen tutkimuksen arviointikriteeristön maksimipistemäärä on 9 pistettä, ja arviointikriteeristössä arvioidaan syy-seuraus-suhteen kuvausta, altistus- ja kontrolliryhmän vertailua sekä tulosten mittauksia ja niiden luotettavuutta (Hotus, 2019). Satunnaistetun kontrolloidun tutkimuksen arviointikohtia on 13, ja arvioinnissa kiinnitetään enemmän huomiota satunnaistuksen luotettavuuteen, muuttujien analysointiin ja intervention vertailukelpoisuuteen. Hakustrategia on kuvattu kuviossa 1.



Kuvio 1. Hakustrategian kuvaus

5.1.2 Kirjallisuuskatsauksen aineiston analyysi

Kirjallisuuskatsaukseen valittu aineisto analysoitiin aineistolähtöisen sisällyönanalyysin avulla (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 108). Aluksi aineisto pelkistettiin tutkimuskysymyksen avulla. Tulokset jaettiin kahteen osaan sen perusteella, oliko palvelut suunniteltu muistisairaalle ikäihmisille vai tämän hoitoon osallistuvalla omaisella. Tämän jälkeen aineistosta etsittiin vastauksia, millaisia sisältöjä palveluissa oli ollut. Tulosten jako on kuvattu taulukossa 3.

Taulukko 3. Kirjallisuuskatsauksen tulosten jako palveluiden käyttäjän mukaan

Muistisairaalan ikäihmisen palvelut	Muistisairaalan omaisen palvelut
Tiedonsaanti	Tiedonsaanti
Hoitoon osallistuminen	Hoitoon osallistuminen
Kognitiivinen kuntoutus	Sosiaaliset kontaktit
Liikkumisen tuki	Ammattilaisen vastaanotot
Sosiaaliset kontaktit	
Ammattilaisen vastaanotot	

Kukin sisältö koottiin omaksi teemakseen, johon etsittiin aineistosta löytyviä siihen sopivia ilmaisuja. Esimerkki tulosten koostamisesta yhteen teemaan liittyen on taulukossa 4.

Taulukko 4. Esimerkki sosiaalisiin kontakteihin liittyvien tulosten koostamisesta

Teema	Ilmaisut
Muistisairaana ikäihmisen sosiaaliset kontaktit	Yksityisviestit käyttäjien kesken Vertaisten julkaisujen seuraaminen ja niihin reagointi Teknologiapohjaisen tieto- ja viestintäalusta, joka mahdollistaa hoitohenkilökunnan, sosiaalityöntekijöiden, terapeuttien ja monisairaiden potilaiden ja heidän omaistensa välisen yhteydenpidon

Seuraavaksi aineistosta etsittiin digitaalisia palveluja, joilla palvelun sisältöjä oli tuotettu. Käytetyt digitaaliset palvelut olivat verkkosivustot, videovastaanotot ja terveysteknologian käyttö. Taulukkoon 5 on koottu teemoittain käytetyt digitaaliset palvelut muistisairaiden palveluissa.

Taulukko 5. Käytetyt digitaaliset palvelut teemoittain muistisairaana palveluissa

Tiedon- saanti	Hoitoon osallistu- minen	Kognition tuki	Liikkumi- sen tuki	Sosiaali- set kon- taktit	Ammat- tilaisen vastaan- otto
Verkko- sivu	Verkko- sivu	Verkko- sivu	Verkkosivu	Verkko- sivu	Video- vastaan- otto
Videovas- taanotto	Videovas- taanotto	Videovas- taanotto	Videovas- taanotto		
	Terveys- teknologia		Terveystek- nologia		

Aineistosta haettiin tietoa, miten digitaalisia palveluita on hyödynnetty. Kustakin digitaalisesta palvelusta koottiin kaikki keinot, joita tutkimuksissa oli käytetty. Esimerkki verkkosivun sisältämistä keinoista on koottu taulukkoon 6.

Taulukko 6. Verkkosivustolla hyödynnetyt menetelmät

Menetelmä	Palvelut	Toteutustapa
Verkkosivu	Tietosisällöt	Tieto-osiot muistisairauteen ja liitännäisongelmiin liittyen
	Hoitotiedot	Viestintämahdollisuus hoitohenkilökunnan kanssa (pikaviestit ja viestipyynnöt) Henkilökohtaisten hoitotietojen saanti Terveysteknologialla tuotettujen mittaustulosten rekisteröinti ja seuranta
	Kognition tuki	Ohjaus sivuston ulkopuolisiin muistia tukeviin peleihin Tietosisällöt
	Liikkumisen tuki	Videoidut harjoitteet Henkilökohtainen liikkumissuunnitelma
	Sosiaaliset kontaktit	Yksityisviestit käyttäjien kesken Uutisvirta vertaisten kesken (omat julkaisut, muiden julkaisut ja niihin reagointi emojiin/kommentein) Viestintämahdollisuus hoitotiimin kanssa

5.1.3 Kirjallisuuskatsaukseen valitun aineiston kuvaus

Kirjallisuuskatsaukseen valittiin kymmenen muistisairaana kotona asuvan ikäihmisen hoitoon liittyvää tutkimusta, joiden tarkoituksena oli selvittää digitaalisten palveluiden käyttöä kohderyhmällä. Kirjallisuuskatsaukseen valittu aineisto on kuvattu liitteessä 1.

Mukaan otettavia tutkimuksia ei rajattu maantieteellisesti mahdollisimman monipuolisen katsannon mahdollistamiseksi. Tutkimukset oli toteutettu Yhdysvalloissa (Lindauer ym., 2017; Moo ym., 2020; Weiss ym., 2020), Iso-Britanniassa (Howe ym., 2020; Lariviere ym., 2021), Kanadassa (Burton ym., 2016), Korean Tasavallassa (Kim ym., 2017), Tanskassa (Petersen ym., 2020), Saksassa (Scheibe ym., 2021) sekä Australiassa (Laver ym., 2020).

Tutkimusasetelma oli useimmiten laadullinen (Burton ym., 2016; Scheibe ym., 2021 & Weiss ym., 2020). Lisäksi tutkimukset olivat tapaus-verrokkitutkimuksia (Kim ym., 2017 & Moo ym., 2020), kvasikokeellisia tutkimuksia (Howe ym., 2020, Lindauer ym., 2017 & Petersen 2020), tapaussarjoja (Lariviere ym., 2021) ja yksi tutkimus oli satunnaistettu kontrolloitu tutkimus (Laver ym., 2020). Osallistujien määrä vaihteli 20–188 osallistujan välillä, yhteensä aineistoksi valituissa tutkimuksissa oli 561 osallistujaa. Tutkittavien keski-ikä vaihteli 70,4–80 vuoden välillä. Kaikissa tutkimuksista osallistujat edustivat kumpaakin sukupuolta.

Tutkimustuloksia kerättiin erilaisin menetelmin. Tyypillisimpiä olivat kyselyt intervention jälkeen (Howe ym., 2020; Laver ym., 2020; Lindauer ym., 2017; Moo ym., 2020 & Weiss ym., 2020) ja terveydentilan ja hyvinvoinnin mittaaminen standardoiduilla kyselyillä (Kim ym., 2017; Lindauer ym., 2017 & Petersen ym., 2020), kuten Mini Mental State (MMSE) tai Clinical Dementia Rating (CDR). Tietoa kerättiin myös haastattelun avulla (Scheibe ym., 2021), keräämällä dataa verkkosivustolta (Howe ym., 2020), havainnoimalla tutkimusjoukkoa (Lariviere ym., 2021) sekä mittaamalla fyysistä toimintakykyä ennen ja jälkeen intervention (Petersen ym., 2020).

Mukaan otettavan aineiston tutkimusjoukkona olivat sekä muistisairaat (Kim ym., 2017; Laver ym., 2020), Petersen ym., 2020; Scheibe ym., 2021) että muistisairaat ja heidän hoitoonsa osallistuvat omaisensa (Burton ym. 2020; Howe ym., 2020; Lariviere ym., 2021; Lindauer ym. 2017; Moo ym., 2020 & Weiss ym. 2020). Muistisairaiden sairauden vaihe oli joko lievä (Burton ym., 2016 & Kim ym., 2017), lievästä keskivaikeaan (Howe ym., 2020; Lindauer ym., 2017 & Petersen ym., 2020) tai rajausta ei ollut tehty (Lariviere ym., 2021; Laver ym., 2020 & Moo ym., 2020). Kahdessa tutkimuksessa tutkittavilla oli todettu kognition alenema ilman dementiadiagnoosia (Scheibe ym., 2021 & Weiss ym., 2020).

Tutkimuskohteena oli digitaalisten keinojen hyödyntäminen osana muistisairaahan hoitoa. Tutkimusaiheita olivat terveysteknologian hyödyntäminen hoidon tukena (Lariviere ym., 2021), kognition tukemisen keinot (Burton ym., 2016; Howe ym., 2016; Kim ym., 2017; Laver ym., 2020; Moo ym., 2020 & Scheibe ym., 2021), liikkumisen tukemisen keinot (Petersen ym., 2020), ammattilaisen ohjaus ja neuvonta (Burton ym., 2016; Howe ym., 2016; Kim ym., 2017; Laver ym., 2020; Moo ym., 2020; Petersen ym., 2020; Scheibe ym., 2021 & Weiss ym., 2020) sekä arviointivälineiden hyödynnettävyys etähoidossa (Lindauer ym., 2017). Käytettyjä digitaalisia menetelmiä olivat internet-sivustot (Howe ym., 2016; Petersen ym., 2020 & Scheibe ym., 2021), terveysteknologian hyödyntäminen (Lariviere ym., 2021 & Petersen 2020) sekä videovastaanotot (Burton ym., 2016; Kim ym., 2017; Laver ym., 2020; Lindauer ym., 2017; Moo ym., 2020 & Weiss ym. 2020).

Mukaan valittujen laadullisten tutkimusten laadunarviointipisteet vaihtelivat välillä 7–10/10, tapaus-verrokkitutkimuksien välillä 9–10/10, kvasikokeellisten tutkimuksissa välillä 6–8/9, tapaussarjassa 7/10 ja satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa tulos oli 11/13. Siltanen ym. (2021, s. 37) mukaan luotettavimpina tutkimuksina pidetään kokeellisia asetelmia, joita oli tutkimusaineistossa yhteensä kolme (Kim ym., 2017; Moo ym., 2020 & Laver ym., 2020). Kokeellisista asetelmista kaksi tutkimusta (Kim ym., 2017; Moo ym., 2020) saavutti tasokkaan tutkimuksen arviointipisteet ja yksi (Laver ym., 2020) hyvän tutkimuksen pistemäärän (Siltanen ym., 2021, s. 21). Seuraavaksi luotettavimpana

tutkimusmenetelminä (Siltanen ym., 2021, s. 37) pidetään kvasikokeellisia asetelmia, joita aineistossa oli kolme (Howe ym., 2020; Lindauer ym., 2017 & Petersen 2020) ja joiden arviointipistemäärien perusteella voidaan todeta olevan sekä tasokkaita (Howe ym., 2020 & Petersen ym., 2020) että hyvä (Lindauer ym., 2017). Kolmanneksi luotettavimpina tutkimuksina pidetään havainnoivia ja analyttisiä asetelmia (Siltanen ym., 2021, s. 38), joita aineistossa oli yhteensä kolme (Burton ym., 2016; Scheibe ym., 2021 & Weiss ym., 2020). Näistä tutkimuksista kaikki täyttivät hyvän tutkimuksen arviointipistemäärän. Yksi tutkimuksista oli havainnoiva tai kuvaileva tutkimus (Lariviere ym., 2021), ja sen arviointipisteet täyttivät hyvän tutkimuksen kriteerit. Kaikki kirjallisuuskatsaukseen valituista tutkimuksista täyttivät siis vähintään hyvän tutkimuksen kriteerit, ja tutkimusasetelmista yli puolet oli toteutettu vaikuttavin menetelmin. (Siltanen ym., 2021, s. 37–38). Kirjallisuuskatsauksen aineiston sisältö on kuvattu taulukossa 7.

Taulukko 7. Kirjallisuuskatsaukseen valitun aineiston kuvaus (n = 10)

Kuvaustyyppi	n	Kuvaustyyppi	n
<i>Tutkimusasetelma</i>		<i>Tutkimuskohde</i>	
Laadullinen tutkimus	3	Terveysteknologian hyödyntäminen	1
Tapaus-verrokki-tutkimus	2	Kognition tukeminen	6
Kvasikokeellinen tutkimus	2	Liikkumisen tukeminen	1
Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus	1	Ammattilaisen ohjaus ja neuvonta	8
Tapaussarja	2	Arviointivälineistön hyödynnettävyys etähoidossa	1
<i>Aineistonkeruu</i>		<i>Laadunarviointikriteerit</i>	
Kyselyt	5	JBI-kriteerit laadulliselle tutkimukselle	3
Mittarit	3	JBI-kriteerit tapaus-verrokki-tutkimukselle	2
Haastattelut	1	JBI-kriteerit kvasikokeelliselle tutkimukselle	3
Havainnointi	1	JBI-kriteerit satunnaistetulle kontrolloidulle tutkimukselle	1
Mittaukset (fyysiset)	1	JBI-kriteerit tapaus-sarjalle	1
Verkkosivustolta kerätty data	1		
<i>Tutkimusjoukko</i>		<i>Käytetyt digitaaliset menetelmät</i>	
Muistisaira	4	Internet-sivusto	3
Muistisaira ja omaiset	6	Terveysteknologia	2
		Videovastaanotot	6

6.2 Asiantuntijatyöskentely

Asiantuntijoilla tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä ryhmää, joka muodostettiin yhteistyöorganisaation vanhusten palveluiden työntekijöistä ja kolmannen sektorin asiantuntijasta, joille toteutettiin puolistrukturoitu ryhmähaastattelu. Asiantuntijahaastattelulla haluttiin kerätä tietoa muistisairaiden ikäihmisten arjesta ja sen haasteista (Alastalo ym., s. 2017, s. 218). Asiantuntijaryhmän tehtävä oli toimia muistisairaiden ikäihmisten puolestapuhujana (Mäntyranta & Kaila, 2008, Moser & Korstjens, 2017), sillä muistisairaot ja heidän omaisensa rajattiin opinnäytetyön ulkopuolelle käytettävissä olevien resurssien vuoksi. Muistisairaot ovat erityisen haavoittuvassa asemassa, eikä heidän suostumustaan tai kognitiotaan olisi voitu arvioida aukottomasti toteuttavan työn mahdollisuuksien rajoissa. (Kylmä & Juvakka, 2007, s. 144). Tehokkaan ja vaikuttavan työskentelyn varmistamiseksi asiantuntijoiksi haettiin henkilöitä, joilla on kokemusta ja tietoa käsiteltävästä aiheesta mahdollisimman paljon (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 98; Hirsjärvi & Hurme, 2008, s. 62).

5.2.1. Asiantuntijatyöskentelyn toteutus

Asiantuntijaryhmiin kutsuttiin kohdeorganisaation vanhusten palveluiden työntekijöitä yksiköiden esihenkilöiden välityksellä sähköpostitse. Kutsu lähetettiin yhteistyöorganisaation kotihoidon, etäkotihoidon, seniorineuvonnan puhelinpalvelun, muistineuvojien sekä muisti- ja geriatrisen poliklinikan esihenkilöille. Esihenkilöt välittivät kutsun työntekijöilleen asetetut sisäänottokriteerit huomioiden. Kutsu sisälsi saatekirjeen (liite 2) ja osallistujan suostumuslomakkeen (liite 3).

Asiantuntijaryhmään osallistuvien sisäänottokriteereiksi asetettiin henkilöt, jotka

1. Tuntevat kotona asuvien muistisairaiden palveluntarpeet
2. Ovat työskennelleet muistisairaiden kanssa ja joilla on kokemusta digitaalisten palveluiden hyödyntämisestä sosiaali- ja terveyspalveluissa
3. On tietoa digitaalisten palveluiden mahdollisuuksista.

Lisäksi asiantuntijaryhmään kutsuttiin Ikäteknologiakeskuksen asiantuntija ja paikallisen Muistiliiton alaisen Muistiluotsin asiantuntija.

Asiantuntijatyöskentely toteutettiin etäyhteyden avulla vallitsevan COVID19-pandemian vuoksi. Asiantuntijaryhmän tapaamiset pidettiin virtuaalisena työpaikana 11.5.2021 ja 25.5.2021 ja ne olivat kestoaltaan kaksi (2) tuntia. Työskentely toteutettiin ryhmähaastatteluna puolistrukturoitujen kysymysten avulla Teams-sovelluksessa. Osallistujat hyödynsivät toisella tapaamiskerralla keskustelun tukena tapaamista varten luotua yhteiskäyttöistä virtuaalista valkotaulua, Jamboardia. Esimerkki Jambord-työskentelystä on nähtävissä liitteessä 4.

Ensimmäisessä asiantuntijaryhmän tapaamisessa kartoitettiin muistisairaiden ikäihmisten palveluntarpeita. Työskentelyyn osallistui kolme asiantuntijaa eri vanhusten palvelujen yksiköistä. Toisessa asiantuntijaryhmässä jatkettiin keskustelua muistisairaiden kotona asumista tukevista palveluista. Työskentelyyn osallistui viisi työntekijää vanhusten palvelujen eri yksiköistä sekä Ikäteknologiakeskuksen asiantuntija.

5.2.2. Asiantuntijaryhmätyöskentelyn aineiston analyysi

Asiantuntijaryhmien työskentely tallennettiin (Hirsjärvi & Hurme, 2008, s. 92) ja litteroitiin sanatarkasti (Vilkkä, 2015, s. 137). Ensimmäisestä tapaamisesta kertyi tallennettua materiaalia 1 h 27 min, joka vastasi litteroituna aineistona 15 tekstisivua. Toisesta tapaamisesta kertyi tallennettua aineistoa 1 h 25 min, joka vastasi litteroituna aineistona 16 tekstisivua. Lisäksi toisella tapaamiskerralla ryhmä tuotti kirjallista aineistoa viisi tekstisivua etätyöskentelyalustalle.

Litteroitu aineisto analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla. (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 108). Ensimmäisen tapaamiskerran aineisto käsiteltiin aluksi omana kokonaisuutenaan, ja toisen tapaamiskerran aineisto omanaan. Litteroitua aineistoa luettiin useita kertoja läpi sen omaksumiseksi (Elo & Kynäs, 2007, s. 109). Litteroidut aineistot ja asiantuntijaryhmän tuottama kirjallinen

aineisto yhdistettiin. Litteroidusta aineistosta etsittiin samankaltaisia, tutkimusaiheeseen liittyviä ilmaisuja. Aineiston pelkistämisen apuna käytettiin opinnäytetyön tarkoitusta ja tutkimuskysymystä (Hirsjärvi & Hurme, 2008, s.148; Kylmä & Juvakka, 2007, s. 117). Aineistosta etsittiin ilmaisuja, jotka liittyvät muistisairaiden kotona asumiseen, toimintakykyyn ja sähköisiin palveluihin. Pelkistämisen avulla aineisto tiivistettiin (Tuomi & Sarajärvi, 2008, s. 123; Kylmä & Juvakka, 2007, s.117).

Samaa asiaa kuvaavat ilmaisut koottiin omiksi kokonaisuuksikseen ja pelkistettiin yhä omiksi alaluokikseen (Elo & Kyngäs, 2007, s. 109). Alaluokkien muodostumista on havainnollistettu taulukossa 8.

Taulukko 8. Esimerkki alaluokkien muodostumisesta

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Kuntoutus	Kuntoutus	Muistisairaahan kognitiota tukevat sisällöt
Aivojumppa	Aivojumppa	
Pelit	Pelit	
Näitä on olemassa erilaisia tämmösiä ikääntyneille suunnattuja kuntoutuspelejä tai jumppapelejä	Ikääntyneille suunnatut kuntoutuspelit	

Muodostuneet alaluokat yhdistettiin yhtenäisiksi yläluokiksi, jotka olivat muistisairaahan toimintakyvyn ylläpito, kotona asumisen tukeminen sekä omaisen tukeminen. Yläluokista johdettiin tutkimuskysymykseen vastaavia pääluokkia. (Tuomi & Sarajärvi, s. 114–115; Elo & Kyngäs, 2007, s. 111.) Esimerkki aineiston ryhmittelystä on kuvattu taulukossa 9.

Taulukko 9. Esimerkki aineiston ryhmittelystä

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Kognitiota tukevat sisällöt	Muistisairaahan toimintakyvyn ylläpito	Muistisairaahan omahoidon tukeminen
Fyysistä kuntoa ylläpitävät sisällöt		
Sosiaalista hyvinvointia tukevat sisällöt		

Muistisairaahan kotona pärjäämisen tukeminen – pääluokan muodostuminen on kuvattu taulukossa 10.

Taulukko 10. Pääluokan ”turvallinen kotona asuminen” muodostuminen.

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Muistin tukeminen	Kotona pärjäämisen tukeminen	Turvallinen kotona asuminen
Päivärytmin ylläpito		
Apuvälinetieto		
Viestintä hoitohenkilökunnan kanssa		
Tieto muistisairaudesta vaikutuksista		

Yläluokista muodostuneet pääluokat olivat muistisairaahan omahoitoa tukevat sisällöt, turvallista kotona asumista tukevat sisällöt sekä omaisen osallistumista tukevat sisällöt. Lopuksi muodostuneista pääluokista arvioitiin, ovatko ne olennaisia, onko jotain yhteyksiä jäänyt huomaamatta, kuinka paljon luokat sisälsivät aineistoa, ja onko jokin kokonaisuus vähemmän tärkeä kuin toinen. (Hirsjärvi & Hurme, 2008, s. 149; Tuomi & Sarajärvi, 2008, s. 126.)

Muodostuneisiin pääluokkiin etsittiin aineistosta tutkimuskysymykseen vastavia digitaalisia palveluita. Digitaaliset palvelut erotettiin kahdeksi eri

kokonaisuudeksi: muistisairaalle suunnatut digitaaliset palvelut sekä omaista tukevat digitaaliset palvelut. Digitaaliset palvelut on kuvattu taulukossa 11.

Taulukko 11. Asiantuntijaryhmän ehdottamat digitaaliset palvelut.

Muistisairas	Omainen
Kalenteri	Kalenteri
Tietosisällöt	Tietosisällöt
Päiväohjelma	Viestintä hoitotahon kanssa
Viestintä hoitotahon kanssa	Tietoa tukipalveluista
Tietoa tukipalveluista	Vertaistuki
Kognitiota tukevat pelit ja harjoitteet	
Liikuntakykyä ylläpitävät sisällöt	
Vertaistuki	

7 TULOKSET

Tulokset on muodostettu yhdistämällä kirjallisuuskatsauksen ja asiantuntijaryhmän tuottama aineisto. Tulokset on koottu tutkimuskysymyksittäin. Tuloksien pohjalta on muodostettu suositus digihoitopolun palvelusisällöistä.

7.1 Kotona asuville muistisairaille ikäihmisille hyödylliset digitaaliset palvelut

Muistisairaalle ikäihmisille hyödyllisiä digitaalisia palveluita olivat aineiston mukaan ammattilaisen pitämät videovastaanotot (Burton ym., 2016; Kim ym., 2017; Laver ym., 2020; Lindauer ym., 2017; Moo ym., 2020 & Weiss ym. 2020), verkkosivustot (Howe ym., 2016; Petersen ym., 2020 & Scheibe ym., 2021) sekä terveysteknologian hyödyntäminen omahoidon tukena (Lariviere ym., 2021 & Petersen 2020).

Muistisairaiden hyötyivät toimintaterapeutin (Laver ym., 2020; Kim ym., 2017; Scheibe ym., 2021) ja neurologin etävastaanoista (Moo ym., 2020; Kim ym., 2017; Weiss ym., 2020). Myös fysioterapeutin ohjaus (Petersen ym., 2020) ja sosiaalityöntekijän apu (Weiss ym., 2020) tuki muistisairaita. Etävastaanoilla käsiteltiin sosiaalisia terveyteen vaikuttavia tekijöitä, kuten ravitsemusta (Burton ym., 2016; Moo ym., 2020; Weiss ym., 2020), virkistysmahdollisuuksia (Burton ym., 2016), asumista ja kotihoidon palveluita (Burton ym., 2016; Weiss ym., 2020). Myös muistisairaana liikuntakyvyn tukeminen (Moo ym., 2020; Petersen ym., 2020), turvallisuuskysymykset ja lääkitysasiat sisältyivät etävastaanottoihin (Weiss ym., 2020).

”Jos miettii jotakin tollasta verkkopalvelua, jossa olis omahoitoa tukevaa tietoa niin neuvontaa ja ohjausta esimerkiksi siihen ravitsemukseen liittyen.” – Asiantuntija 2

Esimerkiksi tollanen että jos olisi apuvälineisiin liittyvä asia, niin se olis ihan loistavaa, että se yhteydenotto menis suoraan sinne et hei teiltä saa kysyä apuvälineistä. – Asiantuntija 2

Niin lisää jotenkin tällästä kaivataan aina välillä et harjotellaan toki virtuaalisesti, miten käydään kaupassa ja sit s-pankin kautta maksuja saadaan hoidettua. Et kun ne kaikki on jotenkin niin, ne on vähän kankeita. – Asiantuntija 1

Verkkosivustojen hyödyllisiä sisältöjä olivat omahoitoa, turvallista kotona asu-
mista sekä omaisen hoitoon osallistumista tukevat sisällöt. Omahoidon tukemi-
nen koostui toimintakyvyn eri osa-alueista. Toimintakykyä ylläpitäviä verkkosivus-
tojen sisältöjä olivat kognitiota tukevat sisällöt, fyysistä kuntoa ja liikkumiskykyä
tukevat sisällöt sekä sosiaalista hyvinvointia tukevat sisällöt. Fyysisen toiminta-
kyvyn osalta hyödyllisiksi verkkosivuston sisällöiksi nimettiin nauhoitteet, ohjatut
jummat ja jumppapelit (Petersen ym., 2020). Kognitiivisen toimintakyvyn osalta
verkkosivustojen kuntouttavat pelit (Howe ym., 2020; Petersen ym., 2020),
pankkipalveluiden harjoittelualustat sekä toimintaterapeutin ohjaus ja neuvonta
(Petersen ym., 2020; Scheibe ym., 2021) olivat hyödyllisiä.

Näitä on olemassa erilaisia tämmösiä ikääntyneille suunnattuja kun-
toutuspelejä tai jumppapelejä, mitkä siis niin kun toimii eli tämmösten
tarjoaminen sitä kautta että ne tulisikin netin yli eikä erillisellä lait-
teella ja sit mulle tulee tämmönen villi idea mieleen et kun ajatellaan
näitä pikkusia seurarobotteja esimerkiksi zora tai nao robotteja jotka
tyypillisesti nyt vetää jumppaa. – Asiantuntija 4

Verkkosivustot tukivat myös sosiaalista hyvinvointia mahdollistamalla yhteyden
muihin ihmisiin. Keinoja olivat ohjatut ryhmät, mahdollisuus jakaa yhteystietonsa
vertaisille sekä yksityisviestien lähettäminen verkkosivuston käyttäjien kesken
tai hoitohenkilökunnalle. Verkkosivustolla voidaan hyödyntää myös uutis-
syötettä, johon käyttäjät voivat julkaista kommentteja tai vastata muiden julkai-
suihin kuvakkein tai viestein (Howe ym., 2020).

Treffipalsta.... semmonen muistitaulutyypinen minne voi jättää la-
pun ja sit siitä voi repiä numeroita tiedäksä että täällä yksi tota Hel-
singin siitä ja siitä lähiöstä, olisiko ketään kahvitteluseuraa? Tai
miksei olis vaikka niin että olis jotain niin sanottuja digitreffejä?
– Asiantuntija 2

Verkkosivustojen avulla on mahdollisuus jakaa kohdennettua tietoa. Muistisairaiden koettiin hyötyvän muistisairauteen liittyvän yksilöllisen tiedon saannista (Howe ym., 2020; Burton ym., 2016; Scheibe ym., 2021; Weiss ym., 2020), apuvälinetiedoista, talous- ja oikeudellisasioiden hoitoon liittyvistä tiedoista (Burton ym., 2016; Howe ym., 2020), kuten edunvalvonta-asioista sekä henkilökohtaisten hoitotietojen seuraamisesta palvelun avulla (Burton ym., 2016; Howe ym., 2020; Petersen ym., 2020; Scheibe ym., 2021; Weiss ym., 2020). Yksilöllisiksi tiedoiksi nimettiin diagnoosi, hoitopolku ja siihen liittyvät palvelut, hoitoon osallistuvat henkilöt, sairauden vaihe, sekä tarpeiden ennakointi teknologian tai tekoälyn avulla aiempien hoitotapahtumien pohjalta.

Mä mietin tämmöstä, mä en nyt keksi miten mä sen nyt kirjottaisin, mutta semmonen kun on olemassa kaiken näköistä apuvälinettä ja tekniikkaa mikä helpottaa sitä itsenäistä selviytymistä, meidän kokemus on se että sieltä aika paljon ihmisiltä puuttuu tieto siitä että tämmöstä on olemassa, et mitä kaikkea on olemassa ja mitkä vois just mun tai mun omaisen tilanteeseen olla ratkaisu, niin semmonen niin kun et ne pääsis helposti näkemään ja kokeilemaan ja verkkopalvelun kautta et hei tämmösiä on, miten voitais, tätäkin vois hyödyntää oman omaiseni kohdalla esimerkiksi. – Asiantuntija 4

Pystyisi löytämään ne perustiedot jo niin kun, syöttää ne tiedot, että omaisellani on nämä ja nämä tarpeet ja sitä kautta. Tää on ihan yksittäinen palvelu, mutta mikä tahansa vastaava. Pääsis löytämään ne apuvälineet mistä hyötyy. – Asiantuntija 4

Verkkosivustolla toimiva muistisairaahan, hoitohenkilökunnan ja omaisen yhteiskäyttöinen kalenteri nousi myös tärkeäksi ominaisuudeksi (Howe ym., 2020; Petersen 2020). Digitaalisen kalenterin avulla voisi saada muistutuksia tulevista tapahtumista, sekä luoda yksilöllisiä päiväkohtaisia aikatauluja päivä- ja vuorokausirytmien tukemiseksi. Omaisten toivottiin voivan lisätä kalenteriin tapahtumia ja nähdä eri hoitotapahtumat.

Niin sit sekin mä mietin vielä että mitä jos tämmösessä palvelussa olis et hei tästä sä voit asentaa tämmösen kalenterin ja sit sinne voi tulla sieltä palvelusta muistutuksia, mutta sitten sä voit lisätä sinne myös omia et mulla on jumppa keskiviikkosin ja hei mä oon varannut ton tonne kampaajan ja meillä on ystävien kanssa kahvittelu siinä ja siinä kahvilassa ja sitten niitä pystyisi myös lisää itse.

– Asiantuntija 2

...Mistä omaiset on vähän tuskastuneita kun he ei sit tiedä oikein että miten esimerkiksi se muistisairaahan jatkohoito tapahtuu, että on ehkä sanottu muistisairaalle, joka ei oo sit muistanut informoida omaisia, tai ei ole halunnut tai mikä siinä onkaan syynä eli omaiset soittaa että he ei tiedä nyt että onko äidille tuota lähetettä laitettu tonne muistipolille ja milloin jos on niin milloin on se aika” – Asiantuntija 3

Verkkosivustojen kautta voidaan pitää yhteyttä hoitotiimin kanssa sekä pikaviestein että viestipyyntöin (Scheibe ym., 2021). Sopivina palveluina nähtiin mahdollisuus lähettää sekä kiireellisiä että kiireettömiä viestejä hoitoon osallistuvien tahojen kesken. Viestintäkanavan nähtiin tukevan myös omaisen osallistumista hoitoon.

”Sitä kautta voi lähettää avunpyynnön niin tavallaan esimerkiksi siten tämmönen hieman sofistikoituneempi missä niinkun ois tavallaan joku tietty aihe ja sit siinä vois olla jotain tarkentavia kysymyksiä ja sit se lopuksi niinkun ois tavallaan että voit lähettää palvelupyynnötyyppisesti.” – Asiantuntija 2

Taulukkoon 12 on koottu kaikki aineistosta löytyneet kotona asuvalle muistisairaalle ikäihmiselle hyödylliset digitaalisten palveluiden sisällöt.

Taulukko 12. Muistisairaalle hyödylliset digitaalisten palveluiden sisällöt

Tiedon- saanti	Hoitoon osallistumi- nen	Kognitiivi- sen kuntou- tuksen sisäl- löt	Liikkumi- sen tuki	Sosiaaliset kontaktit	Ammatti- laisen vastaan- otot
Apuväline- tieto	Terveystie- don saanti	Apua muista- miseen	Päivittäiset liikeharjoi- tukset	Vertaistoi- minta	Neurologi
Oikeudelli- set asiat	Hoidon suun- nitteluun osallistumi- nen	Mielen virkis- tys	Oma harjoi- tusohjelma	Yhteys hoi- tohenkilö- kuntaan	Sosiaali- työntekijä
Talousasioi- den hoito	Hoitopäätös- ten näkemi- nen	Tuki kotita- lousasioiden hoitamiseen	Automaatti- nen liikunta- ohjaus ja palaute	Yksityis- viestit	Toiminta- terapeutti
Ravitsemus	Hoitopolun seuraaminen	Tuki arjen perustoimin- noissa		Uutissyöte	Fysiotera- peutti
Yhteystie- dot	Mittaustulos- ten seura- minen	Kognitiota tu- kevat verkko- pelit			

7.2 Digitaaliset palvelut kotona asuvan muistisairaana ikäihmisen tukena

Muistisairaana omahoidon ja kotona pärjäämisen tukena korostui omaisuus; sekä kirjallisuuskatsauksessa että asiantuntijaryhmän aineistosta nousi esille, että muistisairaana hoito lisää lähipiiriin kuormitusta ja avun tarvetta sekä muistisairaana hoitoon liittyen että oman jaksamisen tukena (Burton ym., 2016; Howe ym., 2020; Moo ym., 2020; Weiss ym., 2020). Digitaalisten palveluiden avulla voitiin helpottaa muistisairaana ja tämän omaisen yhteydenpitoa hoitohenkilökuntaan ja etävastaanottojen hyödyntäminen helpotti muistisairaana ja tämän omaisen hakeutumista hoitoon etenkin alueilla, joissa hoitopaikat eivät ole lähellä. (Burton ym., 2016; Scheibe ym., 2021; Weiss ym., 2020).

Verkkosivustojen käyttö oli hyödyllistä sekä muistisairaiden että heidän omaisensa kokemuksen mukaan (Laver ym., 2020, Scheibe ym., 2021). Digitaalisten palveluiden avulla voidaan lisätä mahdollisuuksia osallistua oman hoidon suunnitteluun (Weiss, ym., 2020) ja tehdä näkyväksi hoidon eri vaiheita (Burton ym., 2016; Scheibe ym., 2021; Weiss ym., 2020).

...Monet myös niin kun miten sen sanoo, haluavat olla siinä omassa tilanteessaan kartalla, niin tavallaan jos tällöinen palvelu tukisi sitä, sitä niinkun niin sanottua omaseurantaa myös, niin se vois olla tällöinen yksi joka toimisi motivaattorina myös – Asiantuntija 2

Muistisairaiden turvalliseen kotona asumiseen liittyy paljon riskejä, joita voidaan digitaalisten palveluiden avulla lievittää. Verkkosivujen käyttö lisäsi turvallisuuden tunnetta (Scheibe ym., 2021). Turvallisuutta lisääviä digitaalisia palveluita oli arjen perustoimintoihin liittyvät muistutukset, herätteet ja kirjalliset ohjeet. Myös apuvälinetiedon saatavuus voi lisätä turvallisuutta, jos sen avulla muistisairas saa käyttöönsä esimerkiksi paikantavia laitteita tai vuorokausirytmien tukemiseen tarkoitettuja kalenterikelloja.

Niin, elikkä sit toisin sanoen kans se muistisairas ei siis tiedä mitä sen kuuluis tehdä päivän aikana. Siinäki ois niinku toivomisen varaa, et sais... arkeen jotain sisältöä. – Asiantuntija 1

Ja jos lähtee helteellä ulos niin se asianmukainen varustus päälle että ei lähde pakkasella ulos pikkuvaatteissa tai helteellä ei vedä sitä turkkia päälle kun näihin on törmätty kyllä. – Asiantuntija 4

Digitaalisten palveluiden avulla on mahdollista järjestää kuntouttavaa toimintaa muistisairaalle (Burton ym. 2016; Petersen ym., 2020). Kuntouttava toiminta koostuu sekä kognitiivisesta kuntoutuksesta (Burton ym. 2016; Laver ym., 2020; Kim. ym., 2017; Howe ym., 2020; Moo ym., 2020; Weiss ym., 2020) että liikuntakyvyn tukemisesta (Petersen ym., 2020; Moo ym., 2020; Weiss ym., 2020). Digitaalisen kuntoutuksen avulla voidaan hidastaa toimintakyvyn laskua vähintään yhtä hyvin kuin perinteisiä vastaanottoja hyödyntämällä (Kim. ym., 2017; Laver ym., 2020).

Jossain vaiheessa tulee kanssa semmonen että mulla on näitä ollu et kun mennään sinne vaikeaan vaiheeseen, et asiakkaalla olisi niitä voimavaroja, mutta tarvii sen fysioterapeutin tai toimintaterapeutin siinä et hän osaa ohjaa oikealla tavalla. Että on niitä fyysisiä voimavaroja muistisairaalla, mutta kun ei mee ne suulliset ohjeet läpi, nouse tai istu perille. Mulla oli just tällänen mies, joka yllättyi mihin kaikkeen vaimo pystyykään, kun sai vähän vinkkejä siihen hommaan. – Asiantuntija 2

Sosiaaliseen hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä ovat turvallisuuden tunteen lisääntyminen, yksinäisyyden vähentyminen sekä yhteys muihin ihmisiin. Etävastaanottojen ja verkkopalveluiden avulla on mahdollista olla kontaktissa samassa tilanteessa oleviin, hoitohenkilökuntaan ja vähentää sosiaalista eriytymistä (Howe ym., 2020).

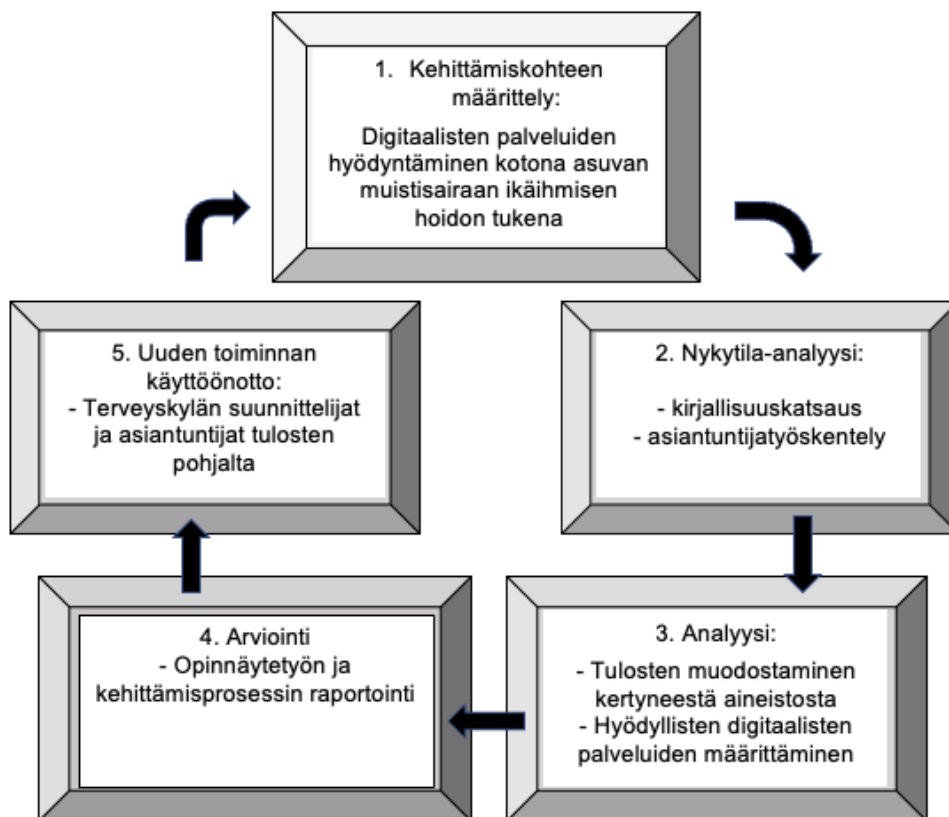
Ja toivoisi tukea myös siihen että useinhan sit kun mennään vähän pidemmälle muistisairaudessa se on aina että ei minua ole kukaan täällä käynyt ei minua ole kukaan käynyt vaikka 5min sitten joku on lähtenyt ovesta ulos. Että näkis sitä taustaa, että kylähän minulla on käynyt, tytär soitti aamulla, sitten kävi hoitaja, sitten kävi vapaaehtoinen ja niin edespäin. Että sen pystyis näkemään että niin että tuolla kävikin joku. Ettei ole sellanen tunne että olen koko ajan yksin. – Asiantuntija 4

... Niin kun tietty sivusto, vähän samaan tyyppiin kun teams, mutta se toimii selaimessa ja se linkki jää näille ryhmäläisille ja he vois niinkun jatkossa keskenään kokoontua sinne.
– Asiantuntija 2

Kun olis se chattipalvelu tai se virtuaalikalvilo et saatais ne ihmiset sinne, ja ne haluais, et siellä olis joku mikä vetää heidät sinne kerta toisensa jälkeen ja siinä samalla tulis pikku hiljaa treenattua että uskaltaa mennä muuallekin katsomaan jotain muita palveluita “kun onhan tämä on ihan helppoa – Asiantuntija 4

7.3 Digihoitopolun kehittämisprosessi

Opinnäytetyöprosessi aloitettiin vuonna 2020 yhteistyössä Terveyskylän kanssa määrittelemällä kehitystyön kohderyhmä. Digihoitopolun kohderyhmäksi valikoitui muistisairas kotona asuva ikäihminen, sillä heidän hoitonsa on usein moniammatillista ja hoidon tarve merkittävä. Digitaalisten palveluiden käyttöä kohderyhmässä selvitettiin kirjallisuuskatsauksen ja asiantuntijatyöskentelyn avulla, jotta digitaalisten palveluiden käytöstä saatiin ajankohtainen käsitys. Prosessi kuvattiin vaiheineen opinnäytetyön raportissa. Kirjallisuuskatsauksen ja asiantuntijatyöskentelyn tuloksista muodostettiin suositus Terveyskylän digihoitopolkuun sisältyvistä palveluista. Suositusta hyödynnetään digihoitopolun suunnittelussa käsikirjoituksen tavoin, ja sen avulla voidaan tuottaa haluttu sisältö digihoitopolkuun Terveyskylän asiantuntijoiden ja suunnittelijoiden toimesta. Kehittämistyön prosessin on havainnollistettu kuviossa 2.



Kuvio 2. Digihoitopolun kehittämistyön kulku mukailien Ylönen (2018, s. 28)

7.4 Digihoitopolkuun suositeltavat palvelunsisällöt

Digihoitopolun sisällöt mahdollistavat viestipyynnöt hoitohenkilökunnalle ja sen avulla on mahdollista tuoda näkyväksi eri tahojen tarpeelliset yhteystiedot. Tiiviillä yhteistyöllä sairastuneen, omaisen ja hoitohenkilökunnan kanssa voidaan lisätä ymmärrystä hoidon tarpeesta ja palveluiden laadusta (OECD, 2018, s. 112; WHO, 2017, s. 29) ja mahdollistaa hoidon jatkuvuus (Suhonen ym., 2015, s. 270). Viestimahdollisuus ja yhteys omaan hoitotiimiin voi helpottaa voinnissa tapahtuvien muutosten arviointia ja parantaa oikea-aikaisen hoidon toteutumista (Heikkilä ym., 2020, s. 83–84). Kalenterinäkömään avulla voi seurata omia hoitotapahtumiaan ja saada niistä muistutuksia, joka voi helpottaa hoidon toteutumista ja toimia muistin tukena.

Digihoitopolkuun on mahdollista tuoda yksilöllisiä kognitiivisia sisältöjä muistisairaahan tarpeen mukaan. Kognitiivisen kuntoutuksen hyötyjä ei ole toistaiseksi raportoitu kansainvälisissä tutkimuksissa, mutta muistisairaiden yksilölliset kognitiivisen kuntoutuksen harjoitusohjelmat voivat tukea muistisairaahan kykyä oppia uudelleen jo unohdettuja toiminnallisuuksia (Kallio, 2019, s. 81). Pietilä ym. (2017, s. 373) tutkimuksessa hyödynnettiin tablettitietokoneiden välityksellä tehtävää kognitiivista harjoittelua, jonka todettiin voivan parantaa muistisairaiden mielialaa ja tukea läheisten jaksamista. Vaikka kognitiivisten harjoitteiden hyötyä toimintakyvyn laskun hidastamisessa ei ole voitu todistaa, yksilöllisistä harjoitteista voi olla hyötyä arjen toiminnoissa kotona pärjäämisen tukena.

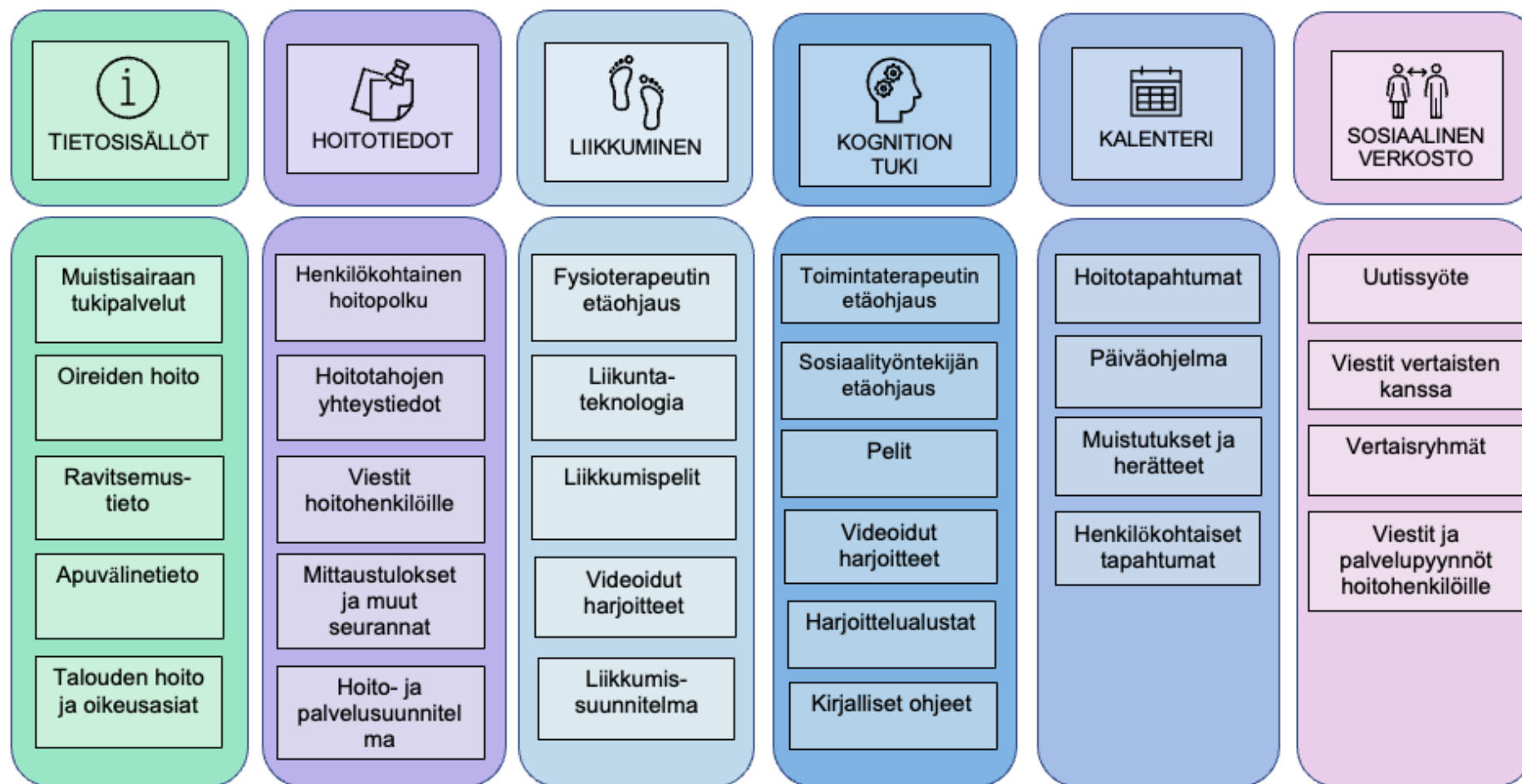
Digihoitopolun liikkumisen tuen sisällöt mahdollistavat turvallisen ja tarkoituksenmukaisen liikkumisharjoittelun. Liikuntakyvyn ylläpitäminen ja liikkumisharjoittelu on hyödyllistä muistisairaalle, sillä hyvä fyysinen toimintakyky ja vähäiset liikkuvuuden rajoitteet vähentävät kaatumisriskiä (Perttilä, 2018, s. 76; Öhman, 2018, s. 87). Säännöllinen liikkuminen voi hidastaa muistisairaahan toimintakyvyn laskua (Öhman, 2018, s. 87).

Digihoitopolku mahdollistaa yhteyden muihin ihmisiin. Sosiaalinen kanssakäynti voi vähentää muistisairaahan käytösongelmia ja vähentää omaisten kokemaa

stressiä (Davis ym. 2019). Teknologiset ratkaisut voivat olla hyödyllisiä muistisairaahan sosiaalisen verkoston ylläpitämiseen ja uusien ihmissuhteiden luomiseen (Pinto-Bruno ym., 2017, s. 63). Digihoitopolkuun on suunniteltu keinoja olla yhteydessä muihin ihmisiin, vaikka oma kognitio olisikin alentunut. Kontakti muihin ihmisiin voi vähentää yksinäisyyden kokemusta ja lisätä osallisuuden tunnetta.

7.5 Kehittämisehdotus muistisairaahan ikäihmisen digihoitopolun palveluista

Kotona asuvalle muistisairaalle ikäihmiselle hyödylliset digitaaliset palvelut on koottu kuvaan 2. Digihoitopolun palvelut kohdistuvat kognition ja liikkumisen tukemiseen, sosiaaliseen hyvinvointiin ja vertaistuen saamiseen, arjen toimintoja helpottavan kalenterin käyttöön ja hoitoon osallistumista ja viestintää helpottavaan sisältöön.



Kuva 2. Kotona asuvan muistisairaankäihmisen digihoitopolkuun suositeltavat palvelut

8 EETTISET NÄKÖKOHDAT JA LUOTETTAVUUS

Tässä luvussa pohditaan opinnäytetyön toteuttamisen eri vaiheisiin liittyneitä eettisiä valintoja ja kysymyksiä, sekä arvioidaan prosessin ja tulosten luotettavuutta.

8.1 Eettiset näkökohdat

Opinnäytetyön aineistonkeruussa hyödynnettiin vain ammattilaisia rajallisten resurssien vuoksi. Muistisairaat ovat erityisen haavoittuvassa asemassa, eikä heidän suostumustaan tai kognitiotaan voitu arvioida aukottomasti toteuttavan työn mahdollisuuksien rajoissa. (Kylmä & Juvakka, 2007, s. 144). Rajaus voidaan nähdä paternalistisena ja muistisairaahan oikeuksia rajoittavana. (Juujärvi ym. 2007., s. 243). On mahdollista, että muistisairaiden poisjättäminen on vaikuttanut tuloksiin ja joitain näkökulmia on voinut jäädä huomioimatta.

Vanhusten palveluiden kohdeorganisaatiosta haettiin tutkimuslupa. Opinnäytetyöstä tiedotettiin kirjallisesti saatekirjeen avulla sekä mahdollistettiin yhteydenotto opinnäytetyöntekijöihin puhelimitse lisäkysymyksiä varten. Saatekirje sisälsi tietoa opinnäytetyön tarkoituksesta ja asiantuntijatyöskentelyn tavoitteesta sekä tietoa tutkittavan oikeuksista ja tietoturva-asioista. Opinnäytetyöhön osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen, ja sen sai peruuttaa missä tahansa toteutusvaiheessa syytä kertomatta. (Leino-Kilpi & Välimäki, 2008, s. 367; Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto ARENE Oy, 2019, s. 9.) Osallistujilta pyydettiin kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Heille taattiin anonymiteetti, eikä heiltä kerätty missään vaiheessa tunnistetietoja. (L523/1999; Tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK, 2012, s. 6; ARENE Oy, 2019, s. 9.)

Muistisairaahan ikäihmisen näkökulmaa pyrittiin tuomaan esille hyödyntämällä eri aineistonkeruumenetelmiä (Hirsjärvi & Hurme, 2008, s. 39) ja valikoimalla

tarkkojen sisäänottokriteerien avulla asiantuntijaryhmään sellaiset henkilöt, jotka tuntevat kohderyhmän palvelutarpeet ja erityispiirteet parhaiten (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 98; Kylmä & Juvakka, 2007, s. s. 58; Moser & Korstjens, 2017).

Asiantuntijatyöskentelyn nauhoitetut haastattelut ja litteroitu aineisto säilytettiin salasanalla suojatulla yksityisellä tietokoneella, johon on pääsy vain opinnäytetyöntekijällä. Aineistosta ei ilmene osallistuvien henkilöiden tunnistetietoja. Kerätty aineisto hävitettiin opinnäytetyön hyväksymisen jälkeen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013, s. 6.)

Aineiston raportoinnissa pyrittiin selkeyteen ja huolellisuuteen kaikissa vaiheissa hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti (TENK, 2013, s. 7; ARENE Oy, 2019, s. 9). Aineiston kerääminen ja analysointi havainnollistettiin kuvin ja taulukoin prosessin ymmärrettävyyden parantamiseksi. Opinnäytetyön rakenne, lähdeviitaukset ja ulkoasu noudattavat Diakonia Ammattikorkeakoulun ohjeita (Karjalainen ym., 2020). Lähdeviitaukset on tehty tarkasti APA7-mallia käyttäen.

Opinnäytetyö julkaistaan kaikille avoimessa Theseus-tietokannassa, josta se on luettavissa julkaisun jälkeen (TENK, 2013, s.6). Julkaisusta tiedotetaan kohdeorganisaatiota ja yhteistyöorganisaatiota.

8.2 Luotettavuus

Jotta opinnäytetyön tulokset edustavat mahdollisimman hyvin muistisairaiden ikäihmisten palveluiden tarvetta, aineistonkeruussa käytettiin kahta tutkimusmenetelmää (Hirsjärvi & Hurme, 2008, s. 38; Kylmä & Juvakka, 2007, s. 64) Aineiston analyysin ja johtopäätösten muodostamisen tukena pidettiin tutkimuspäiväkirjaa opinnäytetyöprosessin ajan (Kylmä & Juvakka, 2007, s. 129). Tutkimusprosessi kuvattiin huolellisesti vahvistettavuuden ja avoimuuden edistämiseksi (Hirsjärvi & Hurme, 2008, s. 189; Toikko & Rantanen, 2009, s. 123). Aineiston keruu, sisällönanalyysi, tulokset ja niiden arviointi on pyritty kuvaamaan tarkasti luotettavuuden lisäämiseksi. (Elo ym., 2014).

Aineiston analysointi on tehty ainoastaan opinnäytetyön toteuttajan toimesta, jonka osaaminen ja näkemykset saattoivat vaikuttaa aineiston analyysivaiheessa tulosten muodostumiseen. Aineisto tulkittiin ilman tietokoneavusteita ohjelmaa, jonka vuoksi joitain yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia saattoi jäädä huomaamatta. Tulosten luotettavuutta olisi voinut lisätä, jos analysointiin olisi osallistunut myös toinen henkilö.

Opinnäytetyössä kerätty tieto muistisairaiden ikäihmisten omahoitoa tukevista digitaalisista palveluista edustaa Etelä-Suomessa sijaitsevan kohdeorganisaation ja asiantuntijoiden paikallista näkemystä. Muistisairaiden ikäihmisten palveluntarjonta voi vaihdella palveluntarjoajan ja asuinpaikan mukaan, jonka vuoksi tulokset eivät välttämättä ole hyödynnettävissä sellaisenaan koko Suomessa. Opinnäytetyön raportoinnissa on pyritty selkeyteen ja läpinäkyvyyteen, jotta tulosten käyttökelpoisuutta eri yhteisöissä voidaan pohtia (Toikko & Rantanen, 2009, s. 126).

Kirjallisuuskatsauksen aineistoa haettiin kansainvälisistä tietokannoista informaation avustuksella. Hakutuloksia saatiin kohtuullisesti ja tutkimuskysymykseen vastaavia tutkimuksia löytyi riittävästi. Luotettavuutta olisi lisännyt hakujen toteuttaminen useammasta kuin kahdesta tietokannasta, jolloin mukaan sisääntokriteerejä täyttäviä tutkimuksia olisi voinut löytyä enemmän. Hakuprosessi ja analyysi on pyritty kuvaamaan tarkasti lukijalle.

Kirjallisuuskatsaukseen valitun aineiston tuloksiin saattoi vaikuttaa, että osa tutkimuksista oli toteutettu Covid19-pandemian aikana, joka saattoi vaikuttaa etämenetelmiä suosivasti. Etämenetelmien suosioon saattoi vaikuttaa myös osallistujien maantieteellinen sijainti suhteessa hoitolaitoksiin, joiden käyntejä oli korvattu etämenetelmin. Kauempana hoitolaitoksista asuneet olivat todennäköisemmin tyytyväisempiä etämenetelmien käyttöön.

Asiantuntijaryhmän luotettavuutta lisäsi eri ammattiryhmien edustajat, jonka avulla löydettiin monia erilaisia näkökulmia digitaalisten palveluiden hyödyntämiseen ja pystyttiin luomaan monipuolinen kuva tarpeellisista palveluista.

Videoyhteyden välityksellä tapahtuneen ryhmätyöskentelyn tukena käytettiin haastattelurunkoa, jonka avulla keskustelua ohjattiin tutkimuskysymysten mukaisesti. Keskustelussa ei jaettu puheenvuoroja, mutta keskustelun tueksi esitettiin tarkentavia kysymyksiä. Asiantuntijaryhmän puheenvuorot jakaantuivat tasaisesti ja jokainen osallistuja esitti näkemyksiään. Etäyhteyden välityksellä työskentely saattoi vaikuttaa osallistujien puheenvuorojen määrään, jonka vuoksi osallistujilla oli mahdollisuus myös kirjoittaa anonyymeja vastauksia haastattelukysymyksiin keskustelun aikana yhteiselle sähköiselle kirjoitusalueelle.

Asiantuntijaryhmätyöskentelyn tulosten luotettavuutta pyrittiin lisäämään palauttamalla ensimmäisen työpajan tulokset toiseen työpajaan asiantuntijoiden arvioitavaksi sekä palauttamalla molempien tapaamisten kooste kommentoitavaksi osallistujille viimeisen työskentelyn jälkeen (Kylmä & Juvakka, 2007, s. 128). Osallistujilta saatiin palautetta, että tulokset vastasivat heidän keskustelussansa esittämiään näkemyksiä, eikä kukaan osallistuja halunnut täydentää vastauksia myöhemmin. Asiantuntijaryhmätyöskentelyä on havainnollistettu lainauksien avulla tulososiossa.

9 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Yksilöllinen kuntoutus ja hoito tukevat muistisairaahan hyvinvointia ja toimintakykyä (Heimonen & Mäki-Petäjä-Leinonen, 2018, s. 23). Digihoitopolun avulla on mahdollista tarjota ohjausta ja neuvontaa sairauden kaikissa vaiheissa. Digihoitopolkuun suunnitellut tietosisällöt muistisairaahan hoidosta, mahdollisuus seurata henkilökohtaisia hoito- ja palvelusuunnitelmaa sekä olla yhteydessä hoitohenkilökuntaan lisäävät muistisairaahan autonomiaa, toimijuutta ja osallisuuden kokemusta. Onnistunut hoito voi lisätä muistisairaahan hyvinvointia, sillä muistisairaahan mielen hyvinvoinnin edellytyksenä on pidetty itsemääräämisoikeuden toteutumisesta, mahdollisuutta osallistua omaan hoitoonsa ja tulla kuulluksi. (Heimonen & Mäki-Petäjä-Leinonen, 2018, s. 29.)

9.1 Digihoitopolun kehittämistyön arviointi

Digihoitopolun kehittäminen muistisairaille kotona asuville ikäihmisille tukee sosiaali- ja terveyspalveluiden digitalisaatiota ja kustannustehokkaiden palveluiden järjestämistä. Kehittämisprosessi eteni useassa vaiheessa aina aiheen valinnasta nykytilan kartoittamiseen ja kehittämistyön suunnitelmaan. (Ylönen, 2018, s. 22–23). Nykytilanteen kartoittamisen avulla luotu kokonaiskuva muistisairaille hyödyllisistä digitaalisista palveluista toi uutta tietoa tämän haavoittuvassa asemassa olevan asiakasryhmän palveluiden saatavuuden parantamiseksi. Suomessa ei ole vielä käytössä kehittämistyön aihetta vastaavaa kokonaisuutta muistisairaille. Opinnäytetyön kehittämispöytätyön avulla on saatu kerättyä tärkeää tietoa vastaavan palvelun kehittämiseksi tulevaisuudessa.

Opinnäytetyöpöytätyön aikana olen perehtynyt sosiaali- ja terveydenhuollon tulevaisuuteen ja digitaalisten palveluiden merkitykseen erityisesti palveluiden saatavuuden, asiakaslähtöisyyden ja kustannustehokkuuden kannalta. Digitaalisten palveluiden käyttö on lisääntynyt viime vuosina vallitsevan COVID19-pandemian ja sosiaali- ja terveyspalveluiden kasvavan resurssivajeen vuoksi

(Bokolo, 2020; Laukka ym., 2021; Kestilä ym., 2020, s. 135), mutta palveluiden kehittämistä tulee jatkaa etenkin käytettävyyden parantamiseksi. Digitaalisten palveluiden käyttöönoton yleistyessä käsitykseni laadukkaan kehittämisprosessin merkityksestä on syventynyt. Hyvin suunnitellut ja toimivat digitaaliset palvelut helpottavat kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoita sekä ennen kaikkea asiakkaan arkea (Salpakoski, 2018, s. 13).

Opinnäytetyöprosessin aikana olen syventänyt tietämystäni digitaalisten sosiaali- ja terveystieteiden mahdollisuuksista ja haasteista. Olen perehtynyt laajasti digitaalisten palveluiden suosituksiin ja tuottamisen tapoihin. Digitaalisten palveluiden kehittämiseen perehtyminen on lisännyt käsitystäni myös johtamisen merkityksestä uusien palveluiden käyttöönotettaessa. Palveluiden kehittämisen prosessien tulisi jatkua iteratiivisesti ja sille tulisi varata riittävästi resursseja (Salpakoski, 2018, s. 11).

9.2 Johtopäätökset

Digitaalisten palveluiden avulla toteutettu hoito voi lisätä hoitoon osallistumista (Burton ym., 2016; Moo ym., 2020) ja muistisairaana mahdollisuuksia ottaa vastaan palveluita alueilla, joissa matkat hoitopaikkoihin ovat pitkiä (Burton ym. 2016; Kim ym., 2017). Digitaalisten menetelmien avulla tuotettu hoito ei ole osoittautunut perinteisiä hoitokeinoja huonommaksi tavaksi toteuttaa muistisairaiden hoitoa ja kuntoutusta (Laver ym. 2020; Moo ym., 2020, Laver ym., 2020), jonka vuoksi niiden käyttöä tulisi lisätä.

Digitaalisten palveluiden avulla voidaan lisätä muistisairaiden ja heidän omaistensa mahdollisuuksia olla yhteydessä hoito- ja vertaisverkostoon ja saada yksilöllistä tietoa ja tukea muistisairaudesta erityispiirteet huomioiden (Howe ym., 2020, Weiss ym., 2020 & Scheibe ym., 2021). Digitaalisten palveluiden avulla on mahdollista tukea hoidon jatkuvuutta ja moniammatillisen yhteistyön toteutumista sekä muistisairaana osallistumista hoidon toteutukseen ja suunnitteluun (Scheibe ym., 2020; Weiss ym., 2020).

Sosiaali- ja terveydenhuollon digitaalisten palveluiden avulla tuotettu hoito on kustannustehokasta, jonka vuoksi niiden käyttöä tulisi lisätä. Aiemmin tunnistettuja digitaalisten palveluiden käyttöönoton haasteita on ollut työntekijöiden ja johdon sitoutumattomuus ja osaamisen puute, toimimattomat järjestelmät sekä kehittämistyön resurssien vähyys. Digitaalisia palveluita kehitettäessä tulee varmistaa, että käyttäjät saavat riittävästi opastusta ja tukea palveluiden käyttöön (Salpakoski, 2018, s. 11). Ikääntyneiden muistisairaiden valmiudet ja kyvykkyys käyttää digitaalisia palveluita vaatii myös jatkossa lisäselvityksiä.

LÄHTEET

- Alastalo, M., Åkerman, M. & Vaittinen, T. (2017). Asiantuntijahaastattelu. Teoksessa Hyvärinen, M., Nikander, P. & Ruusuvoori, J. (toim). *Tutkimushaastattelun käsikirja*. s. 214–232. Vastapaino: Tampere.
- Ali, G-C., Guerchet, M., Wu, Y-T., Prince, M. & Prina, M. (2015). The global prevalence of dementia. Teoksessa *World Alzheimer Report 2015. The Global Impact of Dementia - An analysis of prevalence, incidence, cost and trends*. S. 10–29. Saatavilla 27.11.2021 <https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2015.pdf>
- Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto ARENE oy. (2019). *Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset*. Saatavilla 13.9.2022 https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULU-JEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?_t=1578480382
- Arvonen, S. & Lehto-Trapnowski, P. (2019). *Tekemisen meininki – Virtuaalisairaala 2.0 kärkihankkeen yhteenveto*. Helsinki: Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri.. Saatavilla 9.11.2022 <https://www.terveyskyla.fi/Documents/Virtuaalisairaala2.0-%20hankkeen%20loppuraportti.pdf>
- Bokolo, A. (2020). Use of Telemedicine and Virtual Care for Remote Treatment in Response to COVID-19 Pandemic. *Journal of medical Systems*. 44(132). Saatavilla 5.11.2022 <https://doi.org/10.1007/s10916-020-01596-5>
- Burton, R., O'Connell, ME. & Morgan DG. (2016). Exploring interest and goals for videoconferencing delivered cognitive rehabilitation with rural individuals with mild cognitive impairment or dementia. *NeuroRehabilitation*. 39:2, s. 329–342. Saatavilla 19.9.2021 DOI:10.3233/NRE-161364
- Ebsco. *Cinahl database*. Saatavilla 10.9.2022 <https://www.ebsco.com/products/research-databases/cinahl-database>
- Elo S. & Kyngäs H. (2008) The qualitative content analysis process. *Journal of*

- Advanced Nursing*. 62(1), s. 107–115. Saatavilla 20.9.2022 doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x.
- Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K. & Kyngäs, H. (2014). Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness. *SAGE Open*. Saatavilla 14.9.2022 DOI: 10.1177/2158244014522633
- Grant, MJ. & Booth, A. (2007). A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information and Libraries Journal*. 26 (2). S. 91–108. Saatavilla 10.9.2022 DOI: 10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x
- Guerchet, M., Ali, G-C., Prince, M. & Wu, Y-T. (2015). The incidence of dementia. *Teoksessa World Alzheimer Report 2015. The Global Impact of Dementia - An analysis of prevalence, incidence, cost and trends*. s. 30-35. Saatavilla 24.2.2022 <https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2015.pdf>
- Handels, R. L. H., Wolfs, C. A. G., Aalten, P., Verhey, F. R. J., & Severens, J. L. (2013). Determinants of Care Costs of Patients With Dementia or Cognitive Impairment. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*. 27(1). s. 30-36. Saatavilla 3.11.2022 <https://doi.org/10.1097/WAD.0b013e318242da1d>
- Hedman, A., Nygård, L. & Kottorp, A. (2017). Everyday Technology Use Related to Activity Involvement Among People in Cognitive Decline. *The American Journal of Occupational Therapy*; Bethesda. 71:5. s. 1-8. Saatavilla 28.11.2021 DOI:10.5014/ajot.2017.027003
- Heikkilä, R., Mäkelä, M., Noro, A., Lammintakainen J. & Laulainen S. (2020). Millaisilla palveluilla enintään keskivaikeasti muistisairaat henkilöt pärjäävät kotona? *Gerontologia*. 34(2), s. 74-87. Saatavilla 26.9.2022 <https://doi.org/10.23989/gerontologia.84723>
- Heimonen, S-L. & Mäki-Petäjä-Leinonen, A. (2018). Muistisairaahan ihmisen mielen hyvinvoinnin edellytykset - miten turvata oikeus niiden toteuttamiseen? *Gerontologia*. 32(1) s. 21-36. Saatavilla 23.9.2022 <https://journal.fi/gerontologia/article/view/65390/30953>
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2008). *Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Gaudeamus Helsinki University Press

- Hoitotyön tutkimussäätiö. (2019). Tutkimusten arviointikriteeristöt (JBI). *Kriittisen arvioinnin tarkistuslista laadulliselle tutkimukselle*. Saatavilla 19.9.2021 <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/jbi-kriteerit-laadulliselle-tutkimukselle-ja-selosteosa-2.pdf>
- Hoitotyön tutkimussäätiö. (2019). Tutkimusten arviointikriteeristöt (JBI). *Kriittisen arvioinnin tarkistuslista kvasikokeelliselle tutkimukselle*. Saatavilla 19.9.2021 <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/jbi-kvasikokeellinen-tutkimus-ja-selosteosa-1.pdf>
- Hoitotyön tutkimussäätiö. (2019). Tutkimusten arviointikriteeristöt (JBI). *Kriittisen arvioinnin tarkistuslista satunnaistetulle kontrolloidulle tutkimukselle (RCT)*. Saatavilla 19.9.2021 <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/jbi-kriteerit-ja-selosteosa-satunnaistettu-kontrolloitu-tutkimus.pdf>
- Hoitotyön tutkimussäätiö. (2019). Tutkimusten arviointikriteeristöt (JBI). *Kriittisen arvioinnin tarkistuslista tapaus-verrokkitutkimukselle*. Saatavilla 19.9.2021
- Hoitotyön tutkimussäätiö. (2019). Tutkimusten arviointikriteeristöt (JBI). *Kriittisen arvioinnin tarkistuslista tapaussarjalle*. Saatavilla 19.9.2021 <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/jbi-kriteerit-ja-selosteosa-tapaussarjalle.pdf>
- Howe, D., Thorpe, J., Dunn, R., White, C., Cunnah, K., Platt, R., Paulson, K. & Wolverson, E. (2020). The CAREGIVERSPRO-MMD Platform as an Online Informational and Social Support Tool for People Living With Memory Problems and Their Carers: An Evaluation of User Engagement, Usability and Usefulness. *Journal of Applied Gerontology*. 39(12): 1303–1312. Saatavilla 19.9.2021 DOI:10.1177/0733464819885326.
- Hyppönen, H., Pentala-Nikulainen, O. & Aalto, A-M. (2018). Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen asiointi 2017: kansalaisten kokemukset ja tarpeet. Saatavilla 23.11. 2021 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-103-4>
- Jyväkorpi, S. (2016). *Nutrition of older people and the effect of nutritional interventions on nutrient intake, diet quality and quality of life*.

- [Väitöskirja, Helsingin yliopisto]. Saatavilla 5.9.2022
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-2019-9>
- Kallio, E-L. (2019). *Effects of cognitive training on cognition and quality of life in older adults with dementia*. [Väitöskirja, Helsingin yliopisto]. Saatavilla 26.9.2022 <http://hdl.handle.net/10138/299964>
- Kallio, E-L., Öhman, H., Kautiainen, H., Hietanen, M. & Pitkälä, K. (2017). Cognitive training interventions for patients with Alzheimer's disease : A Systematic Review. *Journal of Alzheimer's Disease*. 56(4), s. 1349-1372. Saatavilla 5.9.2022 <https://doi.org/10.3233/JAD-160810>
- Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S.M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. (2013). Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25(4). S. 291–301. Saatavilla 10.9.2022 <https://urn.fi/URN:NBN:fi:ELE-1614408>
- Kangasniemi, M. & Andersson, C. (2016). Enemmän inhimillistä hoivaa. Teoksessa *Robotit töihin – koneet tulivat – mitä tapahtuu työpaikoilla?* s. 34–54. (EVA Raportti 2/2016). <https://www.eva.fi/wp-content/uploads/2016/09/Robotit-t%C3%B6ihin.pdf>
- Karjalainen, A. L., Kivirinta, M., Nylund, M., Valtonen, M., & Vesterinen, O. (toim.). (2020). Osallistavan ja tutkivan kehittämisen opas 2.0. (Diakopetus, 7). Diakonia-ammattikorkeakoulu. Saatavilla 13.9.2022 <http://libguides.diak.fi/oskeopas>
- Kestilä, L. & Martelin, T. (2019). Suomen väestörakenne ja sen kehitys. Teoksessa *Suomalaisten hyvinvointi 2018*. s. 26–45. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla 27.9.2022 https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137498/THL_Suomalaisten%20hyvinvointi%202018.pdf
- Jormanainen, V., Heponiemi, T., Henriksson, M., Jolkkonen, J., Kahri, P., Kaikkonen, R., Kujala, S., Lahdensuo, K., Rotonen, M., Salovaara, T., Saranto, K. & Kestilä, L. (2020). Teknologia ja sähköiset palvelut. Teoksessa *Covid-19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen. Asiantuntija-arvio, syksy 2020* (s. 135–143). (Raportti 14/2020). Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla 5.11.2022 <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-578-0>

- Kim, H., Hyeong, J. & Jang, J.-W. (2017). The effect of telemedicine on cognitive decline in patients with dementia. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 23:1. s.149–154. Saatavilla 21.9.2021
<https://doi.org/10.1177/1357633X15615049>
- Kivekäs, E. (2019). *Sähköisten terveystalvelujen koettu hyödyllisyys ja koettu helppokäyttöisyys – potilaiden ja lääkäreiden arviot vaikutuksista*. [Väitöskirja, Itä-Suomen yliopisto]. Saatavilla 23.11.2021.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-3235-8>
- Koskinen, S., Tuulio-Henriksson, A-M., Ngandu, T. & Sainio, P. (2018). Kognitiivinen toimintakyky. Teoksessa Koponen, P., Borodulin, K., Lundqvist, A., Sääksjärvi, K. & Koskinen, S. (toim.), *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa –FinTerveys 2017 -tutkimus*. (s.118–128). (Raportti 4/2018). Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla 23.11.2021 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-105-8>
- Kylmä, J. & Juvakka, T. (2007). *Laadullinen terveystutkimus*. 1.–2. painos. Edita.
- L 306/2019. Laki digitaalisten palvelujen tarjoamisesta. 01.04.2019/306.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2019/20190306>
- L 731/1999. Suomen perustuslaki. 01.03.2000/731 <https://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1999/19990731>
- L 980/2012. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista 980/2012. 01.07.2013/980.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>
- Lahtiranta, J. (2017). Mediator – enabler for successful digital health care. *Finnish journal of ehealth and ewelfare*. 9(4). s. 284-298. Saavilla 5.11.2022 <https://doi.org/10.23996/fjhw.60923>
- Laukka, E., Gluschkoff, K., Kaihlanen, A-M., Suvisaari, J., Kärkkäinen, J., Vormaa, H. & Heponiemi T. (2021). Muutos psykiatristen avohoitokäyntien toteutuksessa ja johtajien kokemukset etäasiointia estävistä ja edistävästä tekijöistä COVID-19 aikakaudella. *Finnish Journal of ehealth and welfare*. 13(1). Saatavilla 5.11.2022
<https://doi.org/10.23996/fjhw.98228>
- Laver, K., Liu, E., Clemson, L., Davies, O., Gray, L., Gitlin, L. & Crotty, M. (2020). Does Telehealth Delivery of a Dyadic Dementia Care

- Program Provide a Noninferior Alternative to Face-To-Face Delivery of the Same Program? A Randomized, Controlled Trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 28: 6. s. 673–682. Saatavilla 19.9.2021 <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.02.009>
- Lariviere, M., Poland, F., Woolham, J., Newman, S. & Fox, C. (2021). Placing assistive technology and telecare in everyday practices of people with dementia and their caregivers: findings from an embedded ethnography of a national dementia trial. *BMC Geriatr*. 21:121. Saatavilla 20.9.2021 <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01896-y>
- Lindauer, A., Seelye, A., Lyons, B., Dodge, H., Mattek, N., Mincks, K., Kaye, J. & Erten-Lyons, D. (2017). Dementia Care Comes Home: Patient and Caregiver Assessment via Telemedicine. *The Gerontologist*. 57: 5. s. 85–93. Saatavilla 21.9.2021 <https://doi.org/10.1093/geront/gnw206>
- Lähteenmäki, J., Niemelä, M., Hammar, T., Alastalo, H., Noro, A., Pylsy, A., Arajärvi, M., Forsius, P., Pulli, K., & Anttila H. (2020). Kotona asu-
mista tukeva teknologia – kansallinen toimintamalli ja tietojärjestelmät (KATI-malli). <https://publications.vtt.fi/pdf/technology/2020/T373.pdf>
- Moo, L., Gately, M., Jafri, Z. & Shirk, S. (2020). Home-Based Video Telemedicine for Dementia Management. *Clinical Gerontologist*. 43:2. s.193–203. Saatavilla 21.9.2021 <https://doi.org/10.1080/07317115.2019.1655510>
- Morton, K., Dennison, L., May, C., Murray, E., Little, P., McManus R.J. & Yardley, L. (2017). Using digital interventions for self-management of chronic physical health conditions: A meta-ethnography review of published studies. *Patient Educ Couns*. 100(4): 616–635. Saatavilla 7.9.2022 DOI: 10.1016/j.pec.2016.10.019
- Moser, A. & Korstjens, I. (2017). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *European Journal of General Practice*. 2018; 24(1). Saatavilla 24.3.21 <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375091>
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatriit -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen,

- Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. (29.1.2021). *Muistisairaudet. Käypä hoito - suositus*. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavilla <https://www.kaypahoito.fi/hoi50044>
- Mäntyranta, T., & Kaila, M. (2008). *Fokusryhmähaastattelu laadullisen tutkimuksen menetelmänä lääketieteessä*. Duodecim 124(13), 1507–1513. Saatavilla 16.3.2021 <https://www.duodecimlehti.fi/duo97349>
- National Library of medicine. (2022). *Medline: overview*. Saatavilla 10.9.2022 https://www.nlm.nih.gov/medline/medline_overview.html
- Parisod, H., Haapala, O., Koskenniemi, J., Okkonen, E., Saarnio, R. & Tuomikoski, A. (2019). *Muistisairaahan henkilön päivittäistoiminnoista suoriutumisen tukeminen - Lääkkeettömät menetelmät hoitotyössä*. (Hoitotyön tutkimussäätiö). Saatavilla 23.11.2021 <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/12/hoitosuositus-muistisairaat.pdf>
- Perttilä, N. (2018). *Exercise and Falls among Frail Older People: Special Focus on People with Dementia*. [Väitöskirja, Helsingin yliopisto]. Saatavilla 26.9.2022 <http://hdl.handle.net/10138/259413>
- Petersen, J. D., Ladekjær Larsen, E., la Cour, K., Cecilie von Bülow, C., Skouboe, M., Reffstrup Christensen, J. & Waldorff, F.B. (2020). Motion-Based Technology for People With Dementia Training at Home: Three-Phase Pilot Study Assessing Feasibility and Efficacy. *JMIR Mental Health*. 7(8). Saatavilla 22.9.2021 DOI:10.2196/19495
- Pietilä, P., Poutiainen, E., Nukari, J., Launiainen, H., Arifullen-Hämäläinen, U., Sarajuuri, J. & Koskinen, S. (2017). Kognitiivisesti painottunut monimuotoinen kuntoutus kohentaa muistisairaahan mielialaa ja tukee läheisen jaksamista. *Psykologia* 52(5), s. 356–375 Saatavilla 26.9.2022 <http://elektra.helsinki.fi/se/p/0355-1067/52/5/kognitii.pdf>
- Pinto-Bruno, Ángel C., Garcia-Casal, J.A., Csipke, E., Jenaro-Rio, C. & Franco-Martin, M. (2017). ICT-based applications to improve social health and social participation in older adults with dementia. A systematic literature review. *Aging & Mental Health*. 21(1), s. 58–65. Saatavilla 26.9.2022 <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2016.1262818>
- Prince, M. (2015). The incidence of dementia. Teoksessa Chan, K. & Xia, Z. *World Alzheimer Report 2015 The Global Impact of Dementia An*

- analysis of prevalence, incidence, cost and trends.* (s. 30-35). (Alzheimer's Disease International). Saatavilla 23.11.2021
<https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2015.pdf>
- Puranen, T. (2015). *Intervening nutrition among community-dwelling individuals with Alzheimer's disease and their spouses.* [Väitöskirja, Helsingin yliopisto]. Saatavilla 5.9.2022 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-1755-7>
- Riikonen, M., & Paavilainen, E. (2018). Kotona asuvan muistisairaahan henkilön ja hänen läheistensä teknologiaan liittyvät tarpeet ja toiveet. *Gerontologia*, 32(2), s. 115-131. Saatavilla 23.11.2021
<https://journal.fi/gerontologia/article/view/66832/34743>
- Rosenvall, A. (2016). *Ohjeita CDR-luokitukseen.* Saatavilla 24.2.2022
<https://www.kaypahoito.fi/nix00512>
- Rosenvall, A., Sääksvuori, L., Finne-Soveri, H., Linnosmaa, I. & Malmivaara A. (2020). Potential cost savings for selected non-pharmacological treatment strategies for patients with Alzheimer's disease in Finland. *Journal of rehabilitation medicine*. 52:jrm00106. Saatavilla 3.11.2022 doi: 10.2340/16501977-2722
- Salpakoski, A. (2018). Yhteistyöllä kohti vaikuttavia sosiaali- ja terveystalouksia. Teoksessa *Digi vie, sote vikisee. Kokemuksia sote-alan digitalisaatiosta Digisote-hankkeessa Etelä-Savossa.* s. 11-15. Toim. Laitinen, M.-L. Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu: Mikkeli. (Xamk kehittää 44). Saatavilla 19.11.2022
<https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/151951/URN:ISBN9789523440906.pdf?sequence=8&isAllowed=ys>.
- Saranto, K., Kivekäs, E., Kuosmanen, P., & Kinnunen, U. (2018). Electronic health services in the patients' daily activities - willingness to use health village services. *Studies in Health Technology and Informatics*. 247, 586–590. Saatavilla 23.11.2021
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29678028>
- Salminen, A. (2011). *Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppisiin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin.* (Vaasan yliopiston julkaisut 602). Saatavilla 8.9.2022 <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-476-349-3>

- Scheibe , M., Lang, C., Druschke, D., Arnold, K., Luntz, E., Schmitt, J. & Holthoff-Detto, V. (2021). Independent Use of a Home-Based Telemonitoring App by Older Patients With Multimorbidity and Mild Cognitive Impairment: Qualitative Study. *JMIR Hum Factors*. 8:3. Saatavilla 21.9.2021 <https://humanfactors.jmir.org/2021/3/e27156>
- Siltanen, H., Heikkilä, K., Parisod, H., Tuomikoski, A., Tuomisto, S. & Holopainen, A. (2019). *Hoitosuosituksen laadinta – käsikirja suositustyryhmille Versio 1.0*. Saatavilla 17.9.2021 <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/hoitosuosituskasikirja-2019-1.pdf>
- Siltanen, H., Hamari, L., Heikkilä, K., Parisod, H. & Holopainen A. (2021). *Hoitosuosituksen laadinta – käsikirja suositustyryhmille Versio 2.1*. Saatavilla 31.10.2022 <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2021/03/hoitosuosituskasikirja-versio-21.pdf>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2012). *Kansallinen muistiohjelma 2012–2020. Tavoitteena muistiystävällinen Suomi*. Saatavilla 23.11.2021 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3224-1>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2016). *Digitalisaatio terveyden ja hyvinvoinnin tukena. Sosiaali- ja terveysministeriön digitalisaatiolinjaukset 2025*. (Julkaisuja 2016:5). Saatavilla 23.11.2021 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3782-6>
- Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto. (2017). *Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019*. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:6). Saatavilla 29.9.2022 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3960-8>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2019). *Ikäihmisten kotihoidon ja kaikenikäisten omaishoidon uudistus 2016-2018 Tuloksia ja toimintamalleja*. Saatavilla 23.11.2021 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4060-4>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2020a). *Kansallinen ikäohjelma vuoteen 2030: Tavoitteena ikäkyvykäs Suomi*. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:31). Saatavilla 3.9.2021 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-6865-3>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2020b). *Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020–2022: Ohjelma ja hankeopas*. (Sosiaali- ja terveysministeriön

- julkaisuja 2020:3). Saatavilla 6.9.2022 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4136-6>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2020c). *Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023: Tavoitteena ikäystävällinen Suomi*. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:29). Saatavilla 6.9.2022 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5457-1>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. *Sosiaali- ja terveysministeriön toimintasuunnitelma 2020–2023. Toimenpiteet vuodelle 2021*. (Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2021:5). Saatavilla 3.9.2021 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8654-1>
- Suhonen, R., Röberg, S., Hupli, M., Koskenniemi, J., Stolt, M., Leino-Kilpi, H. (2015). Muistipotilaiden optimaalisen palvelukokonaisuuden ominaisuudet. *Hoitotiede*. 27(4), s. 259–273. Saatavilla 27.9.2022 <https://urn.fi/URN:NBN:fi:ELE-1772618>
- Suomen Alzheimerin tutkimusseura. CERAD – kognitiivinen tehtäväsarja. Saatavilla 24.2.2022 <http://www.cerad.fi/fi/etusivu>
- Suomen lääkärilehti. (2000). *Muistihäiriö- ja dementiapotilaan toimintakyvyn ja sairauden vaikeusasteen arviointi*. Saatavilla 23.11.2021 <https://www.kaypahoito.fi/sll00883>
- Särkämö, T., Tervaniemi, M., Laitinen, S., Numminen, A., Kurki, M., Johnson, J.K. & Rantanen, P. (2014). *Cognitive, Emotional, and Social Benefits of Regular Musical Activities in Early Dementia: Randomized Controlled Study*. *The Gerontologist*, 54(4), 634–650. Saatavilla 5.9.2022 DOI: 10.1093/geront/gnt100
- Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestö [OECD]. (2018). *Care Needed. Improving the Lives of People with Dementia*. Saatavilla 3.2.2021 <https://doi.org/10.1787/9789264085107-en>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2020a). *Palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen määrittelyn, ohjauksen ja seurannan käsikirja*. Saatavilla 23.11.2021 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-581-0>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2020b). *Muistisairauksien yleisyys*. Saatavilla 23.11.2021 <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet/muistisairauksien-yleisyys>

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (28.9.2022). Muistisairaat asiakkaat säännöllisessä kotihoidossa 30.11., % asiakkaista. Sotkanet.fi. https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s_b1BwA=®ion=s07MBAA=&year=sy5zti7X0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=202109301228
- Terveyskylä. (2022a). Mikä on terveyskylä? Saatavilla 9.11.2022 <https://www.terveyskyla.fi/tietoa-terveyskyl%C3%A4st%C3%A4/mik%C3%A4-on-terveyskyl%C3%A4>
- Terveyskylä. (2022b). *Tietoa omapolusta*. Saatavilla 3.11.2022 <https://www.terveyskyla.fi/omapolku/tietoa-omapolusta>
- Terveyskylä. (ia). *Terveyskylän tuottajat ja yhteistyökumppanit*. Saatavilla 9.11.2022 <https://www.terveyskyla.fi/tietoa-terveyskyl%C3%A4st%C3%A4/terveyskyl%C3%A4n-tuottajat-ja-yhteisty%C3%B6kumppanit>
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2013). *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa*. Saatavilla 13.9.2022 https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2018). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Tammi.
- Turjamaa, R., Pehkonen, A. & Kangasniemi, M. (2019). How smart homes are used to support older people: An integrative review. *International Journal of Older People Nursing*.14(4). Saatavilla 24.10.2022 <https://doi.org/10.1111/opn.12260>
- Vaahtera, A., Koskinen, A., & Himanen, S. (2018). Sähköiset omahoitopalvelut ovat mahdollisuus myös ikääntyville. *Gerontologia*, 32(3), 180–196. Saatavilla 23.11.2021 <https://journal.fi/gerontologia/article/view/70274/38302>
- Valtioneuvosto. (2019). *Pääministeri Sanna Marinin hallituksen ohjelma 10.12.2019: Osallistava ja osaava Suomi – sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävä yhteiskunta*. (Valtioneuvoston julkaisu 2019:31). Saatavilla 6.9.2022 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-808-3>
- Valtiovarainministeriö. (2015). *Etäpalvelujen käyttöönoton käsikirja*. (Valtiovarainministeriön julkaisu – 44/2015). Saatavilla 19.11.2022

<https://vm.fi/documents/10623/360844/Et%C3%A4palvelu-jen+k%C3%A4ytt%C3%B6%C3%B6noton+k%C3%A4si-kirja/6644b47c-3b1f-4d80-9629-12d0e0a2b394>

- Vilka, H. (2015). *Tutki ja kehitä*. PS-kustannus. 4., uudistettu painos.
- Weiss, E.F., Malik, R., Santos, T., Ceide, M., Cohen, J., Verghese, J. & Zwerling J. (2020). Telehealth for the cognitively impaired older adult and their caregivers: lessons from a coordinated approach. *Neurodegenerative Disease Management*. 11:1. Saatavilla 21.9.2021 <https://www.futuremedicine.com/doi/full/10.2217/nmt-2020-0041>
- Woods B., Aguirre E., Spector A.E. & Orrell M. (2012). Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *The Cochrane Library*. 2012 (2). Saatavilla 5.9.2022 <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005562.pub2>
- World Health Organization. (2017). *Global strategy and action plan on ageing and health*. Saatavilla 23.11.2021 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329960>.
- World health Organization. (2021). *Dementia*. Saatavilla 23.11.2021 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Ylönen, M. (2018). Prosessien kuvaus tärkeänä osana digitalisaation kehittämisessä. Teoksessa *Digi vie, sote vikisee. Kokemuksia sote-alan digitalisaatiosta Digisote-hankkeessa Etelä-Savossa*. s. 22–30. Toim. Laitinen, M.-L. Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu: Mikkeli. (Xamk kehittää 44). Saatavilla 19.11.2022 [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/151951/URN-NISBN9789523440906.pdf?sequence=8&isAllowed=y](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/151951/URN:NISBN9789523440906.pdf?sequence=8&isAllowed=y)
- Ympäristöministeriö. (2017). *Älyteknologiaratkaisut ikääntyneiden kotona asumisen tukena*. (Ympäristöministeriön raportteja 7/2017). Saatavilla 6.9.2022 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-11-4730-2>
- Zhang, Q., Varnfield, M., Higgins, L., Smallbon, V., Bomke, J., O'Dwyer, J., Byrnes, JM., Sum, M., Hewitt, J., Lu, W., Karunanithi & M. (2022). The Smarter Safer Homes Solution to Support Older People Living in Their Own Homes Through Enhanced Care Models: Protocol for

a Stratified Randomized Controlled Trial. *JMIR Research Protocols*.
11(1), e31970. Saatavilla 24.1.2022 doi: 10.2196/31970

Öhman, H. (2018). *Effect of exercise on cognition, physical functioning, fall rate,
and neuropsychiatric symptoms in people with dementia*.

[Väitöskirja, Helsingin yliopisto]. Saatavilla 5.9.2022

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-4383-9>

Liite 1. Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetut tutkimukset.

Tutkimuk- sen tekijät	Tutkimuksen tarkoitus	Aineiston hankinta- menetelmät	Tutkimuksen kohde ja otos	Keskeiset tulokset	Laadun arviointi
Burton ym., 2016 Kanada	<ul style="list-style-type: none"> - Selvittää kiinnostusta muistisairaiden videovälitteiseen kognitiiviseen kuntoutukseen - Tutkia, millaisia tavoitteita kuntoutujilla on kognitiiviselle kuntoutukselle - Verrata kognitiivisen kuntoutuksen kyselylomakkeen vastaajia ja vastaamattomien kliinisiä ominaisuuksia 	<p>Laadullinen kyselytutkimus, jossa arvioitiin sekä potilaiden että heidän hoitajiensa vastauksia</p> <p>- Lisäksi vertailtiin kyselyyn vastanneiden ja vastaamatta jättäneiden kliinisiä tietoja</p>	<p>Ihmiset, joilla lievä kognition heikkeneminen, Alzheimerin taudista johtuva varhaisvaiheen dementia tai varhaisvaiheen ja vaskulaarinen dementia sekä heidän perheensä</p> <p>61 potilasta ja heidän omaishoitajansa = 122 sai kyselyn, joista 25 (20,5 %) vastasi kyselyyn</p>	<p>80 % oli kiinnostunut kognitiivisesta kuntoutuksesta, kaikki vastaajat olivat kiinnostuneita osallistumaan etäyhteyden kautta, eikä yksikään osallistuja ollut kiinnostunut osallistumaan henkilökohtaisesti.</p> <p>- Omaisets toivoivat tietoa kotihoiton palveluista, hoitopolun vaiheista, tukea ravitsemussuunnitelmaan sekä muistisairaahan mahdollisuutta kuntoutua ajamaan autoa ja hoitamaan itse raha-asiat</p> <p>- Kuntoutukselta toivottiin apua muistamiseen ja muuhun kognition tukemiseen, virkistystä, kotitalousasioissa pärjäämistä ja</p>	8/10 JBI*

				arjen perustoiminnoissa suoriutumisen paranemista	
Howe ym., 2020 Iso-Britannia	<p>Selvittää verkkosivuston käyttöä perustuen kohderyhmän sivuston käytödataan. Sivustolla:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tietoa (muistin menetyks, terveys ja sosiaalihuolto, hoito, paikalliset tukiryhmät, palvelut ja tapahtumat) - Foorumi sosiaaliseen verkostoitumiseen (osallistujat voivat lähettää viestejä ja jakaa tietoja muiden käyttäjien kanssa) - Muut ominaisuudet (kalenteri/ muistutusjärjestelmä tapaamisten 	<p>Datan keräys verkkosivustolta 6kk ajan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - vierailujen määrä, käytetty aika, suoritettut toimet, informaation ja sosiaalisen tuen hyödyntäminen - Käyttäjien antaman palautteen analysointi 	<p>Ihmiset, joilla on lievä tai kohtalainen dementia/kognitiivinen vajaatoiminta) sekä heidän omaisensa</p> <ul style="list-style-type: none"> - 51 käyttäjää, joista potilaita 25 ja omaisia 26 - keski-ikä 70,4 v 	<ul style="list-style-type: none"> - Potilaista 49 % ja omaisista 46 % vieraili sivustolla keskimäärin alle kerran viikossa. - Potilaista 16 % ja omaisista 30 % vieraili keskimäärin vähintään kerran päivässä - Sekä potilaat että omaiset kokivat sivuston erittäin hyödylliseksi - Yleisimmin käytetty ominaisuus oli osio, josta siirtyi sivuston ulkopuolisiin peleihin, toiseksi yleisin ominaisuus oli tieto-osio: - Potilailla oikeudelliset ja talousasiat sekä apuvälinetieto - Omaisilla tieto omaishoitajuudesta ja ohjeet tähän liittyen sekä demensian/ kognitiivisten vammojen kanssa eläminen 	8/9 JBI

	kirjaamiseen ja linkit erilaisiin peleihin)			- Sosiaalisen verkostoitumisen osalta käytetyimmät ominaisuudet olivat yksityisviestit käyttäjien kesken sekä muiden julkaisuihin reagointi	
Laver ym., 2020 Australia	Selvittää, onko toimintaterapeutin dementiaan hoito-ohjelman toteuttaminen etämenetelmillä ei-huonompi keino kuin saman ohjelman toteuttaminen perinteisiä menetelmiä käyttäen	Kysely omaisen jaksamisesta sekä muistisairaana tilanteesta ohjelman jälkeen	Potilaat, joilla dementia tai todennäköinen dementia tai pisteet alle 24/30 MMSE-tutkimuksessa - 63 osallistujaa, joista 31 etähoito-ohjelmassa ja 32 perinteisessä ohjelmassa - Potilaiden keski-ikä 80 v	Toimintaterapeutin ohjaus sisälsi: stressinhallinta, keinoja dementiapotilaan hoitoon liittyvien haasteiden ratkaisemiseen yksilölliset voimavarat huomioiden - Ohjaus näytti estävän tyypillisen dementiaan liittyvän laskun molemmissa ryhmissä Etäohjaus ei ollut huonompi kuin perinteinen kasvotusten tapahtuva ohjaus. Ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja. Etäohjaus on kustannustehokas tapa järjestää hoitoa.	11/13 JBI

<p>Lariviere ym. 2021 Englanti</p>	<p>Tutkia avustavan teknologian ja etähoidon roolia dementian hoidossa</p> <p>Selvittää syitä käyttää tai olla käyttämättä avustavaa teknologiaa ja miten niiden käyttö vaikutti elämään ja ihmissuhteisiin</p>	<p>Tutkimusjoukon havainnointi</p> <ul style="list-style-type: none"> - kuusi kuukausittaista vierailua jokaisen dementiaa sairastavan henkilön kotiin (kesto 1-5h) - Yhteensä havaintoja tehtiin 208 tuntia 60 vierailun aikana 	<p>- 9 etnografista tapausta (Jokaisessa vähintään yksi dementiaa sairastava henkilö (n = 10) ja heidän hoitajansa (n = 10))</p>	<p>Teknologiaa käytettiin korvaamaan hoitoa</p> <p>Dementiahoidossa on tarve ymmärtää paremmin ihmisten päivittäisten toimintojen ja ihmissuhteiden merkitystä, jotta teknologian käyttö voisi parantaa dementiahoidon tehokkuutta ja kestävyttä</p>	<p>7/10 JBI</p>
<p>Kim, H. ym. 2017 Korean tasavalta</p>	<p>Arvioida etähoidon tehokkuutta suhteessa kognitiivisiin muutoksiin dementiapotilailla</p>	<p>Ryhmien välisten MMSE ja CDR-tulosten vertailu vuosittain</p>	<p>188 varhaista dementiaa sairastavaa, joista 80 perinteistä kuntoutusta saavia ja 90 etähoitoa, keski-ikä 78v</p> <p>Videovastaanotot:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hoidon ja lääkehoidon suunnittelu, kognitiiviset harjoitteet, koulutusta tai tukea potilaille ja heidän hoitajilleen 	<p>Kognitiivinen heikkeneminen ei ollut erilainen ryhmien välillä. Etähoito on tehokasta etenkin alueilla, jotka eivät sijaitse lähellä hoitoyksiköitä.</p>	<p>10/10</p>

<p>Lindauer ym. 2017 Yhdysvallat</p>	<p>Arvioida Alzheimerin taudin arviointiin kehitettyjen mittareiden (toiminnot, dementian taso, mieliala) luotettavuutta ja toteutettavuutta etähoidossa</p> <p>Arvioida omaisten selviytymistä mittaavan mittarin luotettavuutta.</p>	<p>Tulosten vertailu kyselyistä, jotka toteutettiin osallistujille sekä etälaitteiden (video) välityksellä että paikan päällä</p> <p>Kyselyt potilaille:</p> <ul style="list-style-type: none"> - MoCa, CDR, GDS <p>Kyselyt omaisille:</p> <ul style="list-style-type: none"> - RMBPC, ZBI, MMCGI-SF 	<p>Alzheimerin tautia lievästä vaikeaan tasoon sairastavat ja heidän omaisensa</p> <p>Osallistujina 28 potilasta ja omaiset, yhteensä 56, potilaiden keski-ikä 71,6 v</p>	<p>Tutkimuksessa arvioidut mittarit antavat luotettavan tuloksen ja soveltuvat myös etähoidossa dementian arviointiin ja hoitoon</p>	<p>6/9 JBI</p>
<p>Moo ym., 2020 Yhdysvallat</p>	<p>Selvittää syitä osallistua tai olla osallistumatta etäyhteyksin toteutettuun dementian hoitoon</p> <p>Arvioida halukkuutta käyttää palvelua ja tyytyväisyyttä palveluun omaishoitajien näkökulmasta</p>	<p>Tyytyväisyyskysely omaisille kokeilun päätyttyä</p> <p>Kysely syistä kieltäytyä ohjelmasta kieltäytyneille</p>	<p>Potilaat, joilla neurogeneratiivinen tai vaskulaarinen dementia</p> <p>222 potilasta omaisneen, joista 38 halusi osallistua etähoitokokeiluun</p> <p>- etäryhmän keski-ikä 77v ja vertailuryhmän 84v</p>	<p>Neurologin videovastaanotto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - muutokset kognitiossa, käyttäytymisessä, mielialassa, unessa, ruokahalussa, pidätyksessä, kyvyssä käsitellä päivittäisiä elämäntapoja (iADL ja ADL), liikkuvuus ja turvallisuuskysymykset - Kyselyt omaisten stressitekijöistä ja nykyisistä tukiverkostoista 	<p>9/10 JBI</p>

	Määrittää, onko etähoito kannattava vaihtoehto perinteisiin dementian hoitokeinoihin verrattuna.			Yleisimpiä syitä etähoitoon osallistumisessa oli matkustuksen ja päivärutiinien muuttamisen välttäminen. Omaiset olivat yhtä tyytyväisiä molemmissa ryhmissä. Etähoito on hyväksyttävä vaihtoehto dementian hoidossa.	
Petersen ym., 2020 Tanska	Testata liiketunnistin teknologian tukeman harjoittelun toteutettavuutta ja tehokkuutta kotona asuvilla dementiaa sairastaville.	Fyysisen toimintakyvyn mittaaminen, kognitiivisen toiminnan arvio (MMSE, NPI-Q), elämänlaadun mittaus (EQOL5)	Lievästä keskivaiheen dementiaa sairastavat 23 osallistujaa, joista 12 kotiharjoittelussa ja 11 kuntoutuskeskuksessa - keski-ikä 75 v kotiohjelmassa ja kuntoutuskeskuksessa 78 v	Harjoitusohjelmisto koostui 142 harjoituksesta. Harjoitusohjelma integroitiin kalenterijärjestelmään, jotta fysioterapeutti voi suunnitella ja valita päivittäiset harjoitukset kunkin osallistujan tarpeiden mukaan. Järjestelmä ohjasi osallistujaa ja tekstin, tallennettujen ohjeiden ja animaatioiden avulla, Kinect-kamera korjasi virheet näyttöpalautteella. Harjoitustiedot välitettiin fysioterapeutille. Jos osallistujat eivät harjoittaneet sovittua fysioterapeutti lähetti automaattisesti sähköpostin käyttäjälle.	9/9 JBI

				<p>Yli puolet dementiaa sairastavista käytti liikuntaohjelmaa kotona, joista puolet merkittävän usein.</p> <p>Fyysinen toiminta pysyi vakaana tai parani yksilöillä, jotka käyttivät ohjelmaa useammin. Liiketunnistuksen teknologian hyödyntäminen aktiivisuuden tukemisessa voi olla mahdollista joillekin dementiaa sairastaville henkilöille.</p>	
<p>Scheibe ym., 2021 Saksa</p>	<p>Tutkimuksen päätavoitteena oli iteratiivinen teknologiapohjaisen tieto- ja viestintäalustan kehittäminen, joka mahdollistaa hoitohenkilökunnan, sosiaalityöntekijöiden, terapeuttien ja monisairaiden potilaiden ja heidän omaistensa välisen yhteydenpidon</p>	<p>Sivuston käyttäjien puolistrukturoitu haastattelu</p>	<p>Monisairaajat, lievän kognitiivisen aleneman omaavat ihmiset</p> <p>12 haastateltavaa, joiden keski-ikä 78,7 v</p>	<p>Suurin osa potilaista koki terveydentilansa etävalvonnan hyödylliseksi. Useimmiten potilaat ilmoittivat turvallisuuden tunteen lisääntyneen.</p> <p>Potilaat arvioivat, että terveyteen liittyvien tietojen saatavuus parani, hoitopäätökset oli selkeämmin nähtävissä, vitaalien seuranta helpottui ja sivusto toi vaihtelua arkeen.</p> <p>Potilaat halusivat sivuston olevan enemmän yksilöllinen. Tekoäly ja</p>	<p>8/10</p>

	Sivuston arviointi iäkkäiden potilaiden näkökulmasta			itseoppiva sivusto voisi auttaa sivuston yksilöintiä.	
Weiss ym. 2020 Yhdysvallat	Kehittää etähoidon malli potilaille, joilla on kognitiivisia ongelmia.	Palautekysely kokeiluun osallistuneille ohjelman päätyttyä	Potilaat, joilla neurogeneratiivinen sairaus ja kognition alenema 85 potilasta ja heidän omaisensa, osallistujien keski-ikä 76,3 v	Sosiaalityöntekijöiden ja neurologien videovastaanotot, joilla käsiteltiin: - kaatumisia/ liikkuvuusongelmia, painonlaskua, aistien heikkene- mistä, unihäiriöitä ja käyttäytymis- häiriöitä sekä lääkitystä - Sosiaalisia terveyteen vaikutta- via tekijöitä, kuten ravitsemus ja asuminen ja omaishoitajien stressi Etähoito mahdollisti potilaan ja omaisen osallistumisen hoidon suunnitteluun Vastaanotoilla oli mahdollisuus tukea omaishoitajia ja ohjata käy- tösoireiden hallinnassa Omaishoitajat ja potilaat hyötyivät tiedoista saatavilla olevista	7/10 JBI

				virtuaalista tukipalveluista ja sopivista aktiviteeteista ja terapiasta	
--	--	--	--	---	--

*JBI= Joanna Briggs Institute

(tasokas: 86–100 % pisteistä, hyvä: 65–85 % pisteistä, kelvollinen: 50–64 % pisteistä, hylätty: alle 50 % pisteistä).

Liite 2. Saatekirje

Hei vanhuspalveluiden ammattilainen,

Olemme sosiaali- ja terveysalan ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon (YAMK) opiskelijoita Diakonia-ammattikorkeakoulusta. Teemme kehittämispainotteista opinnäytetyötä, jonka tarkoitus on selvittää, millaisilla digitaalisilla palveluilla voidaan tukea muistisairaankäihmisen omahoitoa. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan luoda Terveyskylän verkkopalveluun muistisairaankäihmisen digihoitopolku. Opinnäytetyön tilaaja on Terveyskylä.

Osallistumalla pääsette kehittämään Terveyskylän digitaalista palvelua, ja saatte mahdollisuuden kehittää ammattitaitoanne sekä verkostoitua alan osaajien kanssa. Jokainen osallistuja saa 10 euron arvoisen lahjakortin, joka käy maksuvälineenä lukuisissa eri toimipisteissä kautta maan.

Opinnäytetyön aineistonkeruu toteutetaan asiantuntijaryhmän työpajatyöskentelynä. Monialainen ryhmä koostuu muistisairaiden ikäihmisten parissa työskentelevistä ammattilaisista. Työpaja toteutetaan toukokuun aikana kaksi kertaa. Työskentelyn kesto on 2 tuntia kerralla. Työpajat järjestetään vallitsevan koronapandemian vuoksi etäyhteyksin (Microsoft Teams). Osallistumislinkin saat esihenkilösi kautta.

Työpajat toteutetaan ti 11.5. ja ti 26.5. klo 14.00–16.00.

Työpajatyöskentelyn tavoitteena on etsiä vastauksia kysymykseen:

- o Millaisilla digitaalisilla palveluilla voidaan tukea muistisairaankäihmisen omahoitoa?

Työpajatyöskentelyt tullaan nauhoittamaan aineiston analyysia varten, jonka vuoksi osallistujilta pyydetään kirjallinen suostumus osallistumisesta. Kerättyä aineistoa käsitellään luottamuksellisesti, ja aineistoa säilytetään tietoturvasalasanalla varustetulla yksityisellä tietokoneella. Työssä ei käsitellä eikä raportoida henkilö- tai muita tunnistetietoja. Aineisto kerätään ainoastaan tätä opinnäytetyötä varten, ja se hävitetään asianmukaisesti tutkimuksen valmistuttua. Osallistuminen on vapaaehtoista, ja osallistujalla on oikeus keskeyttää osallistumisensa milloin tahansa sekä syytä ilmoittamatta. Osallistuminen tapahtuu nimettömästi.

Opinnäytetyön on tarkoitus valmistua syksyllä 2021, jonka jälkeen se on vapaasti luettavissa Theseus-verkkopalvelussa. Tulokset esitellään myös Terveyskylälle.

Jos teille tulee opinnäytetyöstä tai siihen liittyvistä asioista kysyttävää, voitte olla yhteydessä meihin puhelimitse tai sähköpostitse. Kiitos osallistumisestanne!

Ystävällisen terveisin

Jonna Martin, Terveystenhoitaja (AMK).

p. 040 838 2422

jonna.martin@student.diak.fi

Jussi Ollikainen, Sosionomi (AMK)

p. 040 550 1356

jussi.ollikainen@student.diak.fi

Liite 3. Suostumuslomake opinnäytetyöhön osallistumisesta

Minua on pyydetty osallistumaan opinnäytetyöhön liittyvään tutkimukseen, jossa selvitetään digitaalisten palveluiden käyttöä muistisairaana ikäihmisen omahoidon tukena. Toteutettava opinnäytetyö on osa Diakonia-ammattikorkeakoulun ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opintoja.

Olen saanut, lukenut ja ymmärtänyt opinnäytetyöhön liittyvästä tutkimuksesta kertovan tiedotteen (liitteenä). Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen tutkimuksesta, ja sen yhteydessä suoritettavasta aineiston keruusta ja käsittelystä.

Ymmärrän, mitä osallistuminen tähän toteutettavaan opinnäytetyöhön minun kohdallani tarkoittaa. Kaikki minusta tutkimuksen aikana kerättävät tiedot käsitellään luottamuksellisesti. Tutkimuksessa ei kerätä eikä käsitellä vastaajien henkilötietoja. Kaikkea kerättyä aineistoa säilytetään yksityisessä tietokoneessa salasanan takana, ja aineisto hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön hyväksymisen jälkeen.

Ymmärrän, että osallistumiseni tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Minulla on oikeus ilman mitään seurauksia milloin tahansa tutkimuksen aikana ja syytä ilmoittamatta keskeyttää tutkimukseen osallistuminen.

Vahvistan allekirjoituksellani osallistumiseni tähän opinnäytetyön tutkimukseen ja suostun vapaaehtoisesti tutkimushenkilöksi.

Allekirjoitus ja nimen selvennys

Päiväys

Suostumuslomake palautetaan suljetussa kirjekuoreessa oman yksikön esihenkilölle, jolta opinnäytetyöntekijät noutavat lomakkeet.

Jussi Ollikainen
 Sosionomi (AMK)
 040 550 1356

Jussi.ollikainen@student.diak.fi

Jonna Martin
 Terveystieteiden erikoisosaaja (AMK)
 040 838 2422

jonna.martin@student.diak.fi

Liite 4. Esimerkki Jamboard-työskentelystä asiantuntijaryhmässä.

Millaisissa tilanteissa verkkopalveluita voisi hyödyntää muistisaira-an omahoidossa?

"viestivihko"	arjen suunnittelu	Ohjaus ja neuvonta	Ohjaus	Epäilly muistisairaudesta	pelit	Yksinäisyyden torjuminen	Yksinäisyyden lievittyminen
kalenteri	Muistutuspalvelut - arjen sujuvuus	Ohjaus ja neuvonta	Tiedonsaanti	Kuntoutus	Aivojumppa	Onnistumisen kokemukset	Mielihyvän kokeminen
ajanvarauksien muistutus	Muistuttaminen	Neuvonta ja ohjaus	tietoa käytössä olevista arjen apuvälineistä	Jumppa/aivojumppa	Mielekästä tekemistä	Labratulokset yms.	
seurantojen toteutus							
päivöohjelmat	Muistutukset tulevista tapaamisista/vastaano- toista/tutkimuksista	Vinkit arjen haasteellisiin tilanteisiin	Tukipalveluiden löytäminen	vertaistuki foorumi			