



MUISTIPOLKU PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA

Sari Saarimaa

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2012
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK
Tampereen ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma

SAARIMAA, SARI: Muistipolku perusterveydenhuollossa

Opinnäytetyö 49 sivua, liitteitä 14 sivua
Maaliskuu 2012

Suomessa on noin 125000 muistisairautta sairastavaa henkilöä. Joka vuosi diagnosoidaan noin 14000 uutta muistisairautta yleensä ikäihmisillä. Muistisairaudet muodostavat sosiaali- ja terveydenhuoltoon kustannuksiltaan merkittävän sairausryhmän ja siksi palveluita tulee suunnitella ja kohdentaa. Kustannustehokkuutta lisää diagnostiikka ja hoito paikallisilla perusterveydenhuollon muistipoliklinikoilla. Tehtävien keskittäminen osaaville muistisyksiköille vähentää resurssien tarvetta muissa terveyden – ja sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä. Hoidon onnistumisen edellytys on saumaton ja yksilöllinen hoitopolku, joka takaa hoidon suunnitelmallisen seurannan sekä oikea-aikaisten sairastuneiden ja läheisten selviytymistä tukevien toimenpiteiden toteutumisen.

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli kuvata muistihäiriöisen ikäihmisen hoitopolku perusterveydenhuollon muistipoliklinikalla. Tavoite oli tuottaa kuvamalli hoitopolusta. Työn tehtävä oli selkeyttää hoitopolkua ja tehdä apuväline hoidon ohjaukseen.

Työ oli tuotokseen painottuva toiminnallinen opinnäytetyö. Keskeiset tutkimuskysymykset olivat; kuinka tuottaa hoitopolun kuvamalli muistisairaiden hoitoon ja kuinka esittää käytännöllinen ja toimiva malli muistisairauden varhaisen tunnistamisen, diagnoosin saamisen ja hoidon aloittamisen tueksi. Teoreettisen viitekehyksen muodostivat käsitteet muistihäiriöinen ikäihminen, muistipolku ja perusterveydenhuollon muistipoliklinikka. Teoreettinen tausta oli kerätty artikkeleista, kirjallisuudesta, julkaisuista ja tutkimuksista. Käypä hoito-suositus, sairaanhoitopiirin mallit ja hoitopolku työryhmä olivat apuvälineinä työn tekemiselle.

Opinnäytetyön tuotos oli hoitopolkukuvaus muistihäiriöisen ikäihmisen hoitoprosessista perusterveydenhuollossa. Kuvaus tehtiin QPR ProcessGuiden avulla, koska se on helppo käyttää ja päivittää. Hoitopolkukuvaukseen on kerätty kaikki ne osatekijät, hoitoon osallistujat, hoitotoimenpiteet ja tutkimukset, jotka tehdään muistipoliklinikalla. Tehdyn prosessikaavion avulla on tulevaisuudessa mahdollisuus tehdä muitakin hoitopolkuja perusterveydenhuoltoon, joka opinnäytetyön tilaajana saa sen käyttöönsä.

Asiasanat: muistihäiriöinen ikäihminen, hoitopolku, perusterveydenhuollon muistipoliklinikka

ABSTRACT

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

SAARIMAA, SARI:

The Chain of Memory Care in Health Centre Memory Clinic

Bachelor's thesis 49 pages, appendices 14 pages
March 2012

There are approximately 125,000 patients with dementia in Finland. Every year about 14,000 patients more are diagnosed with memory diseases. Older adults with dementia diseases place a heavy economic burden on the social and health care system. It is cost-effective to centralise the care in local memory clinics. It is important to create a chain of care. That guarantees the individual care of patients and support for their caregivers and relatives.

The purpose of this thesis was to describe the treatment process. The aim was to produce a guideline and process diagram for memory clinic in health centre. The goal of this study was to clarify and simplify the work.

The thesis was implemented using a functional method. The central problems of this thesis were, -how to produce a process diagram, and how to present practical recommendations for early diagnosis, and care management of dementia. Demented elderly, treatment chain, and memory clinic were discussed in the theoretical framework of the thesis. The theoretical information was collected from articles, literature, and studies.

The actual output of this study was a process diagram about the treatment. It was made with the help of QPR ProcessGuide method. It is easy to use and update. A process diagram is a collection of all procedures and examinations performed in a memory clinic. In the future, it will be possible to produce similar diagrams for other treatments in health centre.

Key words: treatment chain / guideline, demented elderly, memory clinic.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3 TEOREETTINEN VIITEKEHYS	8
3.1 Muistihäiriöinen ikäihminen	10
3.1.1 Muistihäiriösairaudet	11
3.1.2 Muistioireita aiheuttavat muut sairaudet	12
3.2 Hoitopolku	14
3.3 Perusterveydenhuollon muistipoliklinikka.....	15
4 TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ	18
5 OPINNÄYTETYÖN PROSESSI	20
5.1 Opinnäytetyön tausta.....	22
5.2 Opinnäytetyön suunnittelu	23
5.3 Opinnäytetyön toteutus	24
5.4 Opinnäytetyön tuotoksen arviointi	26
6 POHDINTA	28
LÄHTEET.....	31
LIITTEET.....	36

1 JOHDANTO

Suomen väestön ikääntyessä ja ikärakenteen muuttuessa yhteiskunnassa on varauduttava palvelurakenteiden kehittämiseen väestön tarpeita vastaaviksi. Eriyisen nopeasti kasvaa vanhin ikäluokka. Ikääntymiseen liittyvät sairaudet lisäävät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarvetta tulevina vuosikymmeninä. Kustannuksiltaan merkittävin sairausryhmä on dementiaan johtavat muistisairaudet. Sairastuneiden määrän kasvaessa sosiaali- ja terveydenhuollossa etsitään erilaisia ratkaisuja haasteeseen vastaamiseksi ja palveluiden kehittämiseksi (Sormunen 2008, 3-4).

Merkittävänä haasteena ovat muistisairauksien varhainen tunnistaminen, diagnosointi, lääkehoidon aloitus sekä toimintakykyä ylläpitävän hoidon ja kuntoutuksen aloittaminen. Palveluiden kehittämisen lähtökohtana on sairastuneiden ja heidän omaistensa oikeus hyvin koordinoituihin, hoitoa, kuntoutusta ja elämänlaatua tukeviin palveluihin (Bell & Troxel 1994; Voutilainen 2008, 16).

Asiantuntijatyöryhmä (Suhonen 2008) laati Suomalaisen asiantuntijasuosituksen ”Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa”. Toimiva hoitopolku edellyttää osaavaa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökuntaa ja hoidon oikea-aikaisuutta. Työryhmä suosittelee palvelujärjestelmään perusterveydenhuollon muistipoliklinikoiden perustamista muistisairausdiagnoosin tekemistä ja hoidon aloittamista varten. Tehtävien keskittäminen osaaville muistiyksiköille vähentää resurssien tarvetta muissa sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä. Hoidon onnistumisen edellytys on saumaton ja yksilöllinen hoitopolku, joka mahdollistaa suunnitelmallisen seurannan ja oikea-aikaisten, sairastuneen ja hänen läheisensä selviytymistä tukevien toimenpiteiden kokonaisuuden.

Vuoden 2007 alussa perustettu Sastamalan perusturvakuntayhtymän eli Saspén muistipoliklinikka, Muistipiste, on perusterveydenhuollon muistipoliklinikka. Se huolehtii alueella muistihäiriöisten ikäihmisten tarvitsemien palveluiden tuottamisesta ja organisoinnista. Vuoden 2012 alussa perustervey-

denhuollon palveluista huolehtii Sastamalan kaupunki. Perusterveydenhuollon palveluiden toteuttajana toimii Sastamalan seudun sosiaali- ja terveystalvet eli Sotesi. Se vastaa perusterveydenhuollon toteuttamisesta myös Puna-kalaitumen ja Kiikoisten kuntien asukkaille. Jatkossa tässä työssä käytetään synonyymeina Muistipistettä ja SOTEsin muistipoliklinikkaa.

Muistipiste vastaa yli 55-vuotiaiden muistiasioiden hoidosta. Työikäiset ohjataan erikoissairaanhoidon Taysin neurologian poliklinikalle. Muistipisteen henkilökunta tekee laaja-alaista yhteistyötä muistihäiriön diagnosointiin, muistipotilaiden hoitoon, ohjaukseen ja kuntoutukseen osallistuvien ammattihenkilöiden sekä omaisten kanssa (Saspe 2009, 8).

Tässä opinnäytetyössä kuvataan muistihäiriöisen ikäihmisen hoitopolku perusterveydenhuollon muistipoliklinikalla. Tämä työ on toiminnallinen, tuotokseen painottuva ja työelämälähtöinen opinnäytetyö. Opinnäytetyön tarkoitus on tehdä työväline perusterveydenhuoltoon muistihäiriöisen hoidonohjaukseen eri ammattiryhmille ja hoitoon osallistuville.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on luoda kuvamalli ja kirjallinen ohje muistihäiriöisen hoidon toteuttamiseen. Kuvamalli ohjeistaa ammattihenkilöstöä muistisairauksien tunnistamiseen, hoidon aloitukseen ja seuraamiseen.

Opinnäytetyön tehtävänä on kuvata muistihäiriöisen ikäihmisen hoitoa perusterveydenhuollon muistipoliklinikalla. Tehtävänä on kirjallisuuteen perustuen kertoa muistisairauksista ja niihin sairastuneiden hoidosta muistipoliklinikalla sekä kuvata hoitotyötä hoitopolun avulla. Työ vastaa kysymyksiin:

- 1) Mitä ikäihmisen muistihäiriö tarkoittaa?
- 2) Millainen on toimiva hoitopolku?
- 3) Miten hoitopolku ohjaa hoitotyötä?

Opinnäytetyön tavoitteena on selventää saumaton, selkeä ja yksilöllinen hoitopolku. Se mahdollistaa suunnitelmallisen hoidon seurannan ja oikea-aikaisten palveluiden tarjoamisen. Kuvaukset liitetään Intranet-sivustoon ammattihenkilöstön käyttöä varten. Työn tarkoitus on hyödyntää hoitopolkutyöryhmää polun laatimisessa ja sitä kautta edistää muiden hoitopolkujen tekemistä jatkossa perusterveydenhuoltoon.

3 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

Muistioireisen ikäihmisen palvelujen ja palvelujärjestelmien kehittämiseen vaikuttavia ohjeistuksia on useissa valtakunnallisissa sosiaali- ja terveyspoliittisissa asiakirjoissa. Voutilaisen (2007) Stakesille toimittamassa Laatusuositusta laatusuosituksella ja Sormusen (2008) Laadukkaat dementia- ja muistipalvelut raporteissa ohjataan muistisairausasioiden organisoimisessa ja hoitamisessa kuntatasolla. ETENE (2008) Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan raportissa haastetaan eettiseen ajatteluun ikäihmisten palveluiden tuottamisessa. SUMU (2008) Suomen muistiasiantuntijoiden hoitosuosituksessa ja Käypä hoito suosituksessa (2010) tuodaan esiin ohjeita käytännön työn toteuttamiseen. Ne on valittu, koska niissä korostetaan toimintakykyyn ja voimavarojen arviointiin perustuvan palvelutavan luomista. Muistioireisen ikäihmisen palveluita pyritään turvaamaan joustavasti ja yhdistettynä lähipalveluna perusterveydenhuollon palveluihin (Palomäki & Teeri 2011, 50).

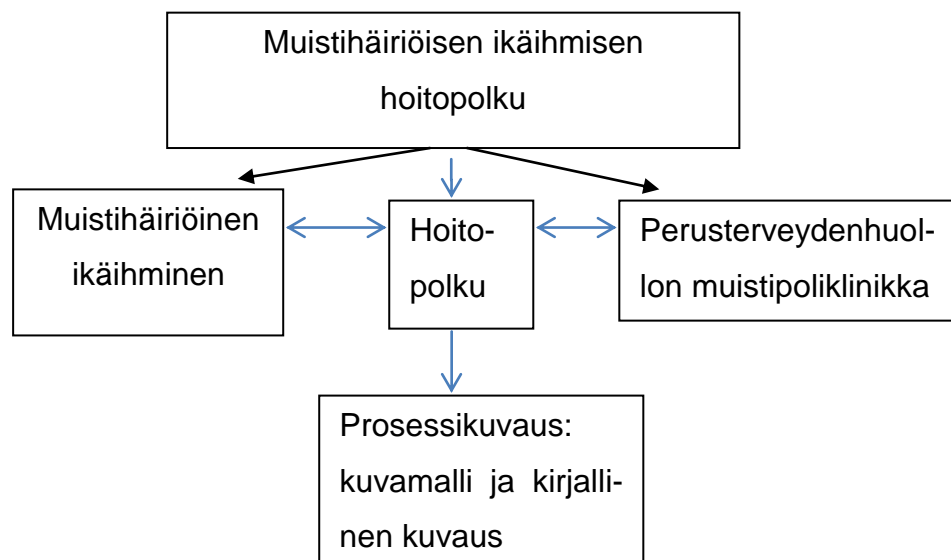
Muistisairaudet aiheuttavat sairastuneelle ja läheiselle inhimillisen huolen ja kärsimyksen lisäksi myös huomattavia taloudellisia kustannuksia. Muistisairauksien ennaltaehkäisy, sairastuneiden ja omaisten itsenäisyyden ja oma-toimisuuden vahvistaminen sekä kotihoitoa tukevien palveluiden kehittäminen vähentävät kunnille aiheutuvia kustannuksia pitkäaikaiseen laitoshoitoon verrattuna (Topo, Sormunen, Saarikalle, Räikkönen & Eloniemi-Sulkava 2007; Suhonen 2008).

Muistisairaiden palvelujen lähtökohdaksi on asetettu oikeus hyvin koordinoituihin, kuntoutumista edistäviin ja elämänlaatua tukeviin toimintamuotoihin. Hyvää hoitoa ja palvelua tarkastellaan kokonaisuutena sekä yhteistyönä omaisten ja muuhun hoitoon osallistuvan henkilöstön kanssa. Hoitoprosessissa turvataan itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, osallisuus, saumattomuus ja turvallisuus. Hoitopolun toimintatavoissa varmistetaan hoitotyön eettinen laatu ja tuodaan esiin asiakkaan omaa näkökulmaa (Kangasniemi, 2007, 23-24; Topo 2006; Teeri 2007; Teeri, Välimäki, Katajisto & Leino-Kilpi 2008; Isola 2009; Pesonen 2011).

Toisaalta vuoden 2011 aikana on muistisairauksien varhaisen tunnistamisen ja taudinmäärityksen saamiseksi ehdotettu aivan vastakkaisiakin ajatuksia. Geriatri Karjulan (2011) mukaan erillisiä perusterveydenhuollon muistipoliklinikoita ja muistihoitajia ei tarvita ollenkaan, vaan kotihoidon sairaanhoitajat tulee kouluttaa muistioireiden kohtaamiseen ja hoitamiseen.

Keskeisiksi käsitteiksi on valittu muistihäiriöinen ikäihminen, hoitopolku ja perusterveydenhuollon muistipoliklinikka. Muistihäiriöisen ikäihmisen alakäsitteenä ovat muistihäiriöitä aiheuttavat sairaudet ja muut sairaudet. Teoreettiseen lähtökohtaan sisältyy hoitopolkukaavio ja sen merkitys hoidon apuvälineenä. Hoitopolulla tarkoitetaan tässä työssä samaa kuin paikallinen hoito-
ketju, hoitolinja tai palveluprosessi (ProDoc 2007; Kuusisto 2011.) Perusterveydenhuollon muistipoliklinikkaa kuvataan muistihäiriöisen ikäihmisen kokonaisuuden osana (Karppi & Nuotio 2008.)

KUVIO 1. Hoitopolun keskeisiä käsitteitä ja viitekehystä



Käsitteitä avaamalla etsitään opinnäytetyön teoreettisia perusteita ja herätetään keskustelua siitä, mitä muistihäiriöllä ja muistisairauksilla tarkoitetaan, miten muistioireita kannattaa etsiä ja tunnistaa, mitä muistihäiriöisen ikäihmisen tutkiminen hyödyttää sekä miksi hoitoa ja kuntoutusta kannattaa suunnitella ja toteuttaa perusterveydenhuollossa. Liitteessä 2 on esitelty muutama opinnäytetyön lähteenä käytetty tutkimus - ja opinnäytetyö.

3.1 Muistihäiriöinen ikäihminen

Muistihäiriöisellä ikäihmisellä tarkoitetaan tässä työssä yli 65-vuotiaasta tai vähintään 55-vuotiaasta ikääntyvää ihmistä, joka itse, jonka läheinen tai ammattihenkilö on ilmaissut huolen tämän muistista tai muista kognitiivisista oireista. Kokemus muistimuutoksista voi olla subjektiivinen tai toisen havainnoima muutos muistitoiminnoissa, arjen toimissa tai muussa selviytymiskyvyssä (Soininen & Hänninen 2010, 76 -77).

Muistioireilla tarkoitetaan tapahtuma- tai asiamuistin toiminnassa esiintyviä hankaluuksia. Ne johtuvat aivotoiminnan muutoksista ja aiheuttavat tiedonkäsittelyn, mieleen painamisen, muistissa säilyttämisen tai mieleen palauttamisen vaikeuksia. Muistioireen arvioinnissa otetaan huomioon ihmisen tarkkaavaisuus, keskittymiskyky ja työmuisti. Kognitiivisilla oireilla tarkoitetaan jonkun tiedonkäsittelyn osa-alueen heikentymistä. Näitä ovat tarkkaavaisuuden, toiminnanohjauksen, abstraktin ajattelun, orientaation, hahmottamisen tai kielelliset ongelmat (Sulkava 2003, 75; Käypä hoito-suositus 2010, 4).

Ikäihminen hakeutuu muistiselvityksiin oman terveyskeskuksensa ohjaamana. Jokaisen, joka ilmaisee huolensa muististaan, tulee päästä asianmukaisiin tutkimuksiin. Muistihäiriöisen ikäihmisen kokemia tai kertomia oireita selvittää haastatellen, havainnoiden tai erilaisia testejä käyttäen. Läheistä haastatellaan suullisesti ja kirjallisesti sekä kuunnellaan tämän ajatuksia ja kokemuksia tilanteesta. Tutkimuksesta tehdyn yhteenvedon perusteella muistihäiriöinen lähetetään jatkotutkimuksiin lääkärille tai seurataan tilannetta jatkossa säännöllisesti (Isola 2009; Käypä hoito-suositus 2010, 24).

Lievä kognitiivinen heikentyminen (MCI, eli mild cognitive impairment) on oiretermi. Ihmisellä on henkilökohtainen kokemus muistioireesta tai oire jollakin tiedonkäsittelyn alueella. Lisäksi on toisen havainnoima ja toteama tiedonkäsittelyn alenema aiemmasta suoritustasosta. Arkitoimista selviäminen ei ole vaikeutunut eikä muistisairauden kriteerit täyty. Tilannetta tulee seurata esim. perusterveydenhuollon muistipoliklinikalla 6-12 kuukauden välein (Käypä hoito-suositus 2010, 4).

3.1.1 Muistihäiriösairaudet

Dementia on elimellisistä syistä, aivoja vaurioittavasta sairaudesta johtuvaa laaja-alaista henkisten toimintojen häiriintymistä. Se on oireyhtymä, jossa useampi kuin yksi kognitiivisista toiminnoista on alentunut heikentäen itsestä suoriutumista päivittäisissä toimissa, työssä tai sosiaalisissa suhteissa. Dementiaan johtavia muistisairauksia kutsutaan eteneviksi muistisairauksiksi ja niitä kuvataan tässä luvussa muistisairauksien monimuotoisuuden ymmärtämiseksi (Erkinjuntti 2010, 86-88; Käypä hoito-suositus 2010, 5).

Etenevä muistisairaus heikentää muistia ja muita tiedonkäsittelyn alueita ja johtaa usein dementia-asteiseen tiedollisten kykyjen heikkenemiseen. Muistihäiriöt ovat usein ensimmäisiä ja tutkimuksiin ohjaavia oireita. Oireilun syy tulee aina selvittää, jotta tiedetään, onko kysymyksessä jokin etenevä muistisairaus. Muistisairauden selvittely ja erotusdiagnoosin tekeminen sairauksien välillä on tarpeellinen lääkehoidon ja hoitotyön kannalta (Voutilainen 2008, 12, Erkinjuntti 2010, 86-88; Käypä hoito-suositus 2010, 4).

Alzheimerin tauti on yleisin muistisairaus. Se on hitaasti etenevä aivojen rappeutumissairaus. Sairauden ensioire on muistin heikentyminen, kun uuden oppiminen vaikeutuu; vanhat asiat pysyvät muistissa. Toimintatavat muuttuvat, aktiivisuus vähenee ja tulee vetäytymistä haasteista. Sairastunut kieltää usein muistioireensa ja eksyy aluksi vieraisissa ja myöhemmin tutuissakin paikoissa. Vaikeus tunnistaa kasvoja lisääntyy; lähiomaisen ja omien kasvojen tunnistaminen heikkenevät (Pirttilä & Erkinjuntti, 2010; 133-138, Käypä hoito-suositus 2010, 13).

Verisuoniperäinen muistisairaus eli aivoverenkiertohäiriöistä johtuva muistisairaus on toiseksi yleisin muistisairaus. Muistioireilu vaihtelee vaurioalueen sijainnin ja laajuuden mukaan, alkaa usein äkillisesti ja etenee portaittain. Oireina ovat kielelliset vaikeudet, tahdonalaisten liikkeiden ja havaintotoimintojen häiriöt. Siihen liittyy hidastuneisuus, hienomotoriikan heikentyminen, tasapaino- ja kävelyvaikeudet sekä verenpaineen säätelyn häiriöt (Erkinjuntti & Pirttilä, 2010,142-154; Käypä hoito-suositus 2010, 14).

Lewyn kappale- sairaus on kolmanneksi yleisin muistisairaus. Muistimuutos on aluksi lievää ja uusien asioiden oppimista tapahtuu pitkään. Vireystila ja muistioireet vaihtelevat nopeasti. Sairastuneella on tarkkoja ja toistuvia aistiharhoja jo vuosia ennen muistioireita. Tavallisia oireita ovat jäykkyys ja hitaus (Rinne 2010, 159-160; Käypä hoito-suositus 2010, 15).

Otsa-ohimolohkomuistisairaus on aivojen rappeutumissairaus. Oireina on aloitekyvyttömyyttä ja apaattisuutta, ärsykesidonnaisuutta ja heikentynyt kyky huolehtia itsestä. Muisti säilyy, mutta jo varhain saattaa tulla vaikeus ymmärtää puhetta. Oireet ovat persoonallisuuden muutoksia; käyttäytyminen muuttuu estottomaksi ja tahdittomaksi. Seksuaaliset puheet ja teot ovat tavallisia (Käypä hoito-suositus 2010, 15-16; Rinne & Remes 2010, 166).

Parkinsonin tautiin liittyvää muistisairautta esiintyy pitkään sairastaneilla. Oireina on hidastuneisuutta, aloitekyvyttömyyttä, mieliala ja muistivaihtelua, arjessa selviytymisen ja hahmottamiskyvyn heikentymistä (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 99.) Cadasil -tauti on perinnöllinen muistisairaus, joka aiheuttaa tiedollisen toiminnan muutoksia (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 150.) Creutzfeldt-Jakobin tauti on tarttuva, hermostoa rappeuttava muistisairaus, (Paetau, Kovanen, Haltia & Kalimo 2010, 179; Sulkava & Eloniemi - Sulkava 2008, 100.) Huntingtonin tauti on periytyvä aivoja rappeuttava sairaus (Majamaa 2010, 196.) Nasu-Hakolan tauti on kansallinen ja perinnöllinen muistisairaus (Sulkava & Eloniemi - Sulkava 2008, 99.) Multippeliskleroosi (MS-tauti) vahingoittaa keskushermostoa. Hermostomuutosten vuoksi yleensä ensimmäisenä tulevat muistiin liittyvät ongelmat (Ruutilainen & Hämäläinen 2010, 282-285.)

3.1.2 Muistioireita aiheuttavat muut sairaudet

Muistioireita esiintyy myös ilman muistisairautta. Mielenterveyden häiriöt voivat sekoittaa muistihäiriöihin. Orientaatiovaikeudet, harhaluulot tai univaikeudet voivat olla sekä muistin että mielenterveyden häiriöihin liittyviä. Masennus on ikäihmisten tavallisin mielenterveysongelma (Koponen & Leinonen 2008,

131; Saaristo 2007, 12). Masennukseen liittyvä vaikea kognitiivinen häiriö, näennäisdementia, ilmenee yleensä vain iäkkäillä. Muistisairauksiin liittyvä masennusta ja muistisairauden oire saattaa olla mielialan lasku. Näiden erottaminen edellyttää muisti- ja mielialatilanteen kartoitusta haastattelemalla myös omaista (Koponen & Leinonen 2008, 136). Masentunut ikäihminen korostaa muistivaikeuksiaan. Muistamattomuus on valikoivaa ja muistamista vaativissa asioissa hän vastaa ”en tiedä” tai ”en jaksa”. Masentunut huolehtii huonosti itsestään ja tiedollinen taso voi vaihdella lyhyessäkin ajassa vireystilan tai vuorokaudenajan mukaan. Ajan ja paikan orientaatio usein säilyy. Mielialan korjaantuessa myös muistioireet helpottuvat tai masennus saattaa väistyä, mutta muistioireet palaavat ja iäkkäällä todetaan etenevä muistisairaus (Koponen & Leinonen 2008, 132 -134).

Äkillinen sekavuustila eli delirium on elimellisistä syistä johtuva aivojen vajaatoimintatila. Altistavia tekijöitä ovat ikä, perussairaudet, lääkitykset, muistisairaus, alentunut kuulo tai näkö. Sekavuuden tiedollisia oireita ovat orientaatiovaikeudet, havaintotoiminnan muutokset sekä äkilliset muistihäiriöt. Ajattelu on järjestäytymätöntä, mieliala vaihtelee ja puhe on syrjähtelevää (Rahkonen & Laurila, 2008, 67-70). Muistihäiriö lievittyy sekavuuden korjaannuttua. Usein sekavuustila on muistisairauden ensimmäinen oire ja merkki tiedollisen toimintatason heikentymisestä. Jälkihoitoon kuuluu muistitutkimukset muistipoliklinikalla (Rahkonen & Laurila, 2008, 77).

Muistioireiden selvittelyyn kuuluu somaattisen kokonaistilanteen arviointi. Terveys ja aktiivinen osallistuminen vahvistavat muistitoimintoja ja arjessa selviytymistä. Verikokeilla selvitetään nestetasapainoa, aineenvaihduntaa sekä puutostilojen ja alentuneen ravitsemustilan aiheuttamia muistihäiriöitä. Näkö - ja kuuloaistin lasku voivat heikentää tiedollista selviytymistä. Lääkehoidon arviointi kuuluu muistihäiriöisen tutkimiseen. Muistia heikentävät lääkkeet vaihdetaan tarkoituksenmukaisiin. Edellä mainittujen tilojen korjaamisella voidaan parantaa syntyneitä muistioireita ja estää turhia muistitutkimuksia (Viramo & Stranberg 2010, 498-502).

3.2 Hoitopolku

Hoitopolku on tässä opinnäytetyössä tapa kuvata hoitotyötä. Se jäsentää ja tehostaa eri toimijoiden välistä yhteistyötä. Siihen sisältyy tiedonkulun varmistaminen ja yhteistyösopimusten pitäminen. Hyvään ammattitaitoon kuuluu hahmottaa, mistä asiakas on tulossa ja missä hänen hoitonsa olisi paras toteuttaa (Koivisto 2004, 43; Kaila & Mäntyranta 2006, 7; Marjamäki 2009).

Hoitopolku koskee asiakasryhmää, jota hoidetaan perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa ja yksityisesti. Se on yhdessä tehty sopimus asiakasryhmän hoidon toteutuksesta. Tavoite on tehdä selkeä työnjako sekä sujuva ja tehokas hoitokokonaisuus (Tulonen-Tapio, Suni-Lahti & Seuna 2006, 3). Asiakkaalle palveluiden tulee olla yhtenäinen kokonaisuus ilman toiminnallisia rajoja. Hoitopolun tarkoituksena on turvata hoidon tarkoituksenmukaisuus yli organisaatorajojen ja eri ammattiryhmien kesken (Käypä hoito-suositus 2010, 24; Tilvis 2003, 29).

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin yleislääketieteen vastuualue (YLVA) koordinoi PSHP:n toimialueilla tehtäviä alueellisia ja seudullisia hoitoketjuja. Hoitoketjutyössä oleellista on työkäytäntöjen liittäminen paikalliseen arkityöhön sekä seutukuntien erityispiirteiden huomioon ottaminen. Alueiden perusterveydenhuoltojen toimintamahdollisuudet huomioidaan ketjun laadinnassa. Hoitoketjuja tekevät perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, kolmannen sektorin osaajat moniammatillisessa yhteistyössä. Ne pohjautuvat näyttöön perustuvaan hoito - ja lääketieteeseen sekä Käypä hoito-suositukseen. YLVA:n hoitoketjutyön tavoite on yhtenäistää paikallisten hoitopolkujen tekoa, seurantaa ja arviointia. Asiantuntijahoitaja tarjoaa tukea hoitopolkutyöryhmälle ja polusta vastaavalle työntekijälle, jolle jää vastuu polun päivittämisestä ja arvioinnista (Kuusisto 2011).

Muistihäiriöisen ikäihmisen hoitoprosessin kuvaaminen SOTEsin alueella nojautuu PSHP:n ohjeisiin ja suositukseen. Prosessien kehittäminen aloitetaan nykyisten prosessien kuvaamisesta käytännön tasolla. Dokumentoitua prosessia on helpompi tarkastella, arvioida ja kehittää (Kuusisto 2011). Hoito-

polku kuvataan QPR ProcessGuiden avulla. Se on PSHP:n käyttämä mallinuso-ohjelmisto sekä kokonaisvaltainen ja monipuolinen työkalu hoitoprosessin määrittelyyn. QPR ProcessGuide mahdollistaa prosessikartan visualisoinnin, tarpeiden konkretisoinnin ja mahdollisuuden kehittää omaa työtä (Kataja 2006).

Hoitopolut toimivat, jos ne ovat juurtuneet arjen työhön jokaisessa hoitotyötä tekevässä yksikössä ja hoitoon osallistuvassa työntekijässä avohoidosta laitoshoidon. Hoitopolun tulee muuttua tiedosta toiminnaksi. Eri yksiköiden toimipaikkakoulutukset ovat tärkeä osa hoitopolkujen juurruttamista. YLVA tarjoaa hoitoketjuja terveyskeskusten toimipaikkakoulutusten aiheiksi (PSHP 2009). Muistipisteen henkilökunta osallistuu hoitopolusta tiedottamiseen intranetissä, tiimipalavereissa ja erilaisissa koulutustilaisuuksissa.

Hoitopolku päivitetään vuosittain ja arvioidaan mittarin avulla. Palaute polun toimivuudesta suunnataan hoitopolkutyöryhmän vastuuhenkilölle, joka vastaa työskentelyn toteutuksesta ja jatkotoimenpiteistä. Polun prosessoinnin päämääränä on yhtenäistää hoitokäytäntöjä, selkiyttää tutkimusten ja hoidon porrastusta sekä palvella asiakasta ja omaista parhaalla mahdollisella tavalla (Routasalo & Lauri 2001, 207; Routasalo, Arve, Aarnio & Saarinen 2003, 24).

3.3 Perusterveydenhuollon muistipoliklinikka

Perusterveydenhuollon muistipoliklinikalla tarkoitetaan tässä työssä muistisairauksien diagnostiikkaan ja hoitoon erikoistunutta moniammatillista terveydenhuollon työryhmää, jonne keskitetään muistisairauksien tutkimukset ja hoidon suunnittelu. Muistisairauden hoitoa toteutetaan yksilöllisesti ja asiakaslähtöisesti (Kirk 2008.) Oman alueen lääkäriellä on mahdollisuus muistioireiden varhaiseen havaitsemiseen (Lupsakko, Joinniemi, Karhu & Remes 2005, 7.) Mahdollisimman varhaiset muistin tutkimukset jouduttavat muistisairauksien havaitsemista ja hoitoa (Suhonen 2008, 9-10.)

Muistioireiden varhainen tunnistaminen on haasteellista. Perusterveydenhuollon lääkärillä ei aina synny riittävää kokemusta muistisairausdiagnostiikasta, lääkehoidon mahdollisuuksista ja kuntoutumista edistävästä kotihoitosta. Tämä voi vähentää puuttumista muistiongelmiin. Jos terveyskeskuksessa on oma muistipoliklinikka, se helpottaa lääkärin työtä ja alentaa kynnystä lähettää muistioireinen jatkotutkimuksiin (Lupsakko ym. 2005, 6-15).

Perusterveydenhuollon muistipoliklinikka on tarkoitettu kaikille, jotka huomaavat itsellään tai läheisellään muistihäiriöitä. Kynnys tutkimuksiin hakeutumiseen on matala; asiakas voi tilata vastaanottoajan ilman erillistä lähetystä. Suurin osa muistisairausepäilyistä voidaan tutkia perusterveydenhuollossa, jos käytössä on geriatriin tai neurologin palvelut. Erikoislääkäreitä tarvitaan muistisairausten diagnostiikassa ja muistisairauslääkkeen peruskorvattavuuden hakemisessa Kansaneläkelaitokselta (Suhonen 2008, 13).

Muistipoliklinikka tarvitsee henkilöstö-, tutkimus- ja tilaresurssointia. Työryhmään tulisi kuulua muistihäiriöisten tutkimukseen ja hoitoon perehtyneet lääkäri, muistihoitaja ja muistikoordinaattori. Työryhmä laatii yksilöllisen hoito-, kuntoutus - ja palvelusuunnitelman, seuraa asiakkaan tilannetta, tukee omaisia ja ennakoii sairauden eri vaiheessa tulevia muutoksia ja hoidon tarpeita. Muistipoliklinikka toimii konsultaatiokeskuksena alueen muistihäiriöisille asukkaille, heidän omaisilleen ja ammattihenkilöstölle sekä kehittää alueellisesti muistihäiriöisten hoitoa yhdessä muiden toimijoiden kanssa (Lupsakko 2005 & muut, 12).

Lääkärillä tulee olla omana tai ostopalveluna erikoislääkäriosaamista geriatrian tai neurologian alalta. Hänelle kuuluu sairaudesta kertominen ja kohdenetun lääkehoidon aloittaminen. Hän tekee tarvittavat lausunnot ja lähetteet. Hän hoitaa oheissairauksia ja lääkitystä, käytösoireita ja arvioi muita ennakoivia toimia (Suhonen 2008, 10).

Muistihoitajalla - ja koordinaattorilla tarkoitetaan etenevien muistisairauksien hoitoon erikoistunutta terveydenhuollon ammattilaista. Heidän työhönsä kuuluvat päivittäisten toimien, mielialan, muistisairausten asteen ja muun toimien

takyvyn arviointi erilaisten haastattelujen ja mittareiden avulla. He toimivat lääkärin työparina muistisairauksien tunnistamisessa, tutkimuksessa ja hoidossa sekä ohjaamisessa ja seurannassa. Muistihoitaja antaa ensitietoa muistisairaudesta, vastaa kysymyksiin sekä ohjaa lääkärin määräämän lääkkeen aloituksessa. Muistikoordinaattori antaa tietoa, neuvoa ja ohjaa sairastunutta ja hänen läheisiään sairauden eri vaiheissa. He järjestävät ensitietokursseja, koulutusta ja antavat konsultaatioapua ammattilaisille. He jakavat tietoa muistiasioista ja ylläpitävät ennaltaehkäisevää tiedotusta alueella muistin hoidosta ja huollosta (Käypä hoito suositus 2010, 5).

4 TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ

Toiminnallinen opinnäytetyö on vaihtoehto tutkimukselliselle opinnäytetyölle. Se on työelämän kehittämistyö, jonka tavoitteena on ammatillisessa toimintaympäristössä kehittää, ohjeistaa, järjestää ja järjeistää käytännön toimintaa. Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on etsiä ja löytää kehittämistehtävän taustalla oleva asia, ongelma ja perustehtävä sekä kehittää sitä opinnäytetyön avulla. Työ rajautuu ja määrittyy yksilöllisesti olosuhteiden, toimintaympäristön ja toimijoiden mukaan. Työ sisältää tuote - ja prosessikehitystä sekä systemaattista toimintaa uusien työmenetelmien aikaansaamiseksi tai aiemmin käytössä olevien työtapojen parantamiseksi. Opinnäytetyön tekijälle avautuu mahdollisuus perehtyä, kehittää ja kehittyä sekä osoittaa ammatillista tietoa, taitoa ja sivistystä. Toiminnallinen opinnäytetyö sisältää teoriaperustan, toiminnallisen osuuden ja ammatillista toimintaa tukevan tuotoksen (Vilkkä & Airaksinen 2003, 8-10, 65).

Toiminnallista opinnäytetyötä voi toteuttaa tuotokseen painottuvana. Opinnäytetyöllä voi tukea jonkin työyksikön tai toiminnan työkäytäntöjen kehittämistä. Opinnäytetyössä sitoudutaan toimeksiantajan kanssa yhteiseen tavoitteeseen sovitussa aikataulussa ja määrätyillä voimavaroilla. Eri osapuolien ammattitaitoa käytetään tavoitteeseen pääsemiseksi. Opinnäytetyön tavoitteet, aikataulu ja tuotos tarkentuvat työn edetessä. Toimintaan painottuvan opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa konkreettinen lopputuotos, joka voi olla työmenetelmä, ohjeistus tai suunnitelma jonkin asian toteuttamisesta (Vilkkä & Airaksinen 2003, 5-10, 65). Terveystieteiden toiminnallisilla opinnäytetyöillä pyritään lähes aina suunnittelemaan ja kehittämään, organisoimaan ja toteuttamaan erilaisia toimintaympäristöön liittyviä toimintamalleja. Prosessointi ja arviointi ovat jatkuvaa, koko opinnäytetyön tekemisen ajan mukana olevaa ja aivan lopussa tapahtuvaa työn kokonaisuuden kriittistä yhteenvetoa (Paija 2008). Tuotokseen perustuvassa toiminnallisessa opinnäytetyössä ammatillinen taito ja tieto saadaan yhdistettyä tutkittuun tietoon sekä raportoitua tukemaan käytännön hoitotyötä (Vilkkä 2010.) Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tuotos on muistihäiriöisen ikäihmisen muistipolun prosessikuvaus ja sen auki kirjoittaminen ohjeeksi perusterveydenhuoltoon.

Tämä opinnäytetyö koostuu kirjallisesta osuudesta ja tuotoksesta. Kirjallinen osuus perustuu ammatillisesti ajankohtaiseen tietotaitoon sekä tieteellisiin julkaisuihin. Teoreettinen viitekehys keskittyy aiempiin tutkimuksiin aiheesta ja käsitteiden kuvaamiseen. Opinnäytetyön tuotos on kuvamalli muistihäiriöisen ikäihmisen hoidosta. Kuvamalli on graafinen kaavio, joka muodostuu hoitoon liittyvistä rinnakkaisista ja peräkkäisistä työvaiheista. Hoitopolun kuvaus tehdään Pirkanmaan sairaanhoitopiirin terveyskeskuksille tekemän mallin mukaisesti. Kuvamalli tehdään sähköisenä versiona ja siihen liitetään ohje hoitoprosessin etenemisestä (ProDoc 2007). Tilaava organisaatio saa kaavion ja päivitysoikeudet (Saspe 2011, 14.)

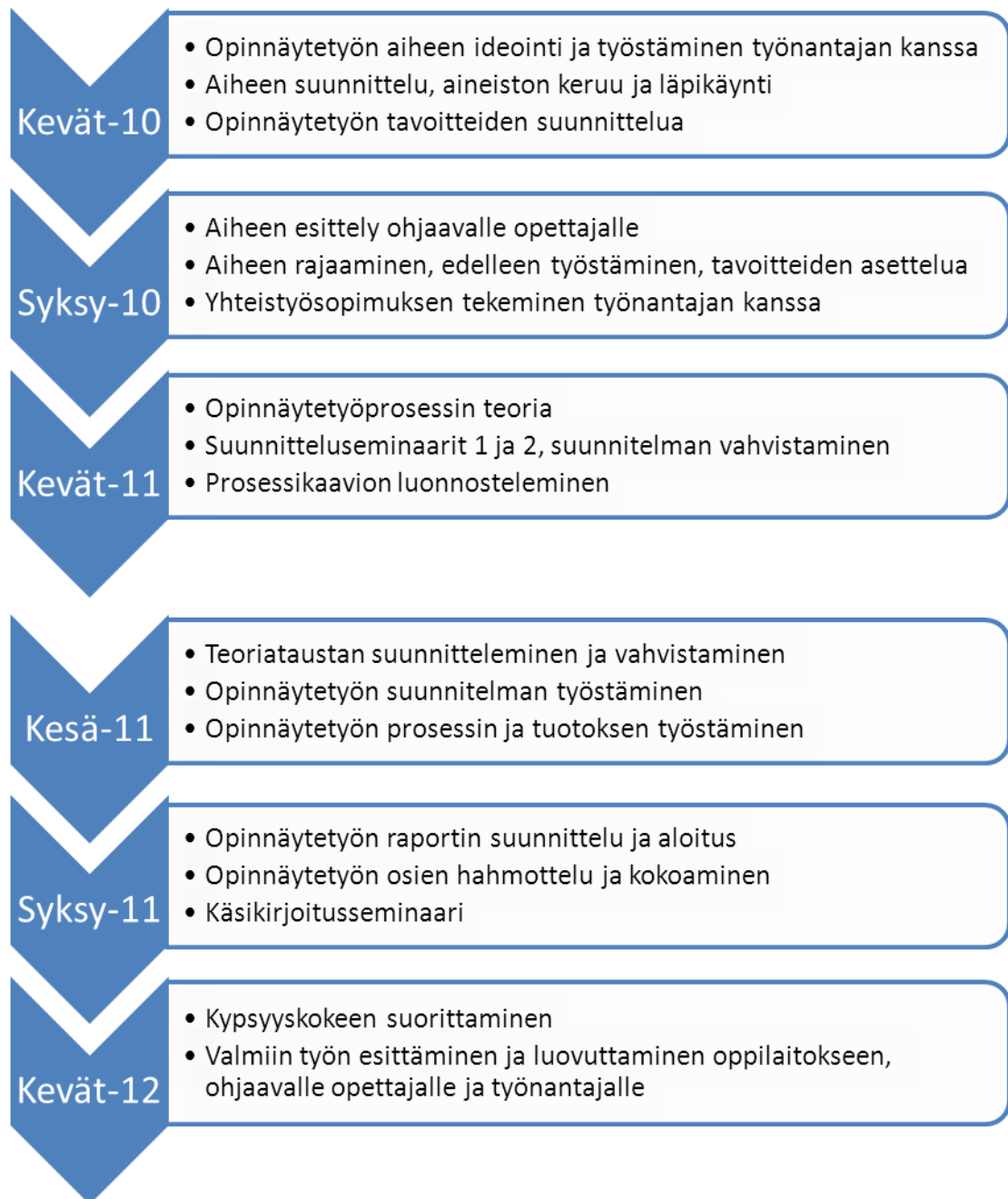
5 OPINNÄYTETYÖN PROSESSI

Toiminnallinen opinnäytetyö edellyttää tutkivaa ja kehittävää työskentelyotetta. Se näyttäytyy teoreettisen lähestymistavan ja toteuttamismenetelmän valintoina sekä arvioivana suhtautumisena omaan työskentelyyn. Opinnäytetyö etenee prosessimaisesti keskenään vuorottelevien osaprosessien kautta (Vilkkä & Airaksinen 2003, 42-43). Aiheen tulee olla perusteltu, käytännönläheinen ja yhteydessä työelämään. Aihe rajataan niin, että tekijä osoittaa omaa asiantuntijuuttaan ja hyödyntää olemassa olevaa tutkittua tietoa. Teoria- ja tietoperusta tulee esiin teoreettisessa viitekehyksessä edeten kuvaukseen tuotoksen aikaansaamisesta. Pohdinnassa arvioidaan opinnäytetyön kokonaisuutta, tavoitteiden saavuttamista ja mahdollisia jatkosuunnitelmia. (Vilkkä 2010). Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksen ja kirjallisen dokumentin tekeminen etenevät rinnakkain. Toiminnallisen opinnäytetyön kirjallisessa osassa kuvataan tuotoksen tekemisen prosessi (Vilkkä & Airaksinen 2003, 96).

Tuotokseen painottuvaa toiminnalliseen opinnäytetyöhön kuuluu useita eri tutkimuksellisia vaiheita, kuten ideointi, aiheen rajaus, sisällön suunnittelu, lähdeaineiston hankinta, analysointi ja arviointi, työmenetelmän käyttö, tuotoksen valinta, työn aikataulut, toteutus ja arviointi (Pohjannoro & Taijala 2007, 7). Tärkeänä osatekijänä opinnäytetyön tekemisessä on myös ohjaajan ja opiskelijan välinen vuorovaikutuksellinen dialogi. Ohjausprosessi on opiskelijan tukemista oppimiseen, ammatilliseen kasvuun ja itseohjautuvaan innovatiivisuuteen. Ohjaus kohdistuu prosessin aikana eri asioihin työn vaiheen, opiskelijan tarpeen ja ohjaavan opettajan näkemyksen mukaisesti. Ohjaaja valvoo työn aiheessa ja aikataulussa pysymistä, tukee sisällön rakentamista ja ohjaa tiedon käyttöä ehdotusten ja kysymysten avulla (Pohjannoro & Taijala 2007, 27-28; Kuvaja & Pietiläinen 2010, 24).

Toiminnallinen opinnäytetyö muistipolun kuvaamisesta on työelämälähtöinen mittatilaustyö. Se on alkanut tässä muodossa tammikuussa 2010 ja jatkuu kevääseen 2012. Opinnäytetyön prosessissa hyödynnetään hoitopolku työryhmää ja samalla sitoutetaan heitä kehittämistyöhön.

Kuvio 2 Opinnäytetyön prosessi ja aikataulutus:



Opinnäytetyön budjettiin lasketaan kopiointi- ja postituskuluja, matkakuluja ohjaukseen ja mahdollisiin konsultaatio käynteihin Taysiin ja koulupäiviin n. 200 €. Opinnäytetyön kansittamiseen varataan 25€. Työnantaja myöntää viisi palkallista opintopäivää sekä sallii tieto-, tulostus- ja kopiointikoneen käytön.

5.1 Opinnäytetyön tausta

Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyvät toiminnallisuus, teoreettisuus ja raportointi. Ammatillinen taito ja ammatillinen arjen teko yhdistyvät ammatilliseen tietoon, käsitteisiin, malleihin ja määritelmiin. Ne taas yhdistyvät tutkivaan tekemiseen ja tutkivan tekemisen raportointiin (Vilkkä 2010).

SOTEsin muistipoliklinikka, Muistipiste aloitti toimintansa perusterveydenhuollon muistipoliklinikkana vuoden 2007 alussa. Muistipisteen toimintaa suunniteltiin aiemmin vuonna 2006 ”Kokonainen elämä kotona” -hankkeessa (Kokonainen elämä kotona -hanke 2006, 5.) Vuosina 2007-2009 ”Muisti ja mieli”-hanke jatkoi muistihäiriöisten ikäihmisten hoidon kehittämistä alueella (Muisti - ja mieli-hanke 2009, 4.)

Muistihäiriöisen hoidon mallintaminen oli tarpeellinen perusterveydenhuollon toiminnan kannalta. Perusterveydenhuollon toteutusalue on laaja ja muistihäiriöisiä kohdataan ja muistitutkimusten tarvetta havaitaan monessa eri toimipisteessä. Yhtenäisen mallin avulla hoidonohjaus on mahdollista toteuttaa yhdenmukaisesti, ohjatusti ja tasalaatuisesti. Eri ammattikuntien välisen työn yhteensovittaminen helpottuu valmiin mallin ja ohjeen avulla. Hoitopolkuun tulee sisältyä mallin graafinen kuvaus ja kirjallinen osuus yksityiskohtaiseksi ohjeeksi. Tarkoitus on luoda selkeä työväline hoidonohjaukseen eri ammattiryhmille ja hoitoon osallistuville. Jokaisen muistihäiriöisen ikäihmisen hoitoon osallistuvan on mahdollisuus tarkastella mallia oman työnsä kannalta ja apuvälineenä. Myös asiakkaan ja omaisen on mahdollisuus löytää paikkansa tässä hoitopolussa aktiivisena osallistujana (Saspe 2009).

Opinnäytetyön taustalla oli tarve luoda malli muiden hoitopolkujen rinnalle muistihäiriöisen hoitopolusta. Polun avulla työtä tehdään aiempaa avoimemmaksi ja sitä kautta vahvistetaan muistityötä osana perusterveydenhuoltoa. Tämä palvelee koko organisaatiota, jossa muistihäiriöisten hoitoa on tuotu esiin palvelustrategiassa, joka pohjautuu valtakunnallisiin ohjeisiin vanhus-työn palveluiden laadusta (Sormunen 2008, 10).

5.2 Opinnäytetyön suunnittelu

Opinnäytetyön aiheen ideointi ja valinta aloittavat opinnäytetyön prosessia. Toiminnallisen opinnäytetyön aiheen tulisi olla ajankohtainen, omaan alaan liittyvä sekä tekijää ja lukijaa puhutteleva. Työnantaja opinnäytetyön toimeksiantajana herättää työelämän kiinnostusta ja aktivoi työn tekijää näyttämään osaamistaan. Opinnäytetyön kautta tekijä syventää omia tietojaan ja taitojaan, ottaa vastuuta ja vahvistaa ammatillista kasvuaan (Vilkkä & Airaksinen 2003, 10-17).

Opinnäytetyön aiheen ideointi alkoi opintojen alussa syksyllä 2009, jolloin Muistipisteen toimintaa pyrittiin laajentamaan. Tarkoituksena oli, että muistiasiakaiden hoito ja seuranta jatkuvat diagnosoinnin, lääkehoidon aloituksen ja alkuseurannan jälkeen suunnitellusti kotihoidon ja siellä muistiasioihin perehtyneen sairaanhoitaja toimesta. Työn ideaa mietittiin ja kirjattiin yhdessä silloisen koti- ja laitoshoidon johtajan sekä palvelupäälliköiden kanssa. Suunnitelman pohjana oli PSHP:n hoitoketjumalli ja käytännön työ muistihäiriöisten, omaisten ja hoitoon osallistuvien ammattihenkilöiden kanssa. Suunnittelussa oli alusta asti mukana myös PSHP:n yleislääketieteen vastualueen asiantuntijahoitaja, joka toi oman näkökulmansa ideointiin. Hänen ehdotuksestaan hoitopolun mallintamiseen perustettiin hoitopolkutyöryhmä. Ryhmää täydennettiin virkamuuatosten takia työn edetessä. Työryhmään kuului prosessin lopussa organisaation ylilääkäri, muistipoliklinikan geriatrit ja hoitajat sekä koti- ja laitoshoidon palvelupäälliköt ja laatupäällikkö. Ryhmän työskentelymuodoksi sovittiin kommentointi, arviointi ja palautteen anto sähköpostitse tai henkilökohtaisesti suoraan opinnäytetyön tekijälle, jonka vastuulle hoitopolun tekeminen tuli.

Sopimus opinnäytetyön tekemisestä työnantajan kanssa tehtiin syksyllä 2010 mutta varsinainen suunnittelu alkoi vasta 2011 keväällä opintojen edetessä vaiheeseen, jossa opinnäyteprosessi alkoi. Opinnäytetyön suunnitelma hyväksyttiin syyskuussa 2011.

5.3 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyö toteutetaan tutkimussuunnitelmassa esitetyllä tavalla. Toiminnallisessa opinnäytetyössä kirjallinen raportointi ja työn tekeminen kulkevat rinnakkain. Kirjallinen osuus perustuu prosessin aikana tehtyihin muistiinpanoihin ja opinnäytetyöpäiväkirjaan (Vilkkä & Airaksinen 2003, 65-70).

Opinnäytetyöprosessi eteni sivulla 21 esitetyn opinnäytetyön suunnitelman mukaan. Opinnäytetyö toteutettiin osana Muistipisteen muistihoitajan työtä ja opiskelua yhteistyössä muistihäiriöisen hoitoon osallistuvien ammattihenkilöiden, hoitopolkutyö- ja opiskeluryhmän kanssa. Työ eteni kevään 2010 ja 2012 välisenä aikana muun työorganisaation toiminnan ja lukujärjestyksen puitteissa. Työn aikataulu oli väljä ja tietoisesti vähän päivämääriin sidottu, koska jokainen hoitopolku työryhmäläinen antoi panoksensa oman työn ohella. Prosessin aikana suunniteltiin jatkuvasti uusia työmuotoja ja palveluja erityisesti ikäihmisille, joten työn toteutuksessa vaadittiin joustavuutta ja uusiin suunnitelmiin mukauttamista. Opintojen aikataulutus antoi hyvin tilaa työn suunnitteluun ja prosessointiin. Opinnäytetyön ohjaus toi selkeyttä ja tukea prosessin etenemiseen.

Prosessi oli kuitenkin jatkuvassa muutoksessa. Muistipisteen työtapoja muutettiin jatkuvasti organisaatiomuutosten ja ostopalvelusopimusten vuoksi. Vuoden 2010 alusta aloitti muistipoliklinikalla geriatriaan erikoistuva lääkäri, joka vastaanotti ja hoiti alueen muistiasiakkaita yhtenä iltapäivänä viikossa. Asiakkaat hänen vastaanotolleen ohjautuivat pääsääntöisesti muistihoitajan vastaanoton kautta. Tämä loi lisää lääkäripalvelua, mutta nyt muistihoitajan tuli huolehtia kahden lääkärin vastaanottojen täyttämisestä ja heille asiakkaiden tutkimisesta. Samaan aikaan muistitutkimuksina tehtävät pään kuvaukset siirtyivät yksityiseltä palveluntuottajalta Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä ostettaviksi. Tämä muutos aiheutti uusien työtapojen opettelua, ohjauksen ja muistipolun uudelleen organisoimista. Käypä hoito-suositus muistisairauksista, Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito päivitettiin elokuussa 2010. Tässä opinnäytetyössä ja hoitopolun rakentamisessa haluttiin pohjaksi uusi suositus.

Saspassa alettiin painottaa muistisairaiden jatkohoitoa kotihoidon avulla. Samalla suunniteltiin kotihoidon hoitajille muistihäiriöisen hoitoon liittyvää täydennyskoulutusta. Koulutusta suunniteltiin viiden iltapäivän koulutuksena muistihoitajan toimesta. Siinä tuli käydä läpi kotihoidon vastuualueita muistisairaana jatkohoidossa. Koulutusta ei päästy toteuttamaan, koska kotihoidon sairaanhoitajien toimenkuvien luominen oli kesken. Jatkohoito ei siirtynyt, mutta muutaman kotihoidon sairaanhoitajan kanssa muistiasiakkaiden jatkohoitoa kotihoidossa pilotoitiin onnistuneesti.

Kesäkuussa 2010 Muistipisteeseen ehdotettiin työpariksi toista muistisairaanhoitajaa. Organisaatiomuutosten vuoksi vapautui hoitajaresurssia, joka suunnattiin muistiasioiden hoitoon. Sairaanhoitajan toimenkuva muokattiin muistikoordinaattorin työnkuvaa vastaavaksi ja kutsuttiin muistiohjaajaksi.

Perusturvakuntayhtymä päätettiin purkaa 2012 alussa ja siirtyä Sastamalan kaupungin perusterveydenhuoltoon sosiaali- ja terveydenhuolto yhdistäen. Toimintoja siirrettiin kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueelle. Syksyllä 2011 rakentuminen oli vielä kesken, mutta olemassa olevia työmuotoja tuettiin jatkamaan ja kehittämään edelleen. Muistipolkua työstettiin mukautuvaksi organisaatioon.

Muistipolun tekemiseen osallistuivat vuodeosastojen, lääkäriasemien ja kotihoidon henkilökuntaa tietotaidollaan ja kommenteillaan. Työn vaiheita esiteltiin eri toimipisteissä ja kommentoitiin muistihoitajalle henkilökohtaisesti, sähköpostin ja sisäisen postin avulla. Yhteistyötahona toimi myös opinnäytetyötä ohjaava opettaja. Muistipisteen asiakkaiden ja omaisten mielipiteitä, kokemuksia ja ajatuksia kysyttiin asiakaspalautekyselyiden avulla ja niitä hyödynnettiin hoitopolun suunnittelussa ja eri palvelumuotoja mietittäessä.

Yhteistyö hoitopolkuun liittyen jatkuu Muistipisteen sidosryhmien kanssa jatkossakin, koska kehitystyö on jatkuvaa. Toteutuksessa otettiin huomioon hoitopolun rajaaminen koskemaan vain Muistipistettä, vaikkakin muistihäiriöisen hoitoon osallistuvat kaikki, jotka häntä kohtaavat esim. päivystysasemalla tai fysioterapeutin jumpparyhmässä.

5.4 Opinnäytetyön tuotoksen arviointi

Terveystieteiden toiminnallisilla opinnäytetöillä pyritään lähes aina suunnittelemaan ja kehittämään, organisoimaan ja toteuttamaan erilaisia toimintaympäristöön liittyviä toimintamalleja. Arvioinnilla tähdätään kokonaisuuden hyödyntämiseen. Arviointi on jatkuvaa, koko opinnäytetyön prosessin ajan mukana olevaa ja aivan lopussa tapahtuvaa kokonaisuuden kriittistä yhteenvedoa (Paija 2008, 12).

Opinnäytetyön suunnittelua ja etenemistä arvioitiin jatkuvasti ja kriittisesti hoitoketjutyöryhmän kanssa. Työryhmä seurasi vaiheiden etenemistä ja tuotosten muodostumista. Hoitopolun tuli niveltä arjen työhön sekä palvella siihen osallistuvia ja sen tulisi muuntua ja elää tarpeen mukaan. Arviointi paljasti opinnäytetyön tekemisen aikana mm. henkilöstön lisäkoulutustarpeita, eri painopistealueiden punnitsemista ja sisällön kehittämisen lisäämistä hoitopolkuun osallistuvissa työpisteissä. Arvioinnissa huomioitiin kaikkien työhön liittyvien, sivuavien työntekijöiden ja työryhmien osallistumista ja mukanaoloa koko prosessin ajan. Henkilöstön sitoutuminen tuotoksiin ja prosesseihin oli ensisijaista työn kokonaisarviointin kannalta. Arvioinnissa huomioitiin myös riskejä, joista esimerkkinä mm. sitoutumattomuus hoitopolkuun tai muistihäiriöisten ikäihmisten kokonaishoidon suuntaaminen vain Muistipisteessä tapahtuvaksi hoidon erikoisalaksi. Avoimen tiedotuksen avulla pyrittiin sitouttamaan henkilöstöä polkuun jokaisen oman työn osalta.

Balanced Scorecard eli BSC-malli on laajasti sosiaali- ja terveydenhuollossa käytetty strateginen ohjaus - ja arviointijärjestelmä. Se on monimuotoinen ja laaja-alainen menetelmä, mutta on tässä opinnäytetyössä mainintana ja lyhyesti esitelty työn aiheen arvioinnin ja mittaamisen välineenä (Marjamäki 2009). Perusterveydenhuollon strategisen suunnitelman muuttaminen käytännön toiminnaksi voidaan toteuttaa tasapainotetun mittariston, BSC -mallin avulla. Mittarin käytön tavoitteena on, että sairauksien hoito-ohjelmat on otettu käyttöön ja BSC -mittaristossa seurataan hoitopolkujen laatua:

Strategiset tavoitteet	Mittarit	Tavoitetaso	Seurannan tiheys ja taso
Hoidon vaikuttavuus ohjaa uusien tutkimus- ja hoitomenetelmien käyttöä sekä palvelurakenteiden kehittämistä	Hoitoketjujen laatu *Pisteytys 0-3	Hoitoketjujen laatu toteutuu tavoitteen mukaisesti (keskiarvo vähintään 3,5 pistettä asteikolla 0-4)	X 1 / vuosi, SHP ja toimialuetaso

Tavoitteena on että hoitoketju /-polku on

- 0 tehty yhteistyössä perusterveydenhuollon ja mahd. erikoissairaanhoidon kanssa
- 1 tehty moniammatillisessa työryhmässä
- 2 implementoitu tai sen implementoimiseksi on tehty koulutussuunnitelma
- 3 kaikkien asianosaisten saavutettavissa.

(Holmberg- Marttila 2008).

Seuranta ja arviointi jatkuvat edelleen opinnäytetyön valmiiksi saattamisen jälkeenkin, koska muistihäiriöisten ja heidän omaistensa kanssa tehtävä työ vaatii jatkuvaa hiomista sekä muutoksiin ja haasteisiin vastaamista. Opinnäytetyön tuotoksina syntyvää kuvamallia ja kirjallista työnkuvausta seurataan, tarkistetaan ja arvioidaan vuosittain, jotta niiden sisältö pysyisi ajan tasalla. Arvioinnin toteutuksesta huolehtii muistihoitaja.

6 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön valintaa on ohjannut työelämän tarve ja opiskelijan eli muistipisteen sairaanhoitajan motivaatio kehittää omaa työtään. Työn prosessia on vienyt eteenpäin opettajan antama ohjaus ja teoriataustan luoma malli. Raportti on muodostunut noudatellen oppilaitoksen antamaa ohjeistusta ja työelämästä nousevia malleja, joita myös tuotoksen teossa on hyödynnetty.

Tuotokseen painottuva opinnäytetyö muistipolusta on ollut työelämälähtöinen työ, joka palvelee opiskelijaa itseään, työnantajaa, yhteistyötahoja ja ennen kaikkea muistihäiriöisiä asiakkaita sekä heidän läheisiään ja omaisiaan. Opinnäytetyötä tekemistä on ohjannut tutkimuskysymykset. Teoreettisessa viitekehyksessä on vastattu kysymyksiin, mitä ikäihmisen muistihäiriö tarkoittaa ja millainen on toimiva hoitopolku. Siinä on haettu ja saatu vastauksia siihen, miten muistioireita kannattaa etsiä ja tunnistaa sekä mitä muistihäiriöisen tutkiminen hyödyttää. Opinnäytetyön prosessin kuvaus on näyttänyt, miten hoitopolku ohjaa käytännön hoitotyötä sekä miksi hoitoa ja kuntoutusta kannattaa suunnitella ja toteuttaa perusterveydenhuollon erikoistuneella muistipoliklinikalla.

Opinnäytetyön prosessin sovittaminen osaksi omaa käytännön työtään on ollut haasteellista. Rajaaminen ja työn eteenpäin vieminen yhdessä hoitopolkutyöryhmän, organisaatiomuutosten ja opettajan ohjauksen kanssa on vaatinut suostumista ja uudelleen hiomista. Suunnitelmia opinnäytetyön jatkamiseksi, eteenpäin viemiseksi ja laajentamiseksi on tullut erityisesti työnantajalta ja niihin on ollut vaikea vastata kieltävästi.

Opinnäytetyön prosessi on ollut melko pitkä ja aikaa vievä. Aika on samalla kuitenkin antanut tilaa työn prosessoinnille. Tuotosta on voinut testata jo käytännön työssä asiakkaiden ja yhteistyötahojen kanssa ja muotouttaa edelleen hoitopolkutyöryhmän kanssa. Tämä on vahvistanut valmiin polun toimivuutta käytännössä ja luotettavuutta hoitoprosessin kuvaajana. Hoitopolkua on esitellyt jo useille eri yksiköille, työryhmille ja poliittisille päättäjille.

Tuotokseen painottuvan opinnäytetyön tekeminen on ohjannut oman työn tarkasteluun. Omaa käytännön työtään joutui esittelemään, erittelemään ja perustelemaan yksityiskohtaisesti ja näyttöön perustuen. Yhteistyötä muistiasioilla eri hoitoyksiköiden ja yksittäisten työntekijöiden kanssa on suunniteltu, testattu ja toteutettu. Se on antanut vahvuutta ja perusteluvalmiutta kokonaisvaltaiseen muistihäiriöisen hoitotyöhön ja sitä tarvitaan seuraavaan esimerkkiin viitaten:

Muistipolun ollessa muutaman viikon ikäinen kävin eräällä osastolla muistiasiakkaani asioissa. Asiakkaalle oli ohjelmoitu seurantakäynti Muistipisteeseen samaan aikaan, kun hän oli osastolla. Ehdotin yhteistyötä vastuuhoitajalle asiakkaan ja omaisen kanssa. Vuodeosaston sairaanhoitaja ilmoitti, ettei aio arvioida potilaansa muistitilannetta vuodeosastojakson aikana, koska he hoitavat siellä nyt diabeteksen hoidon tehostusta. Vuodeosaston osastonlääkärinä toimi sama geriatri, joka hoiti myös muistipotilaiden polikliiniset vastaanotot ja seurantakäynnit. Kaikki muistiasioiden arviointi, seuranta ja omaisen haastattelu kuuluvat sairaanhoitajan mielestä muistipoliklinikalle; muistihoitajalle - ja ohjaajalle sekä geriatrille. Vuodeosastolta kotiutumisen jälkeen asiakas siis kutsuttiin erilliselle arviointikäynnille muistiasioissa sadan kilometrin päästä puolen tunnin käynnille ja saman lääkärin vastaanotolle.

Eettisesti on ollut haasteellista pitää yllä asiakkaan ja omaisen näkökulmaa, eli pitää polku asiakaskeskeisenä. Jatkossa oman työpisteen työn laadun ja vaikuttavuuden mittaaminen ja siihen mittareiden kehittäminen on välttämätöntä hoitopolun asiakaskeskeisyyden, arvioinnin ja käytännön työn tukemiseksi. Mittareita voi poimia muualta, jossa ne on koettu hyviksi ja laajentaa myöhemmin mahdollisesti koskemaan kaikkia ikäihmisten palvelu - ja hoitoketjuja Sastamalan alueella. Mittaamisen kehittäminen on opinnäytetyön jälkeen haaste arjen työlle.

Alkuvuodesta 2012 Satakunnan ammattikorkeakoulun sairaanhoitaja opiskelija tekee omana opinnäytetyönään Muistipisteen asiakkaille arviointilomakkeen ja toteuttaa vuosittaisen arviointityön. Arviointia on suunniteltu yhdessä

opiskelijan kanssa ja mietitty mitattavia asioista. Hänen suunnittelemansa lomake jää Muistipisteen käyttöön.

Hoitopolun kuvaamisen jälkeen jatkohoitoa aletaan viedä uudelleen suunnitellusti kotihoidon työntekijöille. Lääketieteellinen jatkoseuranta siirtyy vähitellen kokonaan perusterveydenhuollon lääkäreille pois Muistipisteen lääkäriltä. Prosessointityö alkaa keväällä 2012 ja siihen hallinnollista ohjausta tulee muistihoidajan suorittaessa lähiesimiehen erikoisammattitutkintoa. Oman ja muistiohjaajan toimenkuvien päivittäminen on myös organisaatiomuutoksen jälkeen välttämätöntä. Vastuualueiden rajaaminen, työn suunnittelu ja organisointi sekä arjen työn selkiyttäminen tukevat yksin työskentelevien asiantuntijahoitajien työssä jaksamista.

LÄHTEET

Bell, V. & Troxel, D.1994. The Best Friends Approach to Alzheimer's Care. <http://bestfriendsapproach.com/index.php>. Luettu 21.9.2011

Isola, A. 2009. Kanssakäyminen muistisairaahan henkilön kanssa. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. Tutkimusesittely 30.09.2009.

ETENE 2008. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan raportti. ETENE-julkaisuja 20. Vantaa.

Erkinjuntti,T 2010. Dementia käsite. Teoksessa Muistisairaudet. Porvoo. Duodecim. 86-90.

Erkinjuntti,T & Pirttilä T. 2010. Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen. Teoksessa Muistisairaudet. Porvoo. Duodecim, 142-164.

Holmberg-Marttila, D. 2008. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin hoitoketjuopas. Yleislääketieteen vastuualue, PSHP. www.pshp.fi. Luettu 22.7.2011.

Kaila, M. & Mäntyranta, T. 2006. Hoitosuosituksista hoitoketjuksi. Opas hoitoketjujen laadintaan ja toimeenpanoon. Suomalainen Lääkärisseura Duodecim. Helsinki 2006.

Kangasniemi, M. 2007. Monoliittisestä trilogiseen tasa-arvoon. Tasa-arvo hoitotyön etiikan tutkimuksessa. From monolithic to trilogical equality. Equality in nursing ethics research. Lääketieteellinen tiedekunta, hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Väitöstutkimus. Oulun yliopisto.

Karjula, M. 2011. Vuoden geriatri: Maisan teesit geriatriaan ja vanhustenhoitoon. Gerontologia 1/2011.

Karppi, P.& Nuotio, M. 2008. Geriatrien arviointi. Teoksessa: Geriatria-arvioinnista kuntoutukseen. Edita. Helsinki, 15-30.

Kataja, K. 2006. Prosessien mallintamisen periaatteet. Notaatiokäsikirja.

Kirk, A. 2008 Design of a multidisciplinary memory clinic using telehealth technology to serve a rural and remote population. European Journal of Neurology. Volume 15, Supplement 3, August 2008, 223.

Kokonainen elämä kotona -hanke 2006. KOKE- hankkeen loppuraportti. Sas-tamalan perusturvakuntayhtymä. Julkaisematon.

Koponen, H. & Leinonen, E. 2008. Iäkkään masennus: tunnistaminen ja hoito. Teoksessa: Geriatria-arvioinnista kuntoutukseen. Edita. Helsinki.131-143.

Koivisto, K. 2004. Oikeaa hoitoa, oikeaan aikaan - kohti toimivaa hoitoketjua. Teoksessa: Heimonen, S. & Tervonen S (toim.) Muistihäiriöt ja dementia-työn palapeli. Helsinki. Alzheimer Keskusliitto ry, 43-45.

Kuusisto L., asiantuntijahoitaja 2011. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Yleislääketieteen vastuualue. Haastattelu 18.11-11. Haastattelija Saarimaa, S.

Kuvaja, A. & Pietiläinen, H. 2010. Kilpirauhassyöpää sairastavan potilaan hoito isotooppilääketieteen keinoin. Prosessikaavion tuottaminen kilpirauhas-syövän radiojodihoidossa. Opinnäytetyö. TAMK. Theseus.

Käypä hoito-suositus 2010. Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ym. asettama työryhmä.

Lupsakko, T., Joinniemi, M., Karhu, K. & Remes, A. 2005. Muistipoliklinikka perusterveydenhuollossa- opas lääkäreille ja hoitohenkilökunnalle. Suomen dementiahoitoyhdistys. Kuopio.

Majamaa, K. 2010. Harvinaiset perinnölliset muistisairaudet. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Rinne J. & Soininen H. (toim.) Muistisairaudet. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki, 191-197.

Marjamäki, A. 2009. Vammalan Aluesairaalan koulutus. Kohti prosessilähtöistä palvelutuotantoa. 3.3.2009. Sastamala.

Muisti - ja mieli-hanke 2009. Muisti - ja mieli-hankkeen loppuraportti. Sastamalan perusturvakuntayhtymä. Julkaisematon.

Paetau, A., Kovanen, J., Haltia, M. & Kalimo, H. 2010. Prionotaudit. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Rinne J. & Soininen H. (toim.) Muistisairaudet. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki, 179-184.

Paija, L. 2008. Vältä projektisi sudenkuopat. Sosiaali- ja terveysviesti 2/2008, 12-14.

Palomäki, S-L. & Teeri, S. 2011. Ikäihmisten palvelujen kehittämisen etiikka. Gerontologia 1/2011, 49-53.

Pesonen H., terveystieteiden tohtorikoulutus-opiskelija. 2011. Elämä etenevän muistisairauden kanssa- laadullinen pitkittäistutkimus. Oulun yliopisto Haastattelu 14.6-11. Haastattelija Saarimaa, S.

Pirttilä, T.& Erkinjuntti, T. 2010. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja diagnoosi. Teoksessa Muistisairaudet. Porvoo. Duodecim, 121-141.

Pohjannoro, H. & Taijala, B. 2007. Näkökulmia toiminnalliseen opinnäytetyöhön. TAMK. Ammatillinen opettajakorkeakoulu. Opettajankoulutuksen kehittämishanke. Opinnäytetyö. Theseus.

ProDoc 2007. Prosessien kuvaaminen HUS-kuntayhtymässä. ProDoc-projektin loppuraportti. Helsinki.

PSHP 2010. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Hoitoketjut. Internet-sivusto. Luettu 19.7.2011.

Rahkonen, T. & Laurila, J. 2008. Äkillinen sekavuustila. Teoksessa: Geriatria-arvioinnista kuntoutukseen. Edita. Helsinki, 67 -79.

Rinne, J. 2010. Lewyn kappale tauti. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Rinne J. & Soininen H. (toim.) Muistisairaudet. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki, 159-164.

Rinne, J. & Remes A. 2010. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Rinne J. & Soininen H. (toim.) Muistisairaudet. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki. 165-171.

Routasalo, P., Arve, S., Aarnio, M. & Saarinen, T. 2003. Sairaanhoitajien ja perushoitajien hoitotyö iäkkään potilaan kuntoutumisen edistämässä. Tutkiva Hoitotyö. Vol.1, nro. 1, 24-28.

Routasalo, P. & Lauri, S. 2001. Iäkkään henkilön kuntoutumista edistävä hoitotyön malli. Gerontologia. Nro. 3, 207-216.

Ruutilainen, J. & Hämäläinen, P. 2010. MS-tauti. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Rinne J. & Soininen H. (toim.) Muistisairaudet. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki, 282-285.

Saspe 2009. Sastamalan perusturvakuntayhtymän seudullinen ikäihmispoliittinen strategia 2009-2013. Julkaisematon.

Saspe 2011. Sastamalan perusturvakuntayhtymän strategia vuoteen 2013.

Soininen, H. & Hänninen, T. 2010. Muistioireiden diagnostiikka. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Rinne J. & Soininen H. (toim.) Muistisairaudet. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki, 76-84.

Sormunen, S. 2008. Laadukkaat dementiapalvelut, opas kunnille. Stakes. Oppaita 72, Jyväskylä.

Suhonen, J. 2008. Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa. Suomen lääkirlehti 10/08. Suomalainen asiantuntijasuositus.

Suhonen, J., Rahkonen T., Juva K., Pirttilä, T. & Erkinjuntti T. 2010. Muistipotilaan hoitoketju. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Rinne J. & Soininen H. (toim.) Muistisairaudet. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki, 536-549.

Sulkava, R. 2003. Neurologiset sairaudet. Teoksessa: Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A. & Sulkava, R. (toim.) Geriatria. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki, 72-101.

Sulkava, R. & Eloniemi-Sulkava, U. 2008. Muistisairaudet. Teoksessa Geriatria-arvioinnista kuntoutukseen. Edita. Helsinki, 82-116.

SUMU, 2008. Suomen muistiasiantuntijoiden hoitosuositus. Muistihäiriöpotilaan kuntoutusmalli.

Tilvis, R. 2003. Vanhukset sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa: Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A. & Sulkava, R. (toim.) Geriatria. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki, 23-31.

Teeri, S. 2007. Ethical problems in long-term institutional care of older patients in the field of integrity. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja D osa 774. Turun yliopisto. Turku.

Teeri, S., Välimäki, M., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. 2008. Maintenance of patients integrity in long-term institutional care. Nursing Ethics 15(5), 523-535.

Terveysportti 2008: Hoitoketjut. Muistihäiriö ja -dementiapotilaan hoitoketju. http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=shp00809&p_haku=006.809 Luettu 11.6.2011.

Topo, P. 2006. Dementiaoireisten sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden tutkimus ja tutkijan ammattitaito. Teoksessa: Topo P, (toim.) Eettiset kysymykset vanhustenhuollon tutkimuksessa. Toim.. Stakes työpapereita 21/2006. Helsinki 2006, 24-29.

Topo, P., Sormunen, S., Saarikalle, K., Räikkönen, O. & Eloniemi-Sulkava, U. 2007. Kohtaamisia dementiahoidon arjessa. Havainnointitutkimus hoidon laadusta asiakkaan näkökulmasta. Vaajakoski. Gummerus kirjapaino Oy.

Tulonen-Tapio, J., Suni-Lahti M-L., & Seuna L. 2006. Etelä-Karjalan ja Kymenlaakson sairaanhoitopiirien hoitoketjuopas. Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto.

STM 2008. Sosiaali - ja terveysministeriö, Suomen kuntaliitto. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Julkaisuja 2008:3. Sosiaali - ja terveysministeriö, Helsinki.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

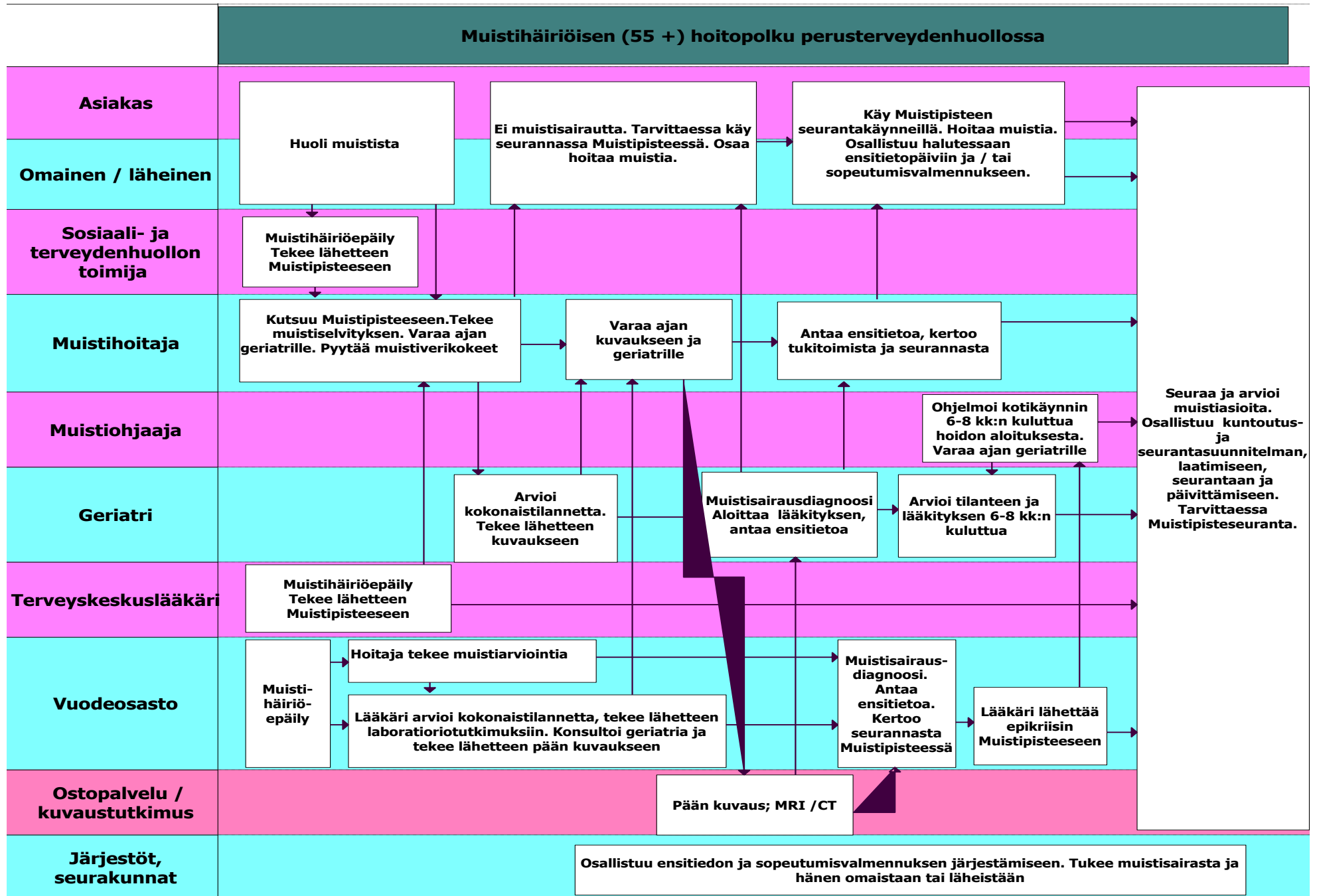
Vilka, H. 2010. vilka.fi/hanna/Toiminnallinen_ont.pdf. Toiminnallinen opinnäytetyö. VTT/Sosiologi Hanna Vilka. 12.2.2010. Luettu 11.6.2011.

Viramo, P. & Stranberg, T. 2010. Muistipotilaan yleishoito. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Rinne J. & Soinen H. (toim.) Muistisairaudet. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki, 498-502.

Voutilainen, P. toim. 2007. Laatu laatusuosituksella? Raportteja 2/2007. Stakes,Helsinki.

Voutilainen, P. 2008. Palvelujärjestelmän kehittäminen muistisairaiden ihmisten tarpeisiin. Muisti-lehti 3/2008, 12-14.

Tekijä ja työn nimi	Työn tarkoitus, tehtävät / ongelmat ja tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Kuvaja, A. & Pietiläinen, H. Kilpirauhassyöpää sairastavan potilaan hoito iso-tooppilääketeiden keinoin. Prosessikaavion tuottaminen kilpirauhassyövän radiojodihoidossa.</p> <p>Pesonen, H. Terveystieteiden tohtorikoulutusopiskelija. Elämä etenevän muistisairauden kanssa.</p>	<p>Tuottaa prosessikaavio kilpirauhassyöpää sairastavan potilaan hoitoprosessista radiojodihoidon aikana.</p> <p>Kuvailla ja ymmärtää sairastuneen ja läheisten näkökulmasta, mitä on elää etenevän muistisairauden kanssa.</p> <p>Tarve kehittää asiakaslähtöisiä ja kuntouttavia tukimuotoja muistisairaille ja heidän läheisilleen.</p>	<p>Tuotokseen painottuva opinnäytetyö TAMK, Tampere</p> <p>Laadullinen pitkätaik tutkimus. Kvalitatiivinen sisälön analyysi Oulun yliopisto Haastattelu, havainnointi ja dokumentit n=8 + 8 (8 potilasta ja 8 omaista) 3-5 haastattelua, 6-9 kk:n välein, potilasdokumentit, toimintakykyä ja mieliala kuvaavat tutkimukset.</p>	<p>Tuotos kokoaa yhteen radiojodihoidossa tarvittavat ohjeet prosessikaavioon.</p> <p>Elämä etenevän muistisairauden kanssa kuvataan yksilöllisenä prosessina, joka alkaa jo ennen sairauden diagnosoimista.</p>
<p>Pohjannoro, H. & Taijala B. 2007. Opettajankoulutuksen kehittämishanke. Näkökulmia toiminnalliseen opinnäytetyöhön.</p>	<p>Toiminnallisen opinnäytetyön periaatteiden selvittäminen</p>	<p>Tuotokseen painottuva opinnäytetyö Tapaustutkimus TAMK Ammatillinen opettajakorkeakoulu.</p>	<p>Toiminnallinen opinnäytetyö on työelämän kehittämistyö, johon kuuluvat tuotos ja raporttiosa</p>



Muistihäiriöisen (55+) hoitopolku perusterveydenhuollon muistipoliklinikalla

Sisällys:

1. Määritelmä.....	1
2. Tavoite.....	1
3. Arviointi, tutkimukset, hoito ja seuranta perusterveydenhuollosa.....	1
A. Muistihäiriön tutkiminen Muistipisteen kautta.....	1
B. Muistitutkimukset vuodeosastolla.....	10
4. Arviointi, tutkimukset, hoito ja seuranta erikoissairaanhoidossa.....	11
5. Hoitopolun arviointi.....	11
6. Hoitopolkutyöryhmän jäsenet.....	11

Muistihäiriöisen (55+) hoitopolku perusterveydenhuollon muistipoliklinikalla

1. Määritelmä

Hoitopolku koskee ikäihmisten (yli 55-v.) muistihäiriösairauden tunnistamista, tutkimista, diagnosointia, hoidon ja kuntoutuksen aloittamista sekä seurantaa Sastamalan seudun sosiaali- ja terveystalveluiden, SOTESin muistipoliklinikalla, Muistipisteessä.

2. Tavoite

Hoitopolun tavoitteena on:

- parantaa ikääntyvien alkavan muistihäiriön tunnistamista ja varhaista tutkimukseen / hoitoon hakeutumista
- yhtenäistää muistiasioden tavoitteellista selvittelyä eri toimipisteissä moniammatillisesti ja yhteistyössä omaisten kanssa
- tehostaa muistisairauksien diagnosointia, hoitoa, seurantaa ja kuntoutusta
- ottaa käyttöön yhtenäinen hoidon toimintaohje ja apuvälineet muistiasian seurantaa varten

3. Arviointi, tutkimukset, hoito ja seuranta perusterveydenhuollossa

A. Muistihäiriön tutkiminen Muistipisteen kautta

Muistipiste on perusterveydenhuollon muistipoliklinikka. Palvelut on tarkoitettu kuntien muistioireisille ja heidän omaisilleen / läheisilleen. Muistipisteessä tehdään muistitutkimuksia, järjestetään jatkotutkimuksia ja seurataan hoitoa. Yhteistyötä tehdään hoitoon osallistuvien ammattihenkilöiden ja omaisten kanssa. Muistipisteessä toimivat muistihoitaja ja - ohjaaja (sairaanhoitaja) sekä muistilääkärit (geriatri) työpareina.

1) Muistihoitajalle varataan aika muistitilanteen arviointia, keskustelua tai muistineuvontaa varten.

Yhteydenoton perusteella asiakkaalle varataan aika muistiselvityksiin muistihoitajalle ja toimitetaan etukäteen muistikyselyt asiakkaalle ja omaiselle.

2) Muistihäiriön selvittely muun terveydenhuollon toimijan kautta

Muistihoitajan ja muistilääkärin vastaanotolle voi tulla lääkärin tai hoitajan läheteellä. Lähetteen perusteella asiakkaalle lähetetään kutsukirje.

Se sosiaali- ja terveydenhuollon toimija, jolla herää epäily muistihäiriöstä tai jolle asiakas tai hänen omaisensa esittää huolensa muistista käynnistää selvittelyn. Hän tekee lähetteen, hoidonohjauksen tai antaa yhteystiedot Muistipisteeseen, kun epäilee ikäihmisellä tai asiakas itse /omainen epäilee muistihäiriötä.

Muistioireiden tunnistamiseen ja vaikeusasteen arviointiin käytetään havainnointia, haastattelua ja tarvittaessa MMSE (Mini Mental State Examination)-testiä.

1. Ydinkysymyksiä:

- onko muistin vuoksi vaikeuksia selviytyä arkitoimissa?
- onko erityisesti lähimuistin häiriö?
- onko muutoksia käyttäytymisessä, luonteessa tai mielialassa?
- miten oireet ovat alkaneet; äkillisesti vai hitaasti?
- onko muistioireita edeltänyt jokin sairaus, elämänmuutos tai delirium?
- mikä on omaisen/läheisen mielikuva muistiasiasta?

2. MMSE-testi

- 25-30 normaali tulos tarv. seuranta tai Muistipisteen konsultaatio
- alle 25 pistettä omalääkärin konsultaatio tai lähete Muistipisteeseen

Keskeiset lähetetiedot

Lähete Muistipisteeseen hoitajalle / lääkärille:

1. Pegasoksen YLE- tai GERI-lehdelle
2. HOI2:lle ja Pegasospostissa ilmoitus muistihoidajalle
3. Kirjallinen lähete
4. Huomioi muistiverikokeet

B-PVK, P-K, -Krea,- Na, T4-V, TSH, ALAT, fP-Gluk, -Kol-LDL, S-Ca-ion, B
12-vit, folaatti

Lähetteen sisältöä:

- esitiedot, perustatus, elämäntilanteen kuvaus, MMSE-pisteet
- muistioireet, alkamisajankohta ja kuvaus oireiden etenemisestä
- mahdolliset sairaudet, lääkitys ja laboratoriovastaukset
- arvio toimintakyvystä ja sen muutoksista
- omaisten näkökulma
- turvaverkosto tai ammatillinen vastuhenkilö

Lähettävä työntekijä voi tehdä CERAD-tutkimuksen sekä antaa asiakkaalle ja omaiselle muistikyselyt. Ne toimivat lähetteen liitteinä Muistipisteeseen ja niiden perusteella muistihoitaja kutsuu asiakkaan kirjeitse suoraan muistilääkärin 1. vastaanotolle.

Muistihäiriön selvittelyyn liittyviä Muistipisteen vastaanottoja on useita, joiden sisältöä on kuvattu määritelmässä tarkemmin.

Muistihoidajan työ ennen vastaanottoa:

- vastaanottaa lähetteen ja varaa ajan muistiselvityksiin hoitajalle tai lääkärille
- postittaa ajanvaraus- ja saatekirjeet, muistikyselyt – ja mielialakyselyt
- tarkistaa laboratoriokäynnit ja / tai tekee lähetteen. Informoi asiakasta ja omaista verikokeista tai pyytää kotihoitoa ottamaan kokeet
- VARMISTAA SAATTAJAN MUKAANTULON VASTAANOTOLLE

Muistihoitajan 1. vastaanotto:

Vastaanoton tarkoituksena on selvittää asiakkaan muistitilannetta ja arvioida muistilääkärin vastaanoton tarvetta. Jos arviointi ei anna aihetta jatkoselvittelyyn, asiakas ohjataan muualle hoidon piiriin tai muistin uusintatestaukseen.

- haastattelee asiakasta ja omaista ja arvioi muistikyselyjä
- tarkistaa verikokeet tai tekee lähetteen laboratorioon
- tekee muistitutkimuksia (CERAD, MMSE), toimintakyky- ja mieliala-arviointia (IADL, ADL, CDR, GDS-fast, Nosger, TMT) ja (GDS 15/30, DEPS, BDI)
- kertoo testituloksesta asiakkaalle ja omaiselle
- tekee yhteenvedon käynnistä Geri-lehdelle

A

- varaa ajan muistilääkärille arviointia varten, ohjeistaa käyntiä
- tekee yhteenvedon käynnistä Geri-lehdelle ja toimittaa sen lääkärille
- VARMISTAA SAATTAJAN MUKAANTULON

B

- antaa muistin hoito- ja huolto-ohjeita
- ohjaa jatkohoitoa ja tarv. uusintatestaukseen
- ohjaa omalääkärille tai muualle

Muistilääkärin 1. vastaanotto (muistihoitaja on mukana vastaanotolla)

Muistilääkärin vastaanotto on CERAD - tutkimuksen ja muiden alkuselvitysten jälkeen. Muistilääkäri tarvitsee tiedot tehdyistä tutkimuksista.

Vastaanoton tarkoitus on arvioida asiakkaan tilannetta yhteistyössä omaisten kanssa ja päättää tarvittavista jatkoselvittelyistä.

Muistilääkäri:

- haastattelee asiakasta ja omaista
- arvioi neurologisen tilanteen, sairauksia, niiden hoitoa, lääkityksiä, laboratoriolöydöksiä ja ajokykyä
- arvioi testejä ja kyselyjä sekä kertoo niistä asiakkaalle ja omaiselle
- päättää pään kuvantamistutkimuksesta (MRI tai CT) tai jatkoseurannasta
- sanelee lähetteen kuvaukseen

Muistihoitaja:

- hoitaa kuvausjärjestelyt
- ohjeistaa kuvauksesta asiakasta ja omaista suullisesti ja kirjallisesti
- varaa ajan lääkärille kuvaustuloksen kuulemista varten
- hoitaa lähetteen kuvaavalle yksikölle
- VARMISTAA SAATTAJAN TAI OMAISEN MUKANAOLON

Muistilääkärin 2. vastaanotto (muistihoitaja on mukana vastaanotolla)

Vastaanotto on pään kuvauksen jälkeen, kun lausunto ja kuvat ovat valmiita. Tarvittaessa muistilääkäri konsultoi neurologia, neuroradiologia tai muuta erikoissairaanhoidoa tai lähettää jatkotutkimuksiin.

Vastaanoton tarkoitus on selvittää asiakkaalle ja omaiselle kuvalöydöksiä ja mahdollista muistisairautta ja aloittaa tarvittaessa lääkitys.

Muistilääkäri:

- kertoo kuvauslöydöksestä asiakkaalle ja omaiselle
- katsoo ja arvioi kuvaustulosta ja lausuntoa

A

- kertoo poikkeavasta kuvauslöydöksestä sairaudesta ja diagnoosista
- päättää seurannasta / jatkotutkimuksista
- aloittaa ja lääkityksen
- kertoo hoidosta ja seurannasta
- peruuttaa tarv. ajoluvan
- kertoo etuisuuksista ja tekee lausunnot
- kartoittaa tukitoimia ja ohjaa niihin

B

- kertoo normaalista kuvasta
- ohjaa uuteen testiin tai muuhun hoitoon

Muistihoitaja

A

- antaa tietoa muistisairaudesta
- ohjaa ja neuvoo lääkityksen käytössä, muistin hoidossa ja vuorovaikutuksessa, kertoo hoidosta ja seurannasta Muistipisteessä tai kotihoidossa
- ohjaa tukitoimien hakemisessa, palvelu-ohjaajalle tai kotihoidon ohjaajalle
- tekee tarv. lähetteen päivätoimintaa
- neuvoo lomakkeiden täyttämässä ja tekee lausuntoja ja arviointeja
- antaa ajanvarauksella neuvontaa

B

- ohjaa ja neuvoo muistin hoidossa ja huollossa
- kutsuu uuteen tutkimukseen tai ohjaa varaamaan aikaa itse jatkossa

Muistilääkärin 3. vastaanotto on seuranta- ja arviointikäynti, jossa muistiohjaaja, kotihoidon vastuuhoidaja on vastaanotolla.

3. vastaanotto on 6-8 kuukautta lääkehoidon aloituksesta. Muistiohjaaja varaa ajan kotikäyntiä ja muistilääkärin vastaanottoa varten ja kutsuu omaisen vastaanotolle.

Ennen vastaanottoa muistiohjaaja tai vastuuhoidaja tekee kotikäynnin:

- 1) haastattelee asiakasta: kysyy kuulumisia, arvioi yleisvointia ja arkitoimissa selviytymistä, lääkkeen sopivuutta, muisti- ja mielialatilannetta.
- 2) haastattelee omaista: kysyy tukimuodoista, käytetyistä kotiavuista ja karroitetaan omaisten jaksamista ja hyvinvointia.

Tarvittaessa arvioidaan uudelleen CDR, GDS-fast, Nosger ja GDS-15.

Ennen muistilääkärin vastaanottoa muistiohjaaja tai kotihoidon vastuuhoidaja tekee asiakkaalle MMSE- ja kellotestin. Yhteenveto kirjataan GERI-lehdelle ja lomakkeet otetaan mukaan muistilääkärin vastaanotolle.

Vastaanotolla muistilääkäri, muistiohjaaja tai vastuuhoitaja:

- haastattelevat asiakasta ja omaista
- varmistavat lääkityksen sopivuuden ja annostuksen
- arvioivat muiden sairauksien ja lääkitysten kokonaisuutta
- varmistavat lääkekorvaus- ja hoitotukiasiat
- kartoittavat käytösoireita, ajokykyä ja omaisen jaksamista
- arvioivat omaisen kanssa tuen ja avun tarvetta
- päivittävät hoito - ja kuntoutussuunnitelmaa ja antavat siitä kopion mukaan
- ohjaavat asiakasta ja omaista jatkohoidossa oman alueen lääkärin vastaanotolle ja oman alueen kotihoitoon

Lääkäri

- tarvittaessa tekee B tai C-tod lääkekorvaus ja hoitotukiasioissa
- muuttaa tai korjaa lääkeannoksia
- arvioi kokonaisterveydentilaa ja pyytää tarv. lisätutkimuksia
- peruu tarv. ajoluvan

Hoitaja

- keskustelelee arjesta, liikkumisesta, apuvälinetarpeesta ja päivä- ym. toiminnasta
- ohjaa ja auttaa tukitoimien hakemisessa

Muistipisteen henkilökunta on asiakkaiden, omaisten ja yhteistyötahojen tavoitettavissa muistiasioissa. He osallistuvat ensitietopäivien ja sopeutumisvalmennuksen suunnitteluun ja toteutukseen muistiyhdistyksen ja vapaaehtoisten toimijoiden kanssa. Palveluiden kartoittamisessa ja hakemisessa Muistipiste palveluohjaaja ja sosiaalityöntekijä tekevät yhteistyötä.

3. käynnin jälkeen muistiasioden seuranta jatkuu muistiohjaajan, geriatrin, oman alueen lääkärin ja kotihoidon henkilökunnan tekemäksi.

Muistiohjaaja tai kotihoidon hoitaja:

- saa pyynnön tai epikriisin ja ohjelmoi kotikäynnin
- varmistaa omaisen mukanaolon
- postittaa ajanvarauskirjeen ja tutustuu tilanteeseen etukäteen

Fyysinen vointi:

- huomioi kokonaisvaltaisesti sairauksia ja niiden hoitoa, fyysistä toimintakykyä sekä terveyspoikkeamia
- arvioi liikkumista, apuvälineiden käyttöä ja tarvetta ja ohjaa kunnan hoitoa
- kyselee ruokailuista; tekee tarv. MNA-testin ja järjestää ravitsemuspalvelua
- kyselee mahd. kiputiloista ja niiden hoidosta
- kyselee virtsaamiseen ja ulostamiseen liittyviä asioita ja kartoittaa niiden vaikutuksia arkeen. Ohjaa suojiin käytössä ja hankkimisessa.
- arvioi lääkityksiä yhteistyössä lääkärin kanssa
- arvioi lääkeannostelua ja yhteistyötä kotihoidon tai apteekin kanssa

Tarv. varaa ajan oman alueen lääkärille tai geriatrille**Psyykinen vointi:**

- kyselee mielialasta ja mielen hyvinvoinnista
- kartoittaa mielialaa haastatellen (tarv. GDS-testi) ja käytösoireita muistisairauteen liittyen (tarv. CMAI tai muita arviointeja)
- kartoittaa nukkumista ja vuorokausirytmää
- arvioi psyykkistä toimintakykyä suhteessa arkiselviytymiseen
- kyselee harrastuksista, mielenkiinnon kohteista ja niiden ylläpitämisestä

Tarv. ohjaa mielenterveysohjaajalle, omalle lääkärille, psykiatrin tai geriatrin luo psyykkiseen tilanteeseen / uniongelmiin liittyvissä asioissa**Sosiaalinen tilanne:**

- varmistaa lääkkeiden korvattavuuden ja hoitotuen määrän
- auttaa todistusten/lausuntojen hankkimisessa ja lomakkeiden täyttämässä
- varaa aikaa oman alueen lääkärille lausunto-, lähete tai kuntoutusasioissa
- selvittää kuljetustukiasioita ja auttaa kuljetustuen hakemisessa
- kartoittaa kodin ulkopuolista elämää, tarvetta ja tekee lähetteen mm. päivätoimintaan sekä arvioi omaishoitajuutta ja sen syntymisen perusteita
- keskusteleee hoitotestamenttiin /- tahtoon, edunvalvontaan liittyvistä asioista ja auttaa asioiden eteenpäin viemisessä

Tarv. konsultoi lääkärää, kotihoidon ohjaajaa, palveluohjaajaa tai sosiaalityöntekijää asiakkaan tilanteesta.

Muistitilanne:

- arvioi asiakkaan muisti- ja lääkitystä voinnin ja omaishaastattelun avulla
- kyselee ajokykyasioista ja varaa tarv. aikaa geriatrille
- arvioi muistin vaikutusta toimintakykyyn (CDR, GDS-FAST ja NOSGER- kyselyt) avulla ja aktivoi osallistumaan arkikuntoutumiseen

Tarv. konsultoi muistihoitajaa, oman alueen lääkäriä tai geriatria.

Läheisen tilanne:

- keskusteleo omaisen kanssa perheen kokonaistilanteesta
- arvioi omaisen vointia ja jaksamista keskustellen (Zarit-Burden-kysely)
- kartoittaa palvelutarvetta; kotiavun, päivätoiminnan ja intervallihoitoa
- arvioi perheen työnjakoa ja tukiverkoston
- ohjaa vuorovaikutusta ja omanarvontunnon / omatoimisuuden säilyttämisessä, antaa ohjausta sairauden eri vaiheissa ja muistihäiriöisen hoitopolulla
- ohjaa ensitieto- ja vertaisryhmään, sopeutumisvalmennukseen tai muistiyhdistykseen ja kolmanteen sektoriin ja kartoittaa omaisen kanssa tukimuotoja
- auttaa sopeutumisvalmennukseen hakemisessa

Konsultoi yhteistyötahoja, vapaaehtoistoimijoita tai muistiyhdistystä omaisen tukemiseksi. Kotikäynti kirjataan GERI- lehdelle.

Laitokseen, hoitokotiin tai tuettuun asumiseen siirtyvien asiakkaiden muistiasioiden hoito jatkuu hoitopaikassa. Tarvittaessa Muistipisteen henkilökunta antaa konsultaatioapua ja järjestää seurantakäynnin Muistipisteeseen tai kotikäynnin.

B. Muistitutkimukset vuodeosastolla

Muistitutkimuksia voidaan käynnistää vuodeosastohoidon aikana, jolloin muistiselvityksiä tekee vuodeosaston henkilökunta. Vuodeosastolta voidaan lähettää Muistipisteeseen jatkoselvittelyä varten. Lähetteenä toimii jakson epikriisi, joka lähetetään muistihoitajalle.

Vuodeosaston hoitaja:

- tekee MMSE tai CERAD-tutkimuksen ja antaa muistikyselyt täytettäväksi
- neuvottelee testeistä ja kyselyistä osaston lääkärin kanssa
- varaa CT tai MRI -kuvaukseen ajan muistihoitajan kautta
- kertoo kuvauksesta potilaalle ja auttaa esitietolomakkeen täyttämässä
- saattaa potilaan kuvausvaunuun
- antaa ensitietoa muistisairaudesta potilaalle ja omaiselle, kotiutuessa mukaan Muistipisteen yhteystiedot ja kertoo muistiasioiden seurannasta
- informoi kotihoitoa muistiasioiden hoidosta ja lääkityksestä
- toimittaa kuvauslausunnon potilastietojärjestelmään

Vuodeosaston lääkäri:

- pyytää muistiverikokeet, arvioi muita sairauksia ja lääkityksiä sekä laboratoriolöydöksiä ja neuvottelee muistilääkärin kanssa
- tekee lähetteen kuvaukseen ja kertoo löydöksestä potilaalle ja omaiselle
- aloittaa muistilääkityksen
- tekee C-lausunnon hoitotuen hakemista varten
- pyytää geriatria tekemään B-lausunnon lääkekorvaavuuden saamiseksi
- lähettää epikriisin Muistipisteeseen

Osastolla aloitettujen muistitutkimusten jälkeen potilas siirtyy Muistipisteen asiakkaaksi. Muistiasioita seurataan myös vuodeosastojaksoilla.

4. Arviointi, tutkimukset, hoito ja seuranta erikoissairaanhoidossa

Erikoissairaanhoidon muistipoliklinikan tehtävänä on muistisairauden diagnosointi työikäisillä ja työiän ylittäneillä, esim. neurodegeneratiivisissa muistisairauksissa tai toiminnallisissa neurologisissa tiloissa.

Erikoissairaanhoidon muistipoliklinikan perustyö noudattaa samoja periaatteita kuin perusterveydenhuollossa. Testien ja tutkimusten lisäksi käytettävissä on neuropsykologin, psykologin ja neurologin konsultaatio ja vastaanotto sekä diagnostiikan tukena perusterveydenhuoltoa laajemmat kuvantamisen mahdollisuudet. Lisäksi erikoissairaanhoidolla on käytettävissä muiden erikoissairaanhoidon alojen laaja osaaminen mm. oheissairauksien hoidossa. Erikoissairaanhoido tukee perusterveydenhuollon kykyä huolehtia muistisairaiden diagnostiikasta, hoidosta ja kuntoutuksesta erityisesti konsultaatioavun kautta.

5. Hoitopolun arviointi

Hoitopolkua arvioidaan ja seurataan säännöllisesti. Polkua päivitetään aina, kun työtavoissa tulee tarvetta muutokseen tai työtapo muuttuu ulkoisista syistä. Hoitopolkutyöryhmä käyttää arvioinnissa hoitosuositusten arviointiin laadittua lomaketta. Hoitopolun päivityksestä huolehtii muistihoitaja. Vuosittain arvioidaan muistipolun toteutumista mm. asiakkaille ja omaisille suunnatun asiakaskyselyn avulla.

6. Hoitopolkutyöryhmän jäsenet

Lääkäri Mika Anturaniemi, ylilääkäri, geriatri Urpo Hautala, muistiohjaaja Helena Huhtala, laatupäällikkö Marja-Leena Parto-Koski, lääkäri Susanna Riutala, palvelupäällikkö Marketta Roinisto, muistiohjaaja Helena Huhtala, muistihoitaja Sari Saarimaa, Sastamalan kaupunki

Asiantuntijahoitaja Leena Kuusisto, PSHP / yleislääketieteen vastuualue