

MUISTIKOORDINAATTORI-
TOIMINTA MUISTISAIRAAN
TURVALLISEN KOTONA
ASUMISEN TUKENA

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Sosiaali- ja terveysalan
kehittäminen ja johtaminen,
(Ylempi AMK)
Opinnäytetyö
Kevät 2018
Karoliina Dufva
Riikka Nieminen

Lahden ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtaminen

DUFVA, KAROLIINA
NIEMINEN, RIIKKA:

Muistikoordinaattoritoiminta
muistisairaana turvallisen kotona
asumisen tukena

93 sivua, 11 liitesivua

Kevät 2018

TIIVISTELMÄ

Muistisairaudet ovat suurin syy tehostettuun palveluasumiseen päätymiseen. Ympäri vuorokautisen hoivan kustannukset ovat korkeat ja valtaosa asiakaspaikoista kohdentuu muistisairaille. Palvelurakennetta tulisi uudistaa. Muistisairaana hoitoprosessi on Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän alueella hyvin järjestetty diagnosointiin ja heti diagnoosin jälkeiseen ohjaukseen ja neuvontaan asti. Muistikoordinaattori on sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilainen, jonka työpanoksella on näytetty olevan vaikutusta laitoshoidon siirtymistä viivästäessä.

Tämän tutkimuksellisen kehittämishankkeen tarkoituksena on edistää muistisairaana tarkoituksenmukaista sosiaali- ja terveystieteiden käyttöä kotiin vietävän muistikoordinaattoritoiminnan avulla. Tavoitteenamme on kartoittaa, miten muistikoordinaattoreiden työ on organisoitu Suomessa ja mitä työ sisältää sekä kuvata Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän Geriatrisen keskuksen palveluihin muistikoordinaattorin kotiin vietävä palvelu osana muistisairaana hoitoprosessia. Kartoitimme muistikoordinaattoreiden työn sisältöä ja järjestämistä sähköpostikyselyllä.

Kyselytutkimuksen tulosten perusteella esitämme muistikoordinaattoritoiminnan kehittämistä Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän alueella Käypä hoito -suositusten mukaiseen suuntaan. Tuloksissa korostuu muistikoordinaattorin rooli muistisairaana ja läheisen kokonaisvaltaisena tukijana ja ongelmien ennakkoijana sekä ratkaisijana. Muistikoordinaattoritoiminnan tehtävänä on edistää muistisairaana turvallista kotona asumisen jatkumista. Mallinsimme muistikoordinaattorin työpanoksen osaksi Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän muistisairaana hoitoprosessia käyttäen IMS-toimintajärjestelmää.

Jatkotutkimuksen aiheena muistikoordinaattorin työn kustannusvaikuttavuus olisikin varmasti ajankohtainen ja tärkeä aihe.

Avainsanat: muistikoordinaattori, muistisairaus, palveluohjaus, kotiin vietävät palvelut

Lahti University of Applied Sciences
Master's Degree Programme in social and health care development and
management

DUFVA, KAROLIINA
NIEMINEN RIIKKA:

Case manager in dementia services
supporting safe home living of people
with dementia

93 pages, 11 pages of appendices

Spring 2018

ABSTRACT

The major reason for utilizing community care for older people is dementia and the costs of the long-term placements are high for round-the-clock services. The social and health care service structure should be reformed. In Päijät-Häme, the process of a person with dementia is well organized from the first examinations, diagnosis, to providing further guidance and information. The Case manager in dementia is a social and healthcare professional, who is shown to have an important role in supporting patients and prolonging the need to enter to long-term placements.

The purpose of this research development project is to promote appropriate use of social and healthcare services of persons with dementia. Our goal was to find out how the work of the Case manager in dementia has been organized in Finland and what the work involves. Our other goal was to describe and include the work of the Case manager in dementia to the treatment process of patients with dementia in Päijät-Häme. We mapped the content and how the work is organized through an e-mail survey.

Based on the results of the questionnaires, we will present the development of the Case manager in dementia services in Päijät-Häme social and healthcare, according to the recommendations. The results emphasize the role of the Case manager, being a holistic support for patients and their families, as a forerunner and solver of problems. The task of Case manager in dementia is to support safe home living of people with dementia. We modeled the role of the Case manager into the Päijät-Häme social and healthcare group service process using the IMS-operating system. For further research we suggest a study of the cost effectiveness of Case manager in dementia.

Key words: Case manager in dementia, dementia, case management, services to support home living

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	KEHITTÄMISHANKKEEN TAUSTA, TARKOITUS JA TAVOITTEET	8
2.1	Kehittämishankkeen tausta	8
2.2	Geriatrinen keskus ja muistipotilaan hoitoprosessi	9
2.3	Kehittämishankkeen tarkoitus ja tavoitteet	12
3	MUISTISAIRAUDET	14
3.1	Muistisairauksien vallitsevuus	14
3.2	Yleisimmät muistisairaudet	15
3.3	Muistitutkimukset	19
3.4	Muistisairaudesta johtuva kotona asumisen vaarantuminen	20
4	MUISTISAIRAAN PALVELUIDEN JÄRJESTÄMINEN	24
4.1	Laki ja suosituksia muistisairaahan hoidosta	24
4.2	Muistisairauksien vaikutus kustannuksiin sosiaali- ja terveydenhuollossa	27
5	MUISTIKOORDINAATTORITOIMINTA	31
5.1	Muistikoordinaattoritoiminnan kehittyminen	31
5.2	Muistikoordinaattorin toimenkuva	32
5.3	Muistisairaahan palveluohjaus muistikoordinaattorin työkaluna	35
6	TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISMENETELMÄT	40
6.1	Kehittämishankkeen aikataulu	40
6.2	Tutkimukselliset kehittämismenetelmät	42
6.3	Aineiston keruu	45
6.4	Aineiston analyysi	47
7	KYSELYN TULOKSET	50
7.1	Taustatiedot	50
7.2	Asiakkaiden ohjautuminen muistikoordinaattorille	51
7.3	Muistikoordinaattorin työn sisältö	52
7.4	Moniammatillinen yhteistyö	59
7.5	Muistikoordinaattoreiden näkemys työn vaikutuksesta muiden sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttöön	61

7.6	Asiakasryhmät	62
7.7	Muistikoordinaattorin tärkeimmät toimenpiteet	64
7.8	Työn kehittäminen	68
8	IMS-MALLINNUS MUISTIKOORDINAATTORIN TYÖPANOKSESTA OSANA PÄIJÄT- HÄMEEN HYVINVOINTIKUNTAYHTYMÄN MUISTIPOTILAAN HOITOPROSESSIA	72
9	YHTEENVETO	75
9.1	Kehittämishankkeen tulosten pohdinta	75
9.2	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	79
9.3	Jatkokehitysehdotukset	83
	LÄHTEET	84
	LIITTEET	94

1 JOHDANTO

Väestön ikääntyminen on globaali ilmiö, joka eliniänodotteen kasvun lisäksi haastaa sosiaali- ja terveystalouden kehittämiseen (Sydänmaanlakka 2015, 14). Pelkästään ikääntyneen väestön määrä ei suoraan vaikuta terveystalouden tarpeen määrään, vaan ikääntyvän väestön terveys ja toimintakyky (Voutilainen & Tiikkanen 2009, 9-13). Vuonna 2045 80 vuotta täyttäneitä ennustetaan olevan 11% kaikista kansalaisista. (Koskinen, Martelin & Sihvonen 2013, 32). Iäkkäiden terveyden ja toimintakyvyn kehitys on entistä tärkeämpää palveluiden tarpeen ja koko väestön terveyden ja hyvinvoinnin kannalta (Sainio, Koskinen, Sihvonen, Martelin & Aromaa 2013, 50). Taustalla ei ole vain suurten ikäluokkien eläköityminen, vaan myös syntyvyyden sekä kuolevuuden aleneminen. Tästä johtuen on edistettävä terveen ja toimintakykyisen vanhuuden turvaavia palveluita. Loistavia esimerkkejä tämän kaltaisista palveluista ovat yksilöllisesti räätälöidyt, monialaiseen palvelutarpeen arviointiin perustuvat palvelut jotka tukevat ikääntyneen omaa toimijuutta. Palveluiden pitää olla oikea-aikaisia. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019, 11-13.) Dementiatasaisen kognitiivisen häiriön yleisyys lisääntyy nopeasti iän mukana, siten väestön vanheneminen lisää suoraan dementiapotilaiden määrää. Määrä kasvaa nopeasti tulevana vuosikymmeninä. (Sulkava 2010, 123.) Keskivaikeasta muistisairaus oireyhtymästä kärsii noin kolmasosa 85-90 vuotiaista (Suutama 2013, 220). Lähes kaikilla sairastuneista on muistisairauden jossakin vaiheessa kognitiivisten oireiden lisäksi ei-kognitiivisia neuropsykiatrisia oireita. Neuropsykiatrisia oireita kutsutaan myös dementian käytösoireiksi. (Kuronen 2017, 11.)

Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä on aloittanut toimintansa vuoden 2017 alussa. Strategia 2022 (2017) tavoittelee ikääntyvän väestön osalta turvallista kotona asumista yksilöllisten apujen turvin. Tavoitteen mittarina on, että apua tarvitsevista 95% asuu kotona. Kotiin vietäviä palveluja, kuntoutusta sekä arjen tukea tehostetaan niin, että oikeat palvelut mahdollistuvat oikeaan aikaan. Terveystalouden järjestämisvastuu on

muuttumassa kunnilta maakunnille vuonna 2020. Sosiaali- ja terveydenhuollon rakennemuutos vaikuttaa kansallisesti ja tähän muutokseen Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä on varautumassa. Yhtenä tavoitteena on, että apua tarvitsevista ikääntyvistä vain 5% asuu ympärivuorokautisessa palveluasumisessa. Vuonna 2015 tehostetussa palveluasumisen yksikössä muistisairaiden asukkaiden prosenttiosuus oli 51% (Viramo & Sulkava 2015a). Muutoksen suuntaa ja sen nopeutta arvioidessa voidaan sanoa vanhuspalveluiden kohdentuvan lähes kokonaan muistisairaille noin vuoden 2020 loppuun mennessä. Finne-Soverin mukaan lukuja katsellessa on vaikea välttyä päätelmältä, jonka mukaan vanhenevan yhteiskunnan pulmana ei olekaan vanhuus, vaan vanhuuden mukanaan tuoma aivojen terveyden menetys. (Finne-Soveri 2017, 216.) Mikäli ei päästä tilanteeseen, jossa ympärivuorokautisen hoidon palveluntarvetta voidaan vähentää, kaksinkertaistuvat ympärivuorokautisen hoidon kustannukset vuoteen 2050 mennessä (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019, 30).

Muistikoordinaattori on muistisairauksiin perehtynyt ammattilainen, jonka tehtävä on varmistaa kotona asuvan muistipotilaan hoitoketjun toimivuus. Muistikoordinaattorin vastuulla ovat erityisesti sellaiset potilaat, joilla on kotona asumista vaarantavia tekijöitä. Muistikoordinaattori tekee yhteistyötä potilaan ja tämän perheen kanssa ja on ikään kuin perheen tulkki ja etujen valvoja hoito- ja palvelujärjestelmässä. (Eloniemi-Sulkava ym. 2010, 3145.) Muistisairaahan hoidon onnistumisen edellytys on yksilöllinen ja saumaton hoitoketju, joka mahdollistaa oikea-aikaiset sairastuneen ja läheisen selviytymistä tukevat toimenpiteet ja suunnitelmallisen seurannan. Muistikoordinaattori mahdollistaa muistisairaahan hoitoketjun toiminnan onnistumisen avohoidossa. (Suhonen ym. 2008, 9.) Kun kotihoitoa tuetaan tehokkaasti, muiden palveluiden käyttö ja kustannukset vähenevät (Suhonen ym. 2011, 1112). Muistitiimi, joka yleensä toimii alueellisten muistipoliklinikoiden yhteydessä, tarvitsee osakseen muistikoordinaattorin, joka on muistisairaahan ja läheisen tukena

muistisairauden eri vaiheissa. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2017).

Tämän tutkimuksellisen kehittämishankkeen lähtökohtana on edistää muistisairaana tarkoituksenmukaista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden käyttöä kotiin vietävän muistikoordinaattoritoiminnan avulla Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymässä.

2 KEHITTÄMISHANKKEEN TAUSTA, TARKOITUS JA TAVOITTEET

2.1 Kehittämishankkeen tausta

Uusi hyvinvointikuntayhtymä Päijät-Hämeeseen perustettiin vuoden 2017 alussa, mistä lähtien se on vastannut kymmenen kunnan (Asikkala, Hartola, Hollola, Iitti, Kärkölä, Lahti, Myrskylä, Orimattila, Padasjoki, Pukkila) sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämisestä ja tuotannosta sekä tuottanut lisäksi päivystyksen ja erikoissairaanhoidon palvelut Heinolan kaupungille ja Sysmän kunnalle (Isolauri 2016). Päijät-Hämeen väestöpohja on 212 000 henkilöä ja yhtymän tuottavuus on rankattu valtakunnallisessa vertailussa parhaimmiston (Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä 2017a). Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin alueella oli vuonna 2017 25,4% 65- vuotta täyttäneitä, tämä on 4% enemmän kuin muualla Suomessa keskimäärin (Tilasto ja indikaattoripankki 2018).

Kehittämishankkeen tekijät työskentelevät molemmat Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymässä. Toinen tekijöistä työskentelee muistihoidajana Lahdessa Geriatriassa keskuksessa, toinen kotihoidossa sairaanhoitajana. Geriatrien keskus on geriatrian poliklinikka, jossa tehdään muistipainotteisia geriatriasia selvityksiä. Aikaisemmin Geriatrien keskus oli Lahden kaupungin järjestämää perustason erikoissairaanhoidoa, mutta vuoden 2017 alusta Geriatrien keskus on osa Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän toimintaa. Pyyntö kehittämishankkeen toteuttamisesta tuli Geriatrien keskuksen palveluesimieheltä. Taustalla oli toive ajankohtaisesta tutkimustiedosta muistikoordinaattorin työn sisällöstä ja sen järjestämisestä.

Uuden hyvinvointikuntayhtymän tarkoituksena on koota maakunnan sosiaali- ja terveystalveluiden järjestäminen yhdeksi kokonaisuudeksi. Yhtymän on tarkoitus turvata järjestelyllä kuntalaisten palvelut, hillitä kustannusten kasvua ja vahvistaa alueen edunvalvontaa. Samalla muodostetaan uudet toimintatavat, joiden avulla tähdätään tulevaisuuteen, kun uudet maakunnat mahdollisesti aloittavat toimintansa. (Isolauri 2016.) Valtion sosiaali- ja terveystalvelu-uudistuksen mukaisesti Päijät-Hämeen

hyvinvointikuntayhtymä aikoo painottaa erityisesti peruspalveluja ja tavoitteena onkin palveluiden saannin turvaaminen, jolla voidaan vähentää erikoispalveluiden käyttöä. Palveluiden tulee kaikilla sektoreilla perustua näyttöön niiden vaikuttavuudesta. Taloudellinen kestävyys on toiminnan edellytys. (Päijät-Hämeen sote- ja maakuntauudistus 2017, 3.)

Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymää kutsutaan lähteestä riippuen Päijät-Hämeen hyvinvointi- tai hyvinvointikuntayhtymäksi. Käytämme tässä kehittämishankkeessa nimeä Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä.

2.2 Geriatrinen keskus ja muistipotilaan hoitoprosessi

Päijät-Hämeessä muistitutkimukset ja hoidon aloitus sekä jossain määrin hoidon seuranta on keskitetty muistisairauksiin perehtyneelle muistipoliklinikalle. Geriatrinen keskus koostuu Lahdessa toimivasta Keskisestä poliklinikasta sekä ympäristökunnissa toimivista poliklinikoista.

Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän Geriatrisen keskuksen toiminnan tarkoituksena on ylläpitää ja parantaa ikäihmisen terveyttä ja toimintakykyä. Tarkoituksena on myös lisätä heidän hyvinvointiaan ja tukea ikääntyneen mahdollisimman itsenäistä pärjäämistä kotona tai palveluasumisessa. Geriatrisen keskuksen toiminnan tavoitteena on muistisairauksien ja muiden geriatristen oireyhtymien varhaisdiagnostiikka ja oikein kohdennettu hoito sekä asianmukainen ja oikea-aikainen omaisinformaatio. Geriatrisessa keskuksessa toimivat muistipoliklinikka sekä ikäihmisten poliklinikka. Yksikkö järjestää myös ryhmämuotoisia ensitietopäiviä muistisairausdiagnoosin saaneille ja heidän läheisilleen. (Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä 2017b.)

Geriatrisessa keskuksessa työskentelee muistihoitajia, geriatreja sekä kaksi muistikoordinaattoria. Aluksi muistihoitaja selvittää potilaan sairaushistorian tarkasti sekä potilaan että hänet tuntevan läheisen kanssa keskustellen. Potilaalle on Sulkavan (2010, 122) mukaan tärkeää tehdä lyhyt kognitiivinen seulontatesti, esimerkiksi MMSE (mini-mental state examination) tai laajempi muistitesti CERAD (the consortium, to establish

registryfor Alzheimer`s disease), joka on kehitetty Alzheimerin taudin diagnostiikkaan (Sulkava 2010, 122). Tehtäväsarja on tarkoitettu yli 55-vuotiaiden muistisairauksien seulontaan (Sainio ym. 2013, 59).

Geriatrisessa keskuksessa käytetään kognition alkukartoituksessa CERAD-testiä ja seurannassa joko MMSE- tai CERAD-testiä.

Muistipotilaan hoitoprosessi (LIITE 1) Päijät-Hämeessä alkaa koetusta muistiongelmasta. Muistioireen havaitsemisen jälkeen Lahden alueella tulee hakeutua oman lähiklinikan sairaanhoitajalle, jossa toteutetaan niin sanottu muistiseula. Seulontapaketin tarkoituksena on löytää ne asiakkaat, joilla on lisätutkimuksia vaativia muisti- tai muun tiedonkäsittelyn vaikeuksia. Seulontapaketti sisältää muistioirehaastattelun, toimintakykyarvion, kognitioseulan, mielialaseulan, arvion alkoholin käytöstä ja arvion perussairauksien hoitotasapainosta. Mikäli haastattelun perusteella herää selvä epäily muistivaikeuksista, kognitiotestit eivät onnistu, tai huomataan selvä heikentyminen päivittäisessä toimintakyvyssä eikä syynä ole esimerkiksi ilmeinen fyysinen vika, asiakas ohjataan Geriatrisen keskuksen muistihoitajan vastaanotolle tarkempiin selvityksiin. (Rantanen 2015a.) Muistisairaahan hoitoprosessin alku etenee edellä kuvatulla tavalla tällä hetkellä Keskisen poliklinikan alueella, mutta poliklinikoiden toimintaa on tarkoitus yhtenäistää.

Muistihoitajan vastaanotolla asiakkaan kognitiivinen toimintakyky kartoitetaan huolellisesti Muistisairauksien Käypä hoito –suositusten mukaisesti diagnostisia testejä käyttäen. Testien tarkoituksena on löytää ne ihmiset, joiden kohdalla herää epäily muistisairaudesta tai joiden kognitiota pitää seurata säännöllisesti. Jos tutkimuksissa ilmenee hyvin lievää kognitiivista heikentymistä, mutta sillä hetkellä ei vielä ole tarvetta lääkärin arvioon, muistihoitaja laittaa asiakkaan omaan jonoonsa kutsuttavaksi uudelleen muistikontrolliin 6 – 12 kuukauden kuluttua. Jos tutkimusten perusteella herää epäily muistisairaudesta tai ilmenee muuta tarvetta jatkotutkimuksille, muistihoitaja ohjaa asiakkaan sovittuihin laboratorionkokeisiin ja terveyskeskuslääkärin vastaanotolle. Terveyskeskuslääkärin vastaanotolla tehdään yhteenveto tehdyistä tutkimuksista sekä täydennetään tietoja tarpeen mukaan. Vastaanoton

tarkoituksena on löytää ne potilaat, jotka todennäköisesti sairastavat muistisairautta ja hyötyvät erikoislääkärin arviosta. Jos ilmenee tarvetta muistioireiden jatkoselvittelyyn, lääkäri voi konsultoida geriatrian erikoislääkärinä tai tehdä lähetteen Geriatriseen keskukseseen. Samanaikaisesti tehdään lähete pään kuvantamistutkimukseen. Hoitovastuu säilyy lähettävällä lääkäriellä, kunnes geriatriin vastaanotto toteutuu. Geriatriin vastaanoton tarkoituksena on asettaa mahdollinen muistisairausdiagnoosi ja tehdä arvio spesifisen muistisairauslääkityksen tarpeesta. Geriatri arvioi potilaan tilannetta laaja-alaisesti ja tekee kattavan hoito- ja kuntoutussuunnitelman, jonka pääasiallinen toteuttamisvastuu on perusterveydenhuollossa. Päävastuu muistisairaana seurannasta sekä hoito- ja kuntoutus- kuten myös palvelusuunnitelmien päivityksestä on pääterveysasemalla, lähiklinikoilla ja kotihoidossa. Jos potilaalle tehdään geriatriin vastaanotolla muistisairausdiagnoosi ja aloitetaan lääkitys, muistihoitaja tai geriatri soittaa potilaalle tai hänen läheiselleen noin neljän viikon kuluttua vastaanottokäynnistä, jolloin muun muassa tarkistetaan, onko muistisairauslääkityksen aloittaminen onnistunut suunnitellusti. Potilas ja hänen läheisensä kutsutaan noin kolmen kuukauden kuluessa diagnoosin asettamisesta ryhmämuotoisille Ensitietopäiville. Tarvittaessa ohjaus voidaan antaa yksilövastaanotolla. Geriatriin kontrollikäynnille potilas kutsutaan 6 – 9 kuukauden kuluttua diagnoosin asettamisesta. Tämän jälkeen potilaan seuranta ja hoito siirtyvät usein ensin muistihoitajan ja terveyskeskuslääkärin vastuulle ja muistihoitajan tilannearvion mukaan mahdollisesti myöhemmin myös hoitajan osalta lähiklinikalle tai pääterveysasemalle. Mikäli geriatriin vastaanotolla muistisairausdiagnoosia ei aseteta, mutta tilanteen seuranta todetaan tarpeelliseksi, ohjelmoidaan tarvittavat lisätutkimukset ja geriatriin uusi vastaanottokäynti. (Rantanen 2015a.)

Kun muistipotilaan hoivan ja tuen tarpeet muuttuvat, olisi muistitiimin kokoonpanonkin tarkoituksenmukaista muuttua. Muistitiimi rakennetaan muistipotilaan tueksi ja se tarvitsee potilaan asuinalueella toimivan muistikoordinaattorin. Muistipotilaan säännöllinen seuranta kannattaakin keskittää muistikoordinaattorille, jotta hoidon sujuvuus ja jatkuvuus

turvataan. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2017.)

Muistikoordinaattoritoiminnalla on pystytty siirtämään pitkäaikaishoidon alkamista (Eloniemi-Sulkava, Notkola, Hentinen, Kivelä, Sivenius & Sulkava 2001, 1282).

Muutosprosessin läpiviemisessä on tärkeää hyödyntää organisaatiossa olevaa kokemustietoa. Kerralla ei kannata tehdä liian suurta muutosta. Muutoksilla on aiheellista olla hyvät perusteet ja niiden läpiviemiseen tulee varata riittävästi aikaa ja resursseja. (JHS 2012.) Geriatriinen keskus on kehitetty jo Pääsky- hankkeiden myötä. Päijät-Hämeen dementiahoidon kehittämishankkeiden (Pääsky) työryhmät ovat todenneet muistikoordinaattorin työn merkityksellisyyden jo muistipotilaan hoitoprosessin kehittämistä aloittaessa. Kehittäjät priorisoivat toimivan diagnostisen prosessin ensisijaiseksi. Hoitoprosessin hiouduttua nykyiseksi, on mahdollista keskittää huomio myös diagnoosin jälkeiseen asiakaslähtöiseen palvelumalliin. (Rantanen 2015b.) Tämän kehittämishankkeen tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää muistikoordinaattorin työnkuvan kehittämisessä sekä resurssien kohdistamisessa.

Kun hyvinvointikuntayhtymän aloitti toimintansa vuoden 2017 alussa, oli muistikoordinaattoreita Nastolassa sekä Orimattilassa kummassakin yksi henkilö. Vuoden 2018 keväällä on Orimattilassa ja Nastolassa yksi yhteinen muistikoordinaattori ja Lahden alueella yksi muistikoordinaattori. Muissa kuntayhtymän kunnissa ei muistikoordinaattoreita ole ollenkaan.

2.3 Kehittämishankkeen tarkoitus ja tavoitteet

Tämän kehittämishankkeen tarkoituksena on edistää muistisairaana tarkoituksenmukaista sosiaali- ja terveystalveluiden käyttöä kotiin vietävän muistikoordinaattoritoiminnan avulla.

Tavoitteenamme oli kartoittaa, miten muistikoordinaattoreiden työ on organisoitu Suomessa ja mitä työ sisältää. Toisena tavoitteenamme oli kuvata Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän Geriatriksen keskuksen

palveluihin muistikoordinaattorin kotiin vietävä palvelu osana muistisairaalan hoitoprosessia.

3 MUISTISAIRAUDET

3.1 Muistisairauksien vallitsevuus

Suhteellisen osuuden väestöstä, joka sairastaa tietyllä hetkellä tiettyä sairautta tai kärsii sairauden oireesta, ilmoittamiseen käytetään yleensä prosenttilukua, joka kuvaa vallitsevuutta. Muistisairauksien vallitsevuus on 5-9% yli 65-vuotiaiden joukossa. Prosenttiosuus vaihtelee sen mukaan mitä tutkimusmenetelmää käytetään, mikä on muistisairauden vaikeusaste ja mikä on väestön rakenne. (Viramo & Sulkava 2015a.)

Muistia on viime vuosien aikana tutkittu paljon. Tutkimustulokset ovat muuttaneet kuvaa muistin rakenteesta ja toiminnasta aiempaa spesifimpään suuntaan. Muistissa voidaan erottaa erilaisia toimintoja, joista osa on herkkiä vanhenemisen vaikutuksille. Muisti voidaan nähdä ehkä kaikista merkittävimpana tekijänä vaikuttamassa oppimiseen, erityisesti sen tuloksellisuuteen. Muistin heikentyessä, samalla myös oppiminen vaikeutuu. (Suutama 2013, 216-217.) Ihmisen kyky oppia uutta säilyy koko elämän ajan lukuun ottamatta vaikeiden aivovammojen tai sairauksien aiheuttamia tiloja, jolloin oppiminen on hidasta (Ruoppila 2012, 200).

On arvioitu yli 60-vuotiaista 15-30 % kärsivän muistitestein havaittavista muistioireista (Viramo & Sulkava 2015b). Noin 200 000 suomalaisella tiedonkäsittelytoiminnot on todettu lievästi heikentyneiksi. 100 000 suomalaista kärsii lievästä ja 93 000 vähintään keskivaikeasta muistisairaudesta. Uusia muistisairaustapauksia ilmaantuu vuosittain noin 14 500. (Erkinjuntti, Remes, Rinne & Soininen 2015a.) Muistisairauden tunnistaminen varhaisessa vaiheessa on tärkeää (Winqvist & Moilanen 2017, 1073).

Viimeisen 25 vuoden aikana väestön lisääntymisen sekä ikääntymisen vuoksi neurologisten pulmien esiintyvyys on kasvanut tasaisesti maailmanlaajuisestikin. Kliinisten asiantuntijoiden apua tarvitsevien henkilöiden lukumäärä kasvanee tulevana vuosikymmeninä edelleen.

Poliittisten päättäjien sekä sosiaali- ja terveystalveluiden tuottajien tulisi huomioida tämä trendi asianmukaisten palveluiden tuottamiseksi.

(Karikari, Charway-Felli, Höglund, Blennow & Zetterberg 2017, 877.)

Lievemmat muistin ja muiden kognitiivisten toimintojen häiriöt eivät aina ole eteneviä, dementiaan johtavia. Muistin heikentymisestä on kuitenkin useimmiten jonkinlaista koettua haittaa yksilön elämässä. Vaikeudet voidaan myös todeta testein. Tämän kaltaisia muutoksia nimitetään nykyisin lieväksi kognitiiviseksi heikentymiseksi (mild cognitive impairment, MCI). On myös arvioitu, että suuressa osassa tapauksista tila johtaa muutaman vuoden kuluessa dementoitumiseen, vuosittainen osuus noin 10-15 %. (Suutama 2013, 220-221.) Muistisairaiden absoluuttisen määrän ennakoitaan kasvavan ikärakenteen muutoksen myötä (Viramo & Sulkava 2015a). Suoriutuminen päivittäisistä perustoiminnoista, kuten pukeutumisesta, vuoteeseen menosta, asunnossa liikkumisesta ja muusta itsestä huolehtimisesta, on edellytys itsenäiselle asumiselle ilman ulkopuolista apua. Toiminnot edellyttävät etenkin fyysistä ja kognitiivista toimintakykyä. (Sainio ym. 2013, 61.)

3.2 Yleisimmät muistisairaudet

Yleisimmät muistisairaudet ovat Alzheimerin tauti (60%), Lewyn kappale - tauti (15-20%) ja aivoverenkiertosairauden aiheuttama muistisairaus (15%). Nämä sairaudet saattavat esiintyä samanaikaisesti. (Sulkava 2010, 123.) Muistihäiriöt eivät ole kaikkien muistisairauksien varhaisvaiheen ensisijaisia ongelmia, mutta muisti- oppimis- ja ajattelutoimintojen heikkeneminen on niissä kaikissa lopulta erittäin voimakasta (Suutama 2013, 220). Vaikea-asteiset sairaudet ovat yleinen syy toimintakyvyn heikkenemiseen (Sainio ym. 2013, 56).

Yleisin etenevä muistisairaus on Alzheimerin tauti, jota sairastaa noin 70 % kaikista muistisairautta sairastavista. Alzheimerin taudin yleisyys lisääntyy voimakkaasti iän myötä. Alzheimerin tauti etenee tietyin vaihein. Oireet aiheutuvat aivoalueiden vaurioista, tietyn alueen vaurio aiheuttaa tunnistettavan oireen. Taudin oirekuva onkin usein tyypillinen; tuoreen

asian unohtaminen, tiedonkäsittelyn heikentyminen ja tapahtumamuistin heikentyminen, joka on nähtävissä muistitesteissä. Kuvantamis- ja laboratoriolöydökset tukevat diagnoosia. Alzheimerin tauti alkaa tyypillisesti muistioireella, mutta voi alkaa myös niin sanotuilla epätyypillisillä oireilla, joita voivat olla muun muassa nähdyn hahmottamisen vaikeus tai kielellinen oire. Usein diagnoosi voidaan varmistaa jo ennen taudin laaja-alaisia vaikutuksia arkiselviytymiseen aiheuttavan tiedonkäsittelyn heikentymän, dementiaan, ilmenemistä. Tiedonkäsittelyn ja muistin heikkeneminen on kiinteässä yhteydessä omatoimisuuden vähenemiseen. (Erkinjuntti, Remes, Rinne & Soininen 2015b.)

Alzheimerin taudin esiintyminen yhtä aikaa aivoverenkiertosairauden kanssa on tärkeä etenevän muistisairauden alatyyppejä. Tämän yhdistelmän esiintyminen on erityisen merkittävää vanhemmissa ikäryhmissä ja on mahdollisesti tulevaisuudessa yleisin etenevä muistisairauden alatyyppejä. Henkilöiden, jotka sairastavat tätä muistisairauden tyyppiä, tunnistaminen on kuitenkin vaikeaa, koska potilailla on aivoverenkiertosairauteen viittaavia neurologisia oireita sekä taudin aiheuttamia muutoksia päänkuvassa. (Erkinjuntti ym. 2015b.)

Hartikaisen ja Taipaleen tutkimuksen mukaan (2017, 429-430) hyvin yleisesti Alzheimerin tautia sairastavilla on käytössä psykenlääkitys. Yli 50 % sairastuneista käytti jotain psykelääkettä vuoden sisällä Alzheimerin taudin diagnoosista. Joka kolmas käytti bentsodiatsepiineja, joka viides psykoosilääkkeitä ja useampi kuin joka neljäs masennuslääkkeitä. Psykenlääkkeiden teho muistisairauden hoidossa on erittäin rajallinen. Vaelteluun ja huutamiseen ei psykenlääkkeillä ole saatu vastetta. Katsetta tulisi siirtää lääkehoidosta lääkkeettömien hoitokeinojen kehittämiseen sekä niiden siirtämiseen hoitokäytäntöihin. Suuri, edelleen suureneva, muistisairaiden joukko ansaitsee hyvän hoidon taloudellisesta tiukkuudesta huolimatta.

Lewyn kappale -tauti, Alzheimerin taudin ja Lewyn kappale -taudin yhdistelmä sekä Parkinsonin taudin muistisairaus liittyvät patologiisiin

Lewyn kappale -muutoksiin. Tämä sairausryhmä kattaa noin 10-15 % etenevistä muistisairauksista, 10 % on Lewyn kappale -taudin osuus ja tästä valtaosa on Lewyn kappale -taudin ja Alzheimerin taudin yhdistelmää. Lewyn kappale -tauti alkaa tyypillisesti hitaasti ja on hieman yleisempää miehillä. Yli 75- vuotiaista 5 % esiintyy Lewyn kappale -tautia, sekamuodot mukaan luettuna. Lewyn kappale -taudin kesto on vaihteleva, noin 2-12 vuotta. Lewyn kappale -taudin tyypilliseen oirekuvaan kuuluvat tarkkaavuuden, vireyden ja tiedonkäsittely toimintojen vaihtelut, toistuvat erittäin yksityiskohtaiset näköharhat sekä ekstrapyramidaalioireet eli jähmeys, hitaus, kävelyvaikeus ja joskus vapina. Edellä mainituista oireista kahden löytyminen täyttää Lewyn kappale -tautidiagnoosin kriteerit. REM-unen aikaiset käytösoireet sekä herkkyys psykoosilääkkeille viittaavat Lewyn kappale -tautiin. (Erkinjuntti ym. 2015b.)

Osa Lewyn kappale -tautia sairastavista on hyvin hitaita vastatessaan esimerkiksi kysymyksiin, mutta vastauksen kyllä saa, mikäli maltaa odottaa (Sulkava 2010,129). Lewyn kappale -taudissa muistioireet eivät ole alussa hallitsevia. Mikäli oirekuvaan liittyy etenevä tapahtumamuistin heikentyminen, viittaa tämä Alzheimerin taudin samanaikaiseen sairastamiseen. Lewyn kappale -tautia sairastavat ovat hyvin herkkiä reagoimaan psykoosilääkkeisiin ja muuttuvat usein sekaviksi ja kävelykyvyttömiksi jo hyvinkin pienistä annoksista. (Erkinjuntti ym. 2015b.) Hyvin varhain ilmenevät näköharhat ja mielialamuutokset ovat tyypillisiä (Vataja & Koponen 2015b).

Aivoverenkiertosairauden muistisairaus aiheuttaa usein muistin ja tiedonkäsittelyn heikentymää. Sairausryhmää on aiemmin kutsuttu vaskulaariseksi dementiaksi. Sairauteen liittyvät tiedonkäsittelyn rajalliset oireet yhdellä tai useammalla osa-alueella. Lisäksi sairauteen liittyy oirekuvaltaan laaja-alaiset, lopulta vaikeaan muistisairauteen johtavat tilat. Alzheimerin tauti voi esiintyä yhdessä aivoverenkiertosairauden kanssa. Aivoverenkiertosairauden muistisairaus on oireyhtymä, joka on yhdistetty monentyypisiin verisuoniperäisiin tekijöihin ja muutoksiin aivoissa. Muutoksilla on toisistaan poikkeavia syitä, myös kliininen taudinkuva voi olla hyvin erityyppinen. Onkin parempi puhua oireyhtymästä kuin erillisestä

sairaudesta. Oireyhtymän yleisimpiä alatyyppejä ovat pienten aivoverisuonten tauti, suurten aivoverisuonten tauti ja tiedonkäsittelyn kannalta olennaisella alueella olevat infarktien aiheuttamat tilat. (Erkinjuntti ym. 2015b.)

Aivojen kuduskadon painottuessa otsa- ja ohimolohkon alueelle voidaan puhua otsa-ohimolohkorappeumasta. Tämän rappeuman yleisin muoto on otsalohkodementia, joka käsittää yli puolet otsa-ohimolohkorappeumista. Sairaus alkaa usein hyvin nuorena, alle 65-vuotiaana, mutta ikääntyminen ei suojaa sairaudelta, vaan se voi alkaa myös hyvinkin iäkkäänä. Noin puolella sairastuneista on sukuhistoriassa otsa-ohimolohkorappeumaa. Taudin osuus kaikista muistisairauksista on noin 5%. Taudin tyypilliseen oirekuvaan kuuluu hiipivä ja vähittäin etenevä alku, käyttäytymisen ja persoonallisuuden muutos, johon sisältyy estottomuutta, tahdittomuutta ja/tai arvostelukyvttömyyttä. Taudin ominaispiirteitä ovat myös toiminnanohjauksen eli suunnitelmallisuuden, keskittymiskyvyn sekä tarkkaavaisuuden ongelmat, sosiaalisten taitojen varhainen heikentyminen, päättelykyvyn ja ongelmanratkaisukyvyn heikentyminen, puheen tuoton vaikeudet sekä voimakas sairaudentunnottomuus. Muisti ja hahmottamisen taidot säilyvät usein sairauden alussa hyvänä. (Erkinjuntti ym. 2015b.) Vaikeat psykoosi- ja mielialaoireet voivat kuulua otsalohkodementiaan ilman varsinaisia muistioireita. Tämä vaikeuttaa erotusdiagnoosiikkaa. (Remes, Haanpää, Suhonen, Junttila & Solje 2018, 37.)

Yksi otsa-ohimolohkorappeuman muoto on semanttinen dementia, johon liittyy kielen merkityksen häviäminen, jolloin asioiden ja esineiden nimeäminen sekä ymmärtäminen vaikeutuu. Sairastunut kykenee sujuvasti ja vaivattomasti tuottamaan puhetta, joka on kuitenkin sisällöltään tyhjää. Sairastunut ei tunnista esineitä tai kasvoja. Kolmas otsa-ohimolohkorappeuman tyyppi on etenevä sujumaton afasia. Etenevässä sujumattomassa afasiassa puheen tuotto on työlästä ja puheessa on paljon fonologisia sekä kieliopillisia virheitä. Lauseet ovat lyhyitä, yksinkertaisia rakenteeltaan. Usein ilmenee myös sanojen löytämis- sekä nimeämisvaikeutta ja lukemis- ja kirjoittamisvaikeutta. (Erkinjuntti ym.

2015b.) Otsa-ohimolohkorappeumat ovat hyvin epäyhtenäinen tautiryhmä (Viramo & Sulkava 2015a).

3.3 Muistitutkimukset

Muistipotilaiden hoito ja tutkimukset edellyttävät aina erityisosaamista (Eloniemi-Sulkava ym. 2010). Tutkimukset aloitetaan esitietojen kartoittamisella ja laajalla haastattelulla. Omaista on syytä aina haastatella myös. Haastattelun apuna voidaan käyttää kyselylomakkeita potilaalle sekä läheiselle. (Winqvist & Moilanen 2017, 1073.)

Muistihäiriöiden seulontatutkimukseksi suositellaan The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer´s Disease -tehtäväsarjaa (CERAD), joka on laajempi kuin MMSE- ja MoCA-testit (Winqvist & Moilanen 2017 1073-1074). CERAD on vakiinnuttanut asemansa myös Suomessa. CERADin etuna on helppokäyttöisyys. CERADia voivat käyttää terveydenhuollon eri ammattiryhmien edustajat koulutuksen saatuaan. CERAD sopii hyvin alkututkimusten arviointiin yli 55-vuotiaille. (Hänninen ym. 2010, 2013.) CERADia käytettäessä on muistettava, että se on vain seulontamenetelmä. Tulosten perusteella päätetään jatkotutkimusten tarve. Mikäli todetaan viitteitä alkavasta muistisairaudesta (yksikin poikkeava tehtäväosio) mutta muistisairauden diagnoosi ei kuitenkaan täyty, on potilasta seurattava puolen vuoden tai vuoden välein tilanteen mukaan. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2017.) Alzheimerin taudin seulontaan kehitetty CERAD on todettu hyväksi sairauden diagnostiikassa. Tutkijan tulee olla perehtynyt testin tulkintaan. Alzheimerin tautia, otsa-ohimolohkorappeumaa ja Parkinsonin tautia sairastavilla poikkeavat tehtäväosiot ovat sairauden alkuvaiheessa erilaiset. Heikoimmaksi testin käytettävyyttä on todettu Parkinsonin taudissa, sillä vain kaksi tehtäväosion osiota – sanasujuvuus ja kellotaulun piirtäminen – heikentyvät ensimmäisenä. Aivojenverisuontensairauden aiheuttama muistisairaus ei tule hyvin esiin oikein millään käytössä olevalla seulontamenetelmällä, sillä sairaudelle tyypillisiä piirteitä ovat lievemmat toiminnanohjauksen ongelmat ja hitaus. Jo heti aluksi muistisairautta epäiltäessä henkilön

toimintakyky on tärkeää arvioida. ADSL-ADL-haastattelua voidaan hyödyntää toimintakykyä arvioitaessa. (Winqvist & Moilanen 2017, 1073-1074.)

3.4 Muistisairaudesta johtuva kotona asumisen vaarantuminen

Noin 90 % kärsii jossakin sairauden vaiheessa käytösoireista. Haitallisia käytösoireita voi esiintyä niin lievässä kuin vaikeassakin sairauden vaiheessa. Muistisairauden ensimmäinen oire voi olla käytösoire ja se on yleisin syy laitoshoitoon joutumiseen, sillä käytösoireet kuormittavat omaisia ja hoitajia eniten. (Vataja & Koponen 2015a.) Muistisairauden käytösoireiksi voidaan tunnistaa muun muassa aggressio, ahdistuneisuus, apatia, depressio, harha-aistimukset, harhaluulot, itsensä vahingoittaminen, kuljeskelu, poikkeava motorinen käytös ja karkailu, tarkoitukseton pukeutuminen ja riisuutuminen, tavaroiden keräily ja kätkeminen sekä ärtyneisyys (Erkinjuntti ym. 2015b). Käytösoireiden merkitys on muistipotilaiden, heidän hoitajiensa ja koko yhteiskunnan kannalta suuri. Muistipotilaan käytösoireet ovat omaisen loppuun palamisen ja potilaan laitoshoitoon joutumisen kannalta merkittävämpiä kuin toimintakykyä rajoittavat tai tiedonkäsittelyyn liittyvät oireet. Muistisairauksien taloudellisen rasitteenkin kannalta juuri käytösoireilla on muita muistisairauden oireita suurempi merkitys. Hoitamalla käytösoireita oikein voidaan suurinta osaa potilaista sekä heidän omaisistaan auttaa suurissa määrin. (Vataja & Koponen 2015a.) Muita yleisimpiä kotona asumisen päättymistä ennakoivia tekijöitä ovat yksin asuminen, omaishoitajan kokema kuormitus ja muut omaishoitosuhteeseen liittyvät tekijät sekä hoito- ja palvelujärjestelmän toimimattomuus (Suhonen ym. 2008, 18). Myös ympäristön on todettu olevan yksi riskitekijä laitoshoitoon siirtymisessä (Lehtiranta ym. 2014, 113).

Muistisairaana kotona asumisen turvaamiseksi omaishoitajille kohdistettu tuki on tärkeää, voimavaroja ja tukea tarvitaan muistisairauden tuomiin muutoksiin perheessä. Hanna-Mari Pesonen (2015) on tutkimuksessaan kuvannut muistisairaiden ja omaishoitajien elämänhallintaprosesseja

muistisairausdiagnoosin saamisen jälkeen, jolloin muuttuva elämäntilanne haastaa perheen sopeutumaan uusiin rooleihin. Jotta muistisairaus hyväksyttäisiin osaksi perheen elämää, merkitsi se Pesosen (2015) mukaan toivoa vahvistavaa sopeutumista. Tarja Välimäki (2012) on tutkinut Alzheimerin tautia sairastavien henkilöiden omaishoitajien koherenssin tunnetta, eli elämänhallintakykyä ja siihen liittyviä tekijöitä. Tulokset kertovat, että valmius kohdata elämässä tapahtuvia muutoksia vähenee muistisairauden edetessä ja matalan koherenssin todettiin olevan yhteydessä matalaan elämänlaatuun. Omaishoitajat tarvitsevat tukea muistisairauden tuoman elämänmuutoksen vuoksi.

Kuten aiemmin todettiin, muistisairaista 90 % kärsii käytöshäiriöistä jossakin muistisairauden vaiheessa. Nykyisin suurinta osaa oireista hoidetaan vain lääkityksellä huolimatta suosituksista. Suurimmat esteet lääkkeettömien hoitokeinojen käytölle ovat omaishoitajien koulutuksen puute sekä omaishoitajien riittämätön tieto vaihtoehtoista. Monitahoinen, tutkittuun tietoon pohjautuva omaishoitajien koulutus lääkkeettömistä hoitokeinoista liittyen agitoituneen potilaan lähestymiseen voisi vähentää levottomuutta, parantaa hoitotuloksia ja lisätä omaishoitajan tyytyväisyyttä. (Staedtler & Nunez 2015, 108.) Käyttöoireiden ilmaantuvuuteen vaikuttavat ympäristön tunnelma sekä ympärillä olevien ihmisten asenteet. Epäarvostava, pakottava tai potilasta ymmärtämätön suhtautuminen lisää huomattavasti käyttöoireita. (Sulkava 2010, 134.) Kotihoidossa olevilla muistisairaille on vähemmän käyttöoireita kuin laitoshoidossa olevilla (Vataja & Koponen 2015b).

Aivojen degeneraatiosta johtuvien muutosten lisäksi, jotka tekevät muistisairaana riippuvaiseksi toisista ihmisistä päivittäisistä toiminnoista selviämiseksi, on lähes aina havaittavissa jonkinlaista poikkeavuutta muistisairaana ihmisen älyllisissä toiminnoissa, käytöksessä ja mielialassa. Esimerkiksi masentunutta, ahdistunutta, aggressiivista, kapinoivaa käytöstä, levottomuutta, vaeltelua, vainoharhaisuutta, harhaluuloja ja näköharhoja saattaa esiintyä. Aiemmin nämä mielen ja käytöksen ongelmat nähtiin johtuvan suoraan aivojen degeneraatiosta. Nykyisin lisääntyvä näkökulma on, että aiemmin mainitut oireet saattavat

olla suurelta osin seurausta, biologisten tekijöiden lisäksi, psykologisten ja sosiaalisten tekijöiden epätasapainosta. (Dröes, van Mierlo, van der Roest & Meiland 2010, 143.)

Lisääntyvä määrä todisteita vaikuttaa näyttävän, että muistisairaahan henkilön käytös ja olemus eivät määräydy neurologisen patologian perusteella, vaan henkilökohtainen historia, sosiaalinen kanssakäyminen sekä sosiaalinen konteksti vaikuttavat. Nämä todisteet siirtävät huomion sairaudesta ja sen etenemisestä yksilöllisyyden huomioimisen merkityksen syvemmän ymmärtämisen tarpeeseen muistisairaahan hoidossa. (O'Connor ym. 2007, 121.)

Muistisairauden edetessä saattaa ilmetä oireena kotoa poistuminen ja eksyminen. Kyseinen oire on pelottava niin muistisairaalle kuin hänen läheiselleenkin. Usein eksyminen johtaakin ympärivuorokautisen hoidon piiriin muuhun toimintakykyyn nähden liian aikaisin. Ennen nopeiden johtopäätösten vetämistä on kuitenkin syytä sulkea pois akuutin sekavuuden syitä, jotka voisivat olla hoidettavissa. Joissain tilanteissa on käyttöön otettu kulunvalvontajärjestelmiä, lukkoja ja ovihälyttimiä mutta näiden käyttöön liittyvät haitat ja mahdolliset riskit on punnittava tarkoin. Joissain tilanteissa on auttanut muistisairaahan vuorokausirytmien korjaaminen ja tutun ihmisen seura iltaisin, joka rauhoittaa muistisairasta eikä ahdistusta mahdollisesti tarvitse niin herkästi lähteä helpottamaan ulkona harhailulla. (Eloniemi-Sulkava, Juva & Mäkelä 2015a.) Yhteiskunnan tarjoamien palveluiden viivästyminen tai niiden saamisen estyminen saattaa altistaa muistisairaahan henkilön katoamisille muistisairaudestaan johtuen (Pohjola 2016, 2).

Lääkityksellä voidaan lievittää Alzheimerin taudin oireita. Niin sanottu muistilääkitys lisää keskittymiskykyä, vähentää käytösoireita ja kohentaa toimintakykyä. Sairauden eteneminen ei pysähdy mutta hidastuu. (Juva 2015.) Alzheimerin tautia sairastavien toimintakyvyn ennustetta voidaan parantaa AKE- lääkkeiden ja memantiinin käytöllä. Muistilääkkeiden käyttö myös pidentää kotona asumisen jatkumismahdollisuuksia noin vuodella. Muistisairaahan toimintakyvyn säilymisen perusedellytyksiä ovat

oheissairauksien hyvä hoito, hyvä ravitseminen, aktiivinen ennalta ehkäisevä tai akuuteissa tilanteissa pikaisesti saatava fysioterapia. Räätelöity, muistisairaana sekä heidän läheistensä tarpeet huomioon ottava tuki kannattaa. Hyvin suunniteltu, rakenteellisesti saumaton hoitoketju sekä sovitut toimintakäytännöt esimerkiksi kriisiytyneissä kotihoidon tilanteissa ovat suuria kotona asumisen jatkumisen edellytyksiä. Muistisairaana hoitoketjussa tulee olla nimetty taho, jonka sairastunut ja läheinen tietävät, joka ottaa perheen kanssa kokonaisvastuun kotona asumisen jatkumisesta. Toimintamallista on saatu lupaavia tuloksia myös yksin asuvien kohdalla. (Sulkava 2010, 136-137.)

4 MUISTISAIRAAN PALVELUIDEN JÄRJESTÄMINEN

4.1 Laki ja suosituksia muistisairaahan hoidosta

Palveluita suunniteltaessa on syytä ottaa erityisesti huomioon väestön ikärakenne- ja ennuste ja etenevien muistisairauksien vallitsevuus. Ikääntyneestä väestöstä tulee tunnistaa suuret palveluiden tarvitsijaryhmät. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019, 25.) Iäkkäiden terveyden ja toimintakyvyn kehitys on entistä tärkeämpää palveluiden tarpeen ja koko väestön terveyden ja hyvinvoinnin kannalta (Sainio ym. 2013, 50).

Laadukkaalla palvelulla tarkoitetaan palvelua, joka kykenee vastaamaan asiakkaan tunnistettuihin palvelutarpeisiin järjestelmällisesti, vaikuttavasti, luotettavasti sekä kustannustehokkaasti ja säännösten mukaisesti. Lähtökohta laadukkaalle palvelulle on asiakkaan tarve. Toinen laadukkaan palvelun lähtökohta on, että palvelu on asiakkaan toimintakykyä ylläpitävä ja hyvinvointia lisäävä sekä terveyshyötyä tuova. Laadukas palvelu on oikea-aikaista, vaikuttavaa sekä hyvin koordinoitua. Prosesseja tuleekin arvioida kiinnittämällä huomio toiminnan laatuun; takaako toiminta laadukkaan ja vaikuttavan palvelun asiakkaalle. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019, 36.) Sosiaali- ja terveysministeriön laatusuosituksessa (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019, 18) on nostettu erityisesti muistisairaant ja iäkkäät tärkeiksi asiakasryhmiksi, jotka hyötyvät palveluiden koordinoinnista. Palveluiden koordinointi edellyttää laaja-alaista yhteistyötä eri toimijoiden kanssa varsinkin paljon palveluja käyttävien asiakkaiden kohdalla. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019, 18.)

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista ohjaa ikäihmisten hoidon ja huolenpidon toteuttamista ensisijaisesti kotiin vietävillä palveluilla ja muilla sosiaali- ja terveyden avopalveluilla. Palveluntarpeen selvittäminen (15§) on sosiaali- ja terveydenalan ammattilaisen, asiakkaan sekä omaisen yhteistyössä

tehty selvitys, jossa kartoitetaan kokonaisvaltaisesti iäkkään ihmisen hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn sekä itsenäistä suoriutumista tukevien palveluiden tarve. Palveluntarpeisiin vastaaminen on kunnan velvollisuus ja erityistä huomiota tulee kiinnittää kuntoutumisen lisäksi kotiin vietäviin palveluihin ja ikääntyneiden henkilöiden tasa-arvoisuuteen palveluiden saatavuudessa. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista, 7- 15 §, 980/2012.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstölle on laadittu useita tutkimusnäyttöön perustuvia ohjeita ja suosituksia, joita toteuttamalla voidaan hoitaa vaikuttavammin ja tukea muistisairaita ihmisiä ja heidän läheisiään entistä paremmin. Kansallinen muistiohjelma on laadittu sosiaali- ja terveysministeriön asettamassa työryhmässä. Työryhmän tavoitteena oli valmistella kansallinen muistiohjelma, joka sisältää tavoitteet aivoterveysten edistämiseksi, muistisairauksien varhaisen toteamisen ja hoidon turvaamiseksi, tavoitteet muistisairaiden ihmisten ja heidän läheistensä oikea-aikaisen tuen ja palveluiden turvaavasta tuki- ja palvelujärjestelmästä ja toimenpiteet niiden saavuttamiseksi sekä toimeenpanosuunnitelman. (Sillanaukee ym. 2012, 115.)

Sosiaali- ja terveysministeriön Kansallinen muistiohjelma 2012-2020 määrittelee kunnille tehtäviä muistisairaahan ihmisen hoitopolun järjestämiseksi. Koko muistipotilaan pitkän hoitopolun ajan on kuntien vastattava hoitotakuun toteutumisesta. Ennaltaehkäisyllä ja ennakoinnilla varmistetaan inhimillinen ja kustannustehokas toiminta.

Vaikuttavuustietoon perustuvilla, pienilläkin toimintatapojen korjauksilla voidaan kustannuksia pienentää merkittävästi. Koordinoinnin ja palveluohjauksen avulla tulee turvata muistisairaalle eheä ja toimiva palveluiden kokonaisuus. Muistisairaahan palveluohjauksen perusta tulee olla henkilön tilanteeseen yksilöllisesti, huolellisesti paneutuva toiminta. Voimavarat ja palveluntarve tulee arvioida. Nämä luovat pohjan hoito- ja palvelusuunnitelman laatimiselle. Muistisairaahan palveluohjauksella varmistetaan monipuolinen tieto tarjolla olevista palveluista. Tarkoituksena on luoda edellytyksiä sekä helpottaa valintoja, jotta jo olemassa olevista

palveluista löytyy mahdollisimman hyvin yksilöllisiä tarpeita vastaava kokonaisuus. Hoitoprosessin toimivuus on varsinkin muistipotilaan palveluiden kehittämisessä tärkeä huomioon otettava laatutekijä. (Kansallinen muistiohjelma 2012–2020: Tavoitteena muistiystävällinen Suomi, 11-14.)

Avohoidon muistipotilaat tarvitsevat paljon sosiaali- ja terveydenhuollon yksilöllisesti räätälöityjä palveluita muistisairauden edetessä. Muistisairauden edettyä loppuvaiheeseen, vaatii ympärivuorokautinen hoito paljon resursseja ja erityisosaamista. Sairauden edetessä on tärkeää, että erilaiset palvelut järjestyvät saumattomasti. Oikea-aikaiset palvelut niin kotona kuin pitkäaikaishoidossakin helpottavat sairastuneiden ja läheisten arkea varsinkin lähipalveluna ja ovat oleellisia muistisairaana ja läheisen kannalta. Palvelun toteuttamisen lähtökohtana tulee olla potilaan tarpeet. Muistipotilaan hoitoketjun toimivuus on ensisijaisen tärkeää, jotta pystytään turvaamaan hoito- ja kuntoutuspalveluiden jatkuvuus muistin heikentyessä ja kommunikaation vaikeutuessa. Hoito tulisi toteuttaa yhteistyössä, jotta potilaan sekä hoitavien yksiköiden kuormitus olisi mahdollisimman matalaa, kuten myös kustannukset, kuitenkin hoidon laadun pysyessä hyvänä. Muistipotilaan hoidon tärkeänä tavoitteena onkin elämänlaadun turvaaminen sairauden kaikissa vaiheissa. Hoitoon tulisi kuulua muistipotilaan elämäntavan ja taustan vaaliminen, arvokkuuden ja sosiaalisen verkoston ylläpitäminen sekä autonomian turvaaminen. Muistihoitaja on muistipoliklinikan lääkärin työpari, mutta muistitiimi tarvitsee olennaisena osana myös potilaan asuinalueella toimivan muistikoordinaattorin. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2017.)

Muistipoliklinikka muistitiimeineen on muistisairaana hoitoketjun olennaisia toimijoita, johon muistisairauksien tutkimuksen ja hoidon seuranta on keskitetty. Muistipoliklinikkaan täytyy suositusten mukaan olla suora yhteydenottomahdollisuus muistipotilaalla sekä omaisella.

Muistipoliklinikalla tulee olla erityisosaamista muistisairauksien hoidosta sekä kokonaisvaltaisen tilannearvion teko kykyä. Muistipoliklinikan vastuualue tulisi olla noin 20 000- 30 000 henkeä. Muistipotilaan tueksi rakennetun muistitiimin kokoonpano tulisi muuttua sairauden edetessä ja

hoivan ja palveluiden tarpeen muuttuessa. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2017.)

Jokaiselle muistipotilaalle tulee laatia oma ja yksilöllinen kuntoutussuunnitelma, jota tarkistetaan säännöllisesti 6–12 kuukauden välein sairauden edetessä (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2017). Muistihoitaja, koordinaattori ja hoitava lääkäri vastaavat suunnitelman tarkistamisesta. Potilaan vointia ja lääkityksen tehoa tulee seurata säännöllisesti 6–12 kuukauden välein. (Tarnanen ym. 2017.) Sairauden mukanaan tuomista uusista tilanteista selviytymiseen auttaa muutosten ennakointi sekä riskien hallinta. Tuleviin tilanteisiin varautumisessa on tärkeää mahdollisten poikkeamien havaitseminen taudinkuvassa, varautuminen kriisitilanteisiin, tukiverkoston järjestäminen perheelle ja potilaan oman tahdon kuuleminen. Muistipotilaan säännöllinen seuranta kannattaakin ehdottomasti keskittää muistikoordinaattorille hoidon sujuvuuden ja jatkuvuuden turvaamiseksi. Tämä saattaa myös lykätä pitkäaikaishoidon alkamista. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2017.)

Vuonna 2008 toteutetussa Kotona Paras- toimeenpanomallissa raamitettiin muistikoordinaattoritoiminnan käytäntöjä tutkimusten pohjalta. Ohjeistuksen mukaan esimerkiksi 10 000 väestöpohjalla jossa yli 65-vuotiaita on yli 15 % tulisi olla yksi muistikoordinaattori. Muistikoordinaattorin työaika tulisi olla joustava ja työparina lääkäri. (Toljamo & Koponen 2011b.)

4.2 Muistisairauksien vaikutus kustannuksiin sosiaali- ja terveydenhuollossa

lääkkäiden terveyden ja toimintakyvyn kehitys on entistä tärkeämpää palveluiden tarpeen ja koko väestön terveyden ja hyvinvoinnin kannalta. Tietoja tarvitaan kehityksestä terveys- ja hyvinvointipolitiikan tueksi sekä voimavarojen ja toimenpiteiden suuntaamiseen. (Sainio ym. 2013, 50.) läkkäät henkilöt käyttävät paljon ja monia sosiaali- ja terveystalvveluita, joten palveluissa on oltava riittävä geriatrinen ja gerontologinen

osaaminen ja mahdollisuus konsultoida asiantuntijaa (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019, 20).

Muistisairaudet ovat ihmisillä merkittävin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tarvetta aiheuttava sairausryhmä. Muistisairaudet ovat myös suurin syy pitkäaikaishoitopaikkojen tarpeeseen. (Sulkava 2010, 135-136.) Muistisairauksien taloudelliset kustannukset kasvavat sairauksien vaikeusasteen myötä (Martikainen & Viramo 2015a). Suuret taloudelliset kustannukset johtuvat pitkäaikaisesta ympärivuorokautisesta hoidosta, jonka kustannukset ovat yli 70 % muistisairauksien kokonaiskustannuksista (Sulkava 2010, 135-136). Vuonna 2016 on arvioitu kulujen nousseen ja laitoshoidon osuuden muistisairauksien kokonaiskustannuksista olevan noin 85 % (Hellsten & Kortelahti 2016, 1601). Kotona asuvan muistisairaana keskimääräiset vuosikustannukset ovat noin 19 000 euroa. Ihmisen joutuessa ympärivuorokautisen hoivaan piiriin kustannukset nousevat 46 000 euroon. (Kansallinen muistiohjelma 2012-2020: Tavoitteena muistiystävällinen Suomi, 7.) Muistisairauden varhaisella toteamisella on taloudellinen merkitys inhimillisen ulottuvuuden lisäksi. Muistisairauden mahdollisimman varhainen toteaminen mahdollistaa kuntoutuksen ja hoidon tehokkaampaa suunnittelua. Ennakoiva ja oikea-aikainen hoito on helpompi toteuttaa. Esimerkiksi Alzheimerin taudin varhainen toteaminen hyödyttää niin koko yhteiskuntaa kuin myös yksittäistä potilasta. (Martikainen & Viramo 2015a.)

Kotihoidon sekä asumispalveluiden, kuten palveluasumisen ja vanhainkotien, kohdentuminen on vuosien saatossa muuttunut yhä useammin muistisairaita suosiviksi (Finne-Soveri 2017, 216). Kaikista terveyskeskusten pitkäaikaishoidon, tehostetun palveluasumisen sekä sosiaalihuollon laitosasumisen hoitopäivistä yli puolet muodostuu muistisairaiden käyttämistä hoitopäivistä (Martikainen & Viramo 2015b). Valtaosa laitoshoidossa olevista ja monet kotihoidon potilaista kärsivätkin kognition heikkenemisestä tai dementiatasoisesta muistihäiriöstä (Kuronen 2017, 11). Vuonna 2016 säännöllisen kotihoidon asiakkaista 40 %:lla oli muistisairausdiagnoosi sekä 80 %:lla kognition vajaus. Vastaavat prosenttiosuudet ympärivuorokautista hoivaa tarjoavien asumispalveluiden

asukkailla olivat 70 % ja 95 %. (Finne-Soveri 2017, 216.) Vuonna 2015 tehostetussa palveluasumisen yksikössä muistisairaiden asukkaiden prosenttiosuus oli 51% (Viramo & Sulkava 2015a). Finne-Soveri (2017) nostaa esiin muutoksen suuntaa ja sen nopeutta arvioitaessa voitavan sanoa vanhuspalveluiden kohdentuvan lähes kokonaan muistisairaille noin vuoden 2020 loppuun mennessä. Finne-Soverin mukaan lukuja katsellessa on vaikea olla päättelämättä, että vanhenevan yhteiskunnan pulmana ei olekaan vanhuus, vaan vanhuuden mukanaan tuoma aivojen terveyden menetys. (Finne-Soveri 2017, 216-217.)

Muistisairaiden laitoshoidon voi viivästyä muistikoordinaattorin tukitoimien avulla. Kohdistetusta tuesta vaikuttaa hyötyvän vaikeasta dementiasta kärsivät ja heidän läheisensä. (Eloniemi-Sulkava ym. 2001, 1282.) Vuonna 2012 tehdyn tutkimuksen mukaan muistisairaana palveluohjaus pienensi merkittävästi pitkäaikaiseen laitoshoidon joutumisen lyhyen aikavälin riskiä 1,5 vuoden seuranta ajan aikana. Pidemmällä aikavälillä eroa ei huomattu. (Tam-Than, Cepoiu-Martin, Ronksley, Maxwell & Hemmelgarn 2013, 889.)

Ympäri vuorokautisen hoidon tarvetta on kyetty ennaltaehkäisemään näyttöön perustuvan toiminnan käyttöönotolla. Kustannusvaikuttavia keinoja ovat muun muassa riskiryhmiin kohdentuva toiminta sekä terveyden ja toimintakyvyn edistämisen keinot. Näiden toimien kustannusvaikutukset tulevat kuitenkin näkyviksi vasta pidemmän aikavälin tarkastelulla. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019, 25.) Satunnaistetussa suomalaisessa, kontrolloidussa tutkimuksessa toteutettiin monitekijäinen, koordinaattori- lääkäri- työparin sekä vertaisryhmiin pohjautuva interventio. Interventio siirsi myöhemmäksi laitoshoidon, palveluiden kohdentuminen parantui ja sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannukset pienenevät. Koordinaattorilla oli tutkimuksessa 63 perhettä tuettavanaan ja perheistä noin 15-20 tarvitsi runsaasti tukea ja apua, loppuosa oli taudin rauhallisemmassa vaiheessa. 1,5 vuoden seuranta-ajan kohdalla interventioyöryhmän muistisairaista 11 % oli joutunut pitkäaikaishoitoon, kun vertailuryhmän prosenttiosuus oli 26 %. (Pitkälä, Eloniemi-Sulkava &

Kautiainen 2006, 145.) Koko tutkimuksen ryhmän tuottama laskennallinen säästö kahden vuoden aikana oli 500 000 euroa. Kuitenkin vain puolet säästöistä muodostui pitkäaikaishoidon viivästymisestä. Puolet säästöistä muodostui vertailuryhmän käyttäessä muita sosiaali- ja terveystaloudellisia interventioyhtymää enemmän. (Pitkälä ym. 2006, 146, 149-151.)

Ajatuksena tutkimuksessa oli, että kaikilla perheillä oli tieto henkilöstä, joka kantaa heidän kanssaan vastuuta ja johon voi ottaa yhteyttä.

Koordinaattorin työ oli hyvin itsenäistä ja sillä oli oma budjetti, joka mahdollisti joustavien palveluiden järjestämisen perheille kriisitilanteissakin. Keskeisenä periaatteena oli toteuttaa perheiden tarpeita. (Saarenheimo & Eloniemi-Sulkava 2006, 98.) Vaikka tämä periaate merkitsi esimerkiksi suurta panostusta kotifysioterapiaan, siivouspalveluihin ja kotimiestoimintaan, muodostui puolet tutkimuksen säästöistä juuri avohoidon palveluista verrattuna vertailuperheisiin. (Pitkälä ym. 2006 149-151.)

Muistipotilaiden laitoshoidon siirtymistä on mahdollista lykätä oikein toteutetuilla ja oikea-aikaisilla tukitoimilla sekä lääkehoidolla. Näistä toimenpiteistä muodostuvat merkittävät kustannussäästöt. (Martikainen & Viramo 2015c.) Jo noin 10 % pitkäaikaishoidon tarpeen väheneminen riittää arvioiden mukaan yhteiskunnallisten nettosäästöjen syntyyn (Martikainen & Viramo 2015a).

5 MUISTIKOORDINAATTORITOIMINTA

5.1 Muistikoordinaattoritoiminnan kehittyminen

Muistikoordinaattori on terveyden- tai sosiaalihuollon ammattihenkilö. Hän ohjaa muistisairaahan hoidon kokonaisuutta ja tukee sairastunutta ja tämän perhettä. (Tarnainen, Rosenvall & Tuunainen 2017.)

Muistikoordinaattoritoiminta on alkanut Suomessa vuonna 2007. Tuolloin aloittivat ensimmäiset muistikoordinaattorit työnsä neljässä kunnassa: Espoossa, Helsingissä, Porvoossa ja Sodankylässä. (Toljamo & Koponen 2011a.) Ensimmäiset muistikoordinaattorit toimivat kuitenkin jo vuonna 2005 erilaisten hankkeiden sisällä Sodankylässä ja Helsingissä (Koponen & Nikumaa 2016).

Vuonna 2008 Suomen muistiasiantuntijat ry on muotoillut muistikoordinaattorin osaamiskriteeristön Kotona Paras -projektin sekä valtakunnallisen muistikoordinaattoriverkoston yhteistyönä. Kriteeristöön on poimittu asioita, joita jokaisen muistikoordinaattorin tulisi osata. Asiat liittyvät muistisairaahan ihmisen kohtaamiseen ja hoitoon. Ammatillinen perusosaaminen tulee olla pohjakoulutuksen perusteella vahvaa, lisäksi muistikoordinaattorilla tulee olla muistisairauksiin ja muistisairauksien hoitoon liittyvää täydennyskoulutusta ja työkokemusta muistisairaiden parissa työskentelystä. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietotaito tulee olla vahvaa. Muistiosaamisen tulee olla perusteellista ja palvelujärjestelmän tuntemus syvällistä. (Suomen muistiasiantuntijat ry ja valtakunnallinen muistikoordinaattoriverkosto 2008.)

Vuonna 2011 muistikoordinaattoreita on ollut 11 kunnassa 1-8 koordinaattoria kunnassa (Toljamo & Koponen 2011a). Vuonna 2016 muistikoordinaattoritoimintaa on ollut 36 kunnassa/kuntayhtymässä, muistikoordinaattoreita on ollut 1-13 kunnassa. Tavallisimmin koordinaattorit ovat toimineet osana muistipoliklinikkaa tai vastaavaa. Suurin osa muistikoordinaattoreista on ollut vuonna 2016 pohjakoulutukseltaan sairaan- ja/tai terveydenhoitajia. Alueittain muistikoordinaattoritoiminnassa on ollut eroavaisuuksia sekä myös paljon

yhtäläisyyksiä. Muistikoordinaattorit toimivat alueittain eri hoitoprosessin vaiheissa, osissa kunnista painottuvat muistihoitajan tehtävät, osissa diagnoosin jälkeinen seuranta. (Koponen & Nikumaa 2016.)

Päijät-Hämeessä on muistipotilaan hoitoprosessia alettu kehittämään jo vuonna 2003. Vuoden 2007 aikana, kun muistikoordinaattorit aloittivat muualla työtään, tiedostettiin Päijät-Hämeessäkin muistikoordinaattoreiden hyödyt ja tarpeellisuus. Vuonna 2007 oli alueella kuitenkin suurempi huoli ja tarve muistihoitajien riittävästä resursoinnista, jotta varhainen muistisairauden diagnostiikka saatiin siedettävälle tasolle. Tuolloin muistihoitajan toimenkuvaan pyrittiin sisällyttämään muistikoordinaattorin tehtäviä niin pitkälti kuin sitä pidettiin mahdollisena. Vuodesta 2012 lähtien on silloisen peruspalvelukeskus Aavan alueella toiminut kaksi muistikoordinaattoria (yksi Nastolan-litin-Hartolan ja toinen Orimattilan-Myrskylän-Pukkilan-Sysmän -alueilla) ainoina Päijät-Hämeen alueella. Vuonna 2015 muistikoordinaattoritoiminnan kehittäminen kirjattiin Geriatrisen keskuksen sekä sairaalapalveluiden vuoden 2015-2016 Tulokortteihin kehittämisen kohteiksi. (Rantanen 2015b.) Muistikoordinaattoreiden toimet muuttuivat Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän toimiksi yhtymän aloitettua toimintansa vuoden 2017 alusta. Toimintaa onkin hyvin ajankohtaista kehittää nyt, jotta hyvinvointikuntayhtymän eri osissa asuvat ihmiset olisivat keskenään tasa-arvoisemmassa asemassa.

5.2 Muistikoordinaattorin toimenkuva

Muistikoordinaattoritoiminta on levinnyt Suomessa laajalti ja työnkuvaan liittyviä tutkimuksia on tehty aiemminkin. Toljamon ja Koposen (2011a) toteuttamaan kyselytutkimukseen vastasi kuusi muistikoordinaattoria ja viisi muistikoordinaattoreiden esimiestä. Tutkimuksen mukaan muistikoordinaattorin tehtävät olivat painottuneet palveluiden koordinointiin, tarpeen ja tilanteen määrittämiseen, yhteistyötahojen koulutukseen sekä tukemiseen. Lisäksi suurin osa vastaajista oli maininnut palvelujärjestelmän toimivuuden arvioinnin ja asiakkaiden asianajajana

toimimisen olevan olennainen tehtävä. Vuonna 2011 nähtiin kasvavana tarpeena jokaisella kotikäynnillä tapahtuva omaishoitajien kouluttaminen ja tukeminen. Vuonna 2011 muistikoordinaattoritoiminnan tavoitteena on pidetty kunnissa pyrkimystä turvata muistisairaana ihmisen hyvinvointi sekä laadukas elämä toimintakykyä ylläpitäen. Ongelma- ja riskitilanteisiin puuttuminen ennakoivasti ja omaisten/läheisten tukeminen nähtiin tärkeänä. Muistikoordinaattoritoiminnalla pyrittiin tehostamaan palveluohjausta ja palveluiden järjestämistä. Vuonna 2011 muistikoordinaattorin työhön on sisältynyt myös diagnosoimattomien muistisairaiden löytämistä ja hoitamista. Muistikoordinaattori on ollut myös perheen tukena heti diagnoosin saamisen jälkeisenä aikana. Kotihoito on myös osannut hyödyntää vastaajien mukaan muistikoordinaattorin asiantuntemusta muistisairauksista. (Toljamo & Koponen 2011a.)

Koponen ja Nikumaa (2016) toteuttivat kyselytutkimuksen Suomen muistiasiantuntijat ry:n muistikoordinaattoriverkoston muistikoordinaattoreille. Kyselyyn vastasi 30 muistikoordinaattoria 22 kunnasta/kuntayhtymästä. Keskeisimmiksi muistikoordinaattorin työtehtäviksi nousi vuonna 2016 muistisairauden diagnosointivaiheessa erilaiset testit ja selvittelyt sekä perheen ohjaus ja tuki, jatkoseuranta, palveluiden järjestäminen ja räätälöinti, sairastuneen ja omaisen tukeminen varsinkin kriisitilanteissa, koulutukset ja konsultaatiot, verkostotoiminta sekä ensitietopäivien ja ryhmien ohjaus. (Koponen & Nikumaa 2016.) Edellä mainittujen tehtävien lisäksi muistikoordinaattorin työtehtävien tulisi sisältää Suomen muistiasiantuntijat ry:n Muistikoordinaattorin osaamiskriteeristön mukaan kokonaisvastuun kotona asumisen tukemisesta sairauden eri vaiheissa sekä ongelmien ennakoinnin, tunnistamisen sekä ongelmien ratkaisujen koordinoinnin (Suomen muistiasiantuntijat ry 2008).

Seinäjoen ammattikorkeakouluun vuonna 2017 tehdyssä opinnäytetyössä (Leppinen 2017) kartoitettiin muistikoordinaattorin asiakkaiden ja läheisten kokemuksia perheen saamasta ohjauksesta ja neuvonnasta sekä tuesta muistikoordinaattorin toimesta. Kyselyyn vastasi 107 muistikoordinaattoreiden asiakkaiden läheisiä/ yhteyshenkilöiksi

ilmoitettuja henkilöitä (Leppinen 2017, 29). Muistikoordinaattorilta koettiin saadun eniten apua muistisairauteen sopeutumisessa sekä turvallisuuden tunteen luomisessa. Emotionaalista tukea, tukea kriisitilanteissa sekä sosiaalisen hyvinvoinnin tukea koettiin saadun muistikoordinaattorilta. Muistikoordinaattorilta oli tutkimuksen mukaan saatu tiedollista tukea kattavasti, parhaiten tietoa oli saatu palveluista ja etuuksista. Perheet kokivat saaneensa tukea ja kannustusta sosiaalisten suhteiden ylläpitoon, aktiviteetteihin osallistumiseen sekä vertaistuen piiriin hakeutumiseen. (Leppinen 2017, 42.)

Muistisairaahan palveluketjut katkeavat helposti ja palveluiden rajapinnoille muodostuvat pahimmat laatupuutteet. Toimiva hoitoprosessi yhdistää palvelut saumattomasti kokonaisuudeksi turvaten muistisairaalle ja hänen läheiselleen tukea ja palveluita eheästi muistisairauden edetessäkin. Tässä tärkeänä periaatteena on palveluiden oikea-aikaisuus ja osuvuus. Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan kuntien tulisikin laatia ja ottaa käyttöön suosituksiin perustuva muistisairaahan palveluketju, jossa toimijoiden vastuut määritellään selkeästi. Palveluketjua suunniteltaessa tulisi ottaa huomioon muistisairaiden muuttuvat tilanteet ja äkilliset avuntarpeet sekä niihin varautuminen. (Kansallinen muistiohjelma 2012–2020: Tavoitteena muistiystävällinen Suomi, 14.)

Muistikoordinaattorin työn vaatimukset ja voimavaratekijät- hanke toteutettiin Suomen muistiasiantuntijat ry:n sekä Työterveyslaitoksen yhteistyönä. Hankkeen myötä julkaistiin kirja, jossa muistikoordinaattoreiden työn kuormittavuutta avattiin. Muistikoordinaattorin työn ytimessä on pyrkimys ehjään hoitopolkuun sekä muistisairaahan oman näköisen elämän tukeminen sekä hänen läheisensä huomioiminen. Muistikoordinaattorin asiakassuhteet vaihtelevat ja saattavat olla intensiivisiä, pitkäkestoisia tai lyhyitä konsultaatioita. Kirjassa on nostettu esiin esimerkiksi kotona selviytymisen tukeminen palveluohjauksen ja henkisen tuen avulla. (Virta, Rautio & Toljamo 2013, 6.)

5.3 Muistisairaana palveluohjaus muistikoordinaattorin työkaluna

Kotihoidon tukemisen avainkysymyksiä on, että kotona asumisen päättymisen riskitekijät tunnistetaan ja niihin puututaan ajoissa. Omaishoitajia kuormittavat omien terveysongelmien lisäksi muistisairaana käytösoireet ja fyysisen toimintakyvyn vaikeudet sekä koettu hoidon sitovuus. (Sulkava 2010, 135-136.) Kotona asuminen on usein muistisairaana oma toive, jonka toteuttamiseen ihminen tarvitsee sairauden edetessä toisten ihmisten apua. Muistisairaiden ihmisten omaishoitajat ja varsinkin puoliset usein toivovat läheistensä kotona asumisen jatkuvan, jos heidän tarvitsemaansa tukea on tarjolla. (Sulkava 2010, 135-136.) Muistikoordinaattorin tavoitteena on havaita tarpeiden ja tilanteiden muutokset ajoissa ja hoitaa kriisitilanteet mahdollisimman nopeasti ennen kuin ne vaarantavat kotihoidon jatkumisen. Suurimmat laatu puutteet hoitoprosesseissa ovat eri palveluiden rajapinnoilla, niin sanotulla harmaalla alueella. (Suhonen ym. 2011, 1108, 1114.)

Mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen, hyvän vanhuuden, turvaaminen edellyttää yhteiskunnalta suuria muutoksia sekä rakenteiden muuttamista. Jotta uudistetusta palvelurakenteesta tulisi toimiva, tulee palveluiden sisältöä uudistaa. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019, 10.) Saksalaisessa tutkimuksessa vanhemmat epäviralliset omaishoitajat kertovat merkittävästi matalammasta elämänlaadusta kuin iäkkäämmät ei omaishoitajana toimivat verrokkit. Erityisesti ryhmän itsenäisyys, aikaisempi aktiivisuus, nykyinen sekä tuleva aktiivisuus sekä läheisyyden kokemuksen väheneminen olivat yhteydessä omaishoitajan elämänlaatuun. Tutkimus alleviivaa omaishoitajan tuen tarvetta. Väestön muutoksesta johtuen räätälöidyt avut tulisi perustaa omaishoitajien tarpeisiin. (Conrad, Alltag, Matschinger, Kilian & Rieder-Heller 2018, 500.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut suositukset asiakas- ja palveluohjauksen järjestämiselle. Suosituksissa mainitaan matalan kynnyksen tärkeys, yhden kontaktin riittävyys, laaja tuen ja palveluiden tuottajaverkosto, sähköisten palveluiden käyttö mahdollisuus sekä

palveluiden tuottaminen asiakkaan lähellä. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019, 18.)

Kotona asumista pyritään tukemaan monella eri tapaa. Esimerkiksi kuntouttavat, selviytymistä ja omatoimisuutta tukevat toimenpiteet, asianmukainen lääketieteellinen hoito, oikea-aikaiset tukitoimet sekä oikea-aikaiset palvelut ja turvallisuutta lisäävät ratkaisut tukevat kotona selviytymistä. Taloudelliset tukitoimet ja etuuksien varmistaminen, omaishoitajien ja perheiden tuki vaikuttavat myös kotona asumisen jatkumiseen. Muistikoordinaattorit jotka työskentelevät perheiden kanssa, perheiden neuvonta- ja tukipalvelut sekä omaishoitajien voinnin parantaminen siirtävät mahdollisesti muistipotilaan pitkäaikaishoidon alkamista ja parantavat sairastuneen ja heidän omaistensa elämänlaatua, kun tukitoimet ovat saatavissa oikea-aikaisesti. Saumaton yhteistyö lääkärin, muistihoitajan, muistikoordinaattorin, kotihoidon ja muiden erityistyöntekijöiden, kuten sosiaalityöntekijän, fysio-, toiminta-, puhe- ja ravitsemusterapeutin kanssa mahdollistavat laaja-alaiset yksilölliset kuntoutustoimenpiteet ja turvaavat onnistuneen hoitoprosessin, joka on laadukkaan hoidon edellytys. Turvallisuudesta huolehtiminen, kuten ajolupa ja ampuma-aseiden hallussapitoasiat, tulee olla osa muistipotilaan hoitoa. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2017.)

Hyvä elämänlaatu on muutakin kuin terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä. Se on pitkälti itsemääräämisoikeiden ja toimivan arjen turvaamista.

Palveluiden laadun parantaminen parantaa myös elämänlaatua.

(Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi

ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019, 13.) Asiakkaan elämänhallintaa ja omia voimavaroja arjessa selviytymiseen voidaan tukea kuntoutumista edistävällä työotteella, jossa asiakas ja työntekijä päättävät asioista yhdessä, jotta aikaansaataisiin muutos asiakkaan elämäntilanteessa ja toimintaedellytyksissä. Työtavan on tarkoitus vahvistaa asiakkaan omaa toimintakykyä ja vastuunottoa. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019, 35.)

Muistikoordinaattoritoiminnan vaikuttavuus syntyy ennakoinnin taidoista sekä kyvystä tarttua ennakoivasti vaaratekijöihin, jotka voisivat johtaa

ympäri vuorokautiseen pitkäaikaishoitoon. Muistikoordinaattorin tulee osata yhdessä potilaan ja omaisen kanssa räätälöidä sekä koordinoita palveluita, joka edellyttää muistipotilaan hoidon osaamista sekä oman alueen palvelujärjestelmän tuntemista. Muistikoordinaattorin on kuvattu merkitsevän perheelle tuen luotettavuutta ja jatkuvuutta. (Eloniemi-Sulkava, Juva & Mäkelä 2015b.)

Asiakas- ja palveluohjaus on erittäin keskeinen käsite ja tärkeä osa ikääntyneiden palvelukokonaisuudessa. Useilla kunnilla on kokemuksia asiakas- ja palveluohjauksesta; se on osoittautunut yhdeksi suurinta vaikuttavuutta aikaansaavista keinoista mahdollistaa ikääntyneiden tiedon saanti ennaltaehkäisystä, tuista ja palveluista sekä alueen toimijoista. Ikääntyneiden palveluprosessit on saatu toimivimmiksi ja kustannusten kasvua on osin saatu tasoitettua. Olennaista on tunnistaa asiakasryhmät, jotka käyttävät runsaasti palveluita ja myös kerryttävät valtaosan kustannuksista. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019, 31.)

Asiakas- ja palveluohjauksen tarkoituksena on koordinoita ja helpottaa oikeiden palveluiden kohdentumista oikeille henkilöille sekä helpottaa palveluja tarvitsevien ihmisten elämää. Tärkeimpiä periaatteita onnistuneelle palveluohjaukselle ovat matala kynnys, saavutettavuus, helppous sekä yhdenvertaisuus. Verkostomainen työskentelytapa on tyypillistä palveluohjaukselle. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019, 33.)

Palveluohjauksen asiantuntijuus voimavaroja vaikuttaisi kannattavan suunnata muistisairaana puolisoille (Francke, Verkaik, Peeters, Spreeuwenberg, de Lange & Pot 2018, 642). Muistisairas eikä tämän läheinen läheskään aina löydä nykyisestä pirstaleisesta palvelujärjestelmästä tarvitsemaansa, vaan jää helposti ilman apua (Voutilainen 2011). Muistikoordinaattori on avohoidon saumattomuuden varmistaja, joka ohjaa muistipotilasta ja omaisia arjen ongelmassa. Vaikuttavien hoitointerventioiden yhteinen piirre on ollut muistikoordinaattorin säännölliseen seurantaan ja ohjaukseen perustuva

hoitokokonaisuus. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2017.) Muistikoordinaattorin optimaalinen potilasryhmä on kooltaan kerrallaan noin 50-60 perhettä (Toljamo & Koponen 2011b). Koordinaattori varmistaa yksilöllisten hoito- ja palvelusuunnitelmien konkretisoitumisen potilaalle ja hänen perheelleen paikallistasolla (Suhonen ym. 2008, 15-16).

Yhden luukun periaate on asiakas- ja palveluohjauksessa keskeisimpiä periaatteita. Asiakkaan tilanne selvitetään ja häntä neuvotaan omaehtoiisiin toimiin sekä tuetaan tukien hakemisessa ilman että asiakkaan tarvitsee itse tietää mitä ja mistä mitään palvelua haetaan vaan yksi kontakti riittää selvittämään tämän. Asiakas – ja palveluohjauksen keskittäminen helpottaa palveluiden koordinoimista ja sujuvoittaa palveluiden ja tukien hakemista. Näin palvelut kohdentuvat paremmin arvioidun palvelutarpeen mukaan. Keskitetty asiakas- ja palveluohjaus tuo esiin kriteerit, joilla julkisia palveluja myönnetään sekä varmistaa myönnetyn palvelun toteutumisen. Keskitetty asiakas- ja palveluohjaus myös tekee lähestyttävämmiksi järjestöjen toiminnot, sosiaali- ja terveydenhuollon tuet ja palvelut, yksityisten yritysten ja palveluntuottajien palvelut sekä saatavilla olevat kuntien muiden sektoreiden tuottamat palvelut sekä myöntämät tuet. Vuosina 2016-2018 on yksi hallituksen kärkihankkeista Ikäihmisten kotihoidon ja kaikenikäisten omaishoidon kehittäminen jonka osana keskitettyä asiakas- ja palveluohjausta kehitetään. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019, 17.)

Muistisairaiden palveluohjausta on kehitetty myös Englannissa. Pohjana Englannissa tehtävälle kehitystyölle on käytetty Yhdysvalloissa tehtyä tutkimusta, jonka perusteella pyritään kehittämään Englannin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää hallituksen suuntaviivojen mukaisesti. Tutkimuksessa moniammatillisen tiimin yhteistyönä on muodostettu muistisairaahan palveluohjauksen käsikirja, määritelty tarvittavat koulutusalueet sekä rekrytoinnin tueksi listattu ominaisuuksia, joita muistisairaahan palveluohjaajalla tulisi olla. Palveluohjaajan työnkuvaan kuuluvat muun muassa yhteistyö lääkärin kanssa, tarvittavien palveluiden koordinointi, omaisten tukeminen sekä oman ammattitaidon ylläpitäminen.

Palveluohjaaja tarvitsee työssään hyvät tietotekniset taidot, hyvän peruskoulutuksen, ymmärryksen alueellisesta muistisairaana palvelujärjestelmästä sekä hyvät vuorovaikutustaidot.

Osaamiskartoitukseen kuuluu eri osa-alueita, muistisairauden diagnosoinnista aina sairauden loppuvaiheeseen. Artikkelissa kerrotaan USA:ssa tehdyn tutkimuksen osoittavan, että muistisairaana hoitoa sekä omaishoitajan jaksamista on edistänyt palveluohjaaja hoidon koordinoijana sekä näyttöön perustuvat ohjeistukset. Lyhyen seuranta-ajan vuoksi tutkimus ei kuitenkaan luotettavasti antanut tietoa kustannustehokkuudesta tai pitkäaikaisenlaitoshoidon aloituksen viivästyisestä. (Waugh ym. 2013, 1-7.) Vuonna 2006 Englannin hallituksen tavoitteena on kirjattu kotiin vietävän, ennaltaehkäisevän palvelun lisääminen kansalaisten terveyden edistämiseksi (Department of health 2006, 1-2).

Vuonna 2018 julkaistussa tutkimuksessa tutkittiin muistisairaana palveluohjauksen menestystekijöitä ammattilaisen näkökulmasta. Tutkijat nostivat esiin viisi toimintaa helpottavaa tekijää. Niitä olivat hyvä verkostoyhteistyö kumppaneiden kanssa, hyvä sijoittuminen organisaatioon riskeeraamatta itsenäistä, asiakaslähtöistä työtettä, pysyvä rahoitus, osaava palveluohjaaja sekä palveluohjauksen alueellinen tunnettuus. (de Lange ym. 2018, 110-111.)

6 TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISMENETELMÄT

6.1 Kehittämishankkeen aikataulu

Tiedonhaku ja idean suunnittelu aloitettiin alkukesällä 2017, tuolloin idea kehittämishankkeelle annettiin Geriatriisesta keskukselta. Syyslokakuussa 2017 otimme yhteyttä Suomen muistiasiantuntijoihin, kysyäksemme oliko mahdollista hyödyntää heidän valmiiksi luotua muistikoordinaattoriverkostoaan potentiaalisten tutkimukseen vastaajien tavoittamiseen. Kuultuamme, ettei verkoston käyttö ollut mahdollista, soitimme Suomen kuntia läpi saadaksemme mahdollisimman monta muistikoordinaattoria tavoitettua. Kuntiin soittaminen oli työlästä ja aikaa vievää, toisaalta palkitsevaa ja mielekästä. Tieto kehittämishankkeesta otettiin muistikoordinaattoreiden ja heidän esimiestensä taholta positiivisesti vastaan. Eräs muistikoordinaattori myös kertoi kehittämishankkeestamme muistikoordinaattoreiden verkostotapaamisessa ja antoi yhteystietomme, jota kautta saimmekin muutamia vastaajia lisää. Saimme yhteensä 72 muistikoordinaattorin yhteystiedot 33 organisaatiosta. Lopulta tavoitimme 69 muistikoordinaattoria 30 eri organisaatiosta. Ensimmäinen yhteistyöpalaveri Geriatriisessa keskuksessa oli marraskuussa 2017. (KUVIO 1.)



KUVIO 1. Kehittämishankkeen aikataulu

Kehittämishankkeen toteutuksen aikataulu oli asetettu kohdeorganisaation puolelta. Muistikoordinaattorin työstä oli jo syksyllä 2017 menossa pilotointi Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän alueella. Työnkuvaa toivottiin mahdollisimman nopeasti käyttöön. Koska pyysimme

muistikoordinaattoreita mahdollisimman kattavasti ympäri Suomen vastaamaan kyselyymme, oli tutkimuslupia haettava yhteensä 30. Tutkimuslupamenettelyn selvittäminen kaikista organisaatioista erikseen vei oletettua kauemmin aikaa. Osa tutkimusluvista pystyttiin hakemaan sähköisesti, osaan vaadittiin paperiversion lähetys postitse. Lupamenettelyt olivat myös ripeydeltään hyvin erilaisia organisaatiosta riippuen, osasta myönteinen päätös tuli jo viikossa, osaan organisaatiosta yritimme olla useiden kuukausien ajan yhteydessä saamatta lainkaan vastausta. Lähetimme kyselyt helmikuussa 2018.

Kevään 2018 aikana analysoimme kyselyn vastauksia, osallistuimme ohjaukseen sekä kirjoitimme tutkimuksen raporttia. Kehittämishankkeen julkaisuseminaari oli kesäkuussa 2018.

6.2 Tutkimukselliset kehittämismenetelmät

Tämän tutkimuksellisen kehittämishankkeen tutkimusmenetelmäksi valikoitui kvantitatiivinen (määrällinen) survey (kysely)- tutkimus, jossa on käytetty kvalitatiivisen (laadullisen) tutkimuksen piirteitä. Laadullisilla kysymyksillä pyrimme ymmärtämään syvemmin muistikoordinaattoreiden työtä. Kyselytutkimuksemme oli kuvaileva tutkimus. Kuvailevassa tutkimuksessa pyritään toteamaan tutkittavan asian nykyinen tilanne (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 57). Kartoitimme Suomessa työskentelevien muistikoordinaattoreiden näkemyksiä ja kokemuksia oman työn sisällöstä sekä mahdollisista kehittämiskohteista kyselyn avulla. Kyseessä on poikittaistutkimus, jossa tietoa kerätään kerran, kun taas vaihtoehtoisesti pitkittäistutkimuksen tarkoituksena on saada tietoa pidemmältä ajalta useaan kertaan (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 42).

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa aineisto kerätään kyselylomakkeen avoimilla tai strukturoiduilla kysymyksillä. Tärkeää on, että kyselyyn vastaaja ymmärtää kysymyksen oikein ja hänellä on tieto sekä halu vastata kysymykseen. Lisäksi jokaisen vastaajan tulee ymmärtää kysymys samalla tavalla. (Kananen 2008, 25.) Kvantitatiivisen tutkimuksen

aineistonkeruu voi tapahtua myös haastattelujen tai havainnoinnin avulla, kuitenkin yhteistä on, että tutkijat laativat mittausvälineen tutkimuksen teorian perusteella. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 114.)

Toteutimme tutkimuksemme kyselyllä, koska vastaajat sijaitsivat eri puolilla Suomea. Sähköpostikyselyt ovat käytännöllisiä vastaajien kannalta sillä he voivat vastata kyselyyn oman aikataulunsa mukaan (Callegaro, Manfreda & Vehovar 2015, 23). Kysely toteutettiin standardoidusti sähköpostitse, jolloin tutkijan läsnäolo ei vaikuta vastaajiin. Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (2007, 188, 201) mainitsevatkin haastattelun mahdollisia ongelmakohtia olevan juuri tutkijan läsnäolon vaikutus haastattelijan vastauksiin. Standardoituus tarkoittaa kysymyksen kysymistä kaikilta vastaajilta samalla tavalla. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 188, 201.) Yksilöhaastattelujen suorittamiseen olisi kulunut liian kauan aikaa tutkimuksen aikataulun huomioiden, myös kustannustehokkuus on huomioituna tässä aineistonkeruutavassa.

Rajasimme vastaajat muistikoordinaattorinimikkeellä työskenteleviin henkilöihin. Kananen (2008, 13) mukaan onkin tärkeää valita tutkimukseen vastaajia harkiten, jotta halutusta ilmiöstä saadaan mahdollisimman paljon tietoa. Kvantitatiivinen tutkimus pyrkii yleistettävyyteen, otoksella odotetaan saatavan riittävän tarkat tulokset. Tutkimukseen valitun joukon tulisi olla pienoismalli koko perusjoukosta. (Kananen 2008, 13.) Toisin sanoen tutkimuksessa pitää kysymys kohdistaa oikealla ihmiselle, sellaiselle jolla on tietoa asiasta (Kananen 2008, 32). Suomessa työskentelee muistikoordinaattoreiden lisäksi samantyyppisissä tehtävissä myös esimerkiksi muistikuntouttajia sekä muistineuvoja. Muistineuvojen ja muistikuntouttajien työtehtävät saattavat lomittua kuitenkin paljon muistihoitajien tehtävien kanssa, joten ajattelimme muistikoordinaattori nimikkeen olevan selkeä kriteeri tutkimuksen vastaajaryhmälle.

Yhteistyötapaamisissa Geriatriksen keskuksen työryhmän kanssa kartoitimme heidän odotuksiaan ja ajatuksiaan tulevan työnkuvan sisällöstä. Työryhmään kuuluivat muistikoordinaattorin toimenkuvan mallia pilotoiva muistikoordinaattori, geriatriksen keskuksen geriatri sekä

palveluesimies. Yhteistyötapaamisissa nousi esiin, että tietoa halutaan asiakasryhmistä, muistikoordinaattorin koulutustaustasta sekä alueella toimivien muistikoordinaattorien määrästä.

Tapasimme Geriatrisen keskuksen työryhmää kaksi kertaa tutkimusprosessin aikana. Tapaamisten lisäksi olimme yhteydessä sähköpostin välityksellä. Erityisesti ennen tutkimuksen toteuttamista saimme paljon tärkeää tietoa työryhmältä. Muokkasimme kysymyslomaketta pitkälti työryhmän ajatuksen ja tarpeiden mukaan. Toivoimme saavamme kyselyllä mahdollisimman paljon informaatiota, joka hyödyttäisi muistikoordinaattorin työn suunnittelussa Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymään. Työryhmän jäsenet toimivat kyselylomakkeemme esitestajina tammikuussa 2018.

Toisena tavoitteenamme oli kuvata Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän Geriatrisen keskuksen palveluihin muistikoordinaattorin kotiin vietävä palvelu osana muistisairaalan hoitoprosessia. Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymällä on käytössä IMS (Intergrated Management System) toimintaohjausjärjestelmä. Ohjelmiston avulla kuvataan ja kehitetään organisaation prosesseja, luodaan dokumentteja, käsitellään ja arvioidaan palautteita, mitataan tuloksia sekä sen avulla voidaan laatia käsikirjoja. Tavoitteena on kehittää ja yhtenäistää toimintatapoja huomioiden asiakasnäkökulma sekä toiminnan tuloksellisuus. Asiakkaan tarpeista lähtevä toiminnan suunnittelu loppuu myös asiakkaan saadessa tarvittavat palvelut. Toiminnan eri osia tarkastellaan kolmesta näkökulmasta, joita ovat yhteenvetotiedot, prosessikaavio sekä taulukko toiminnan kuvauksesta. Yhteenvetotiedoissa kuvataan ydinprosesseja ja tässä määritellään mm. prosessin tavoitteet, tarkoitukset sekä asiakkaiden tarpeet ja vaatimukset. Prosessien muodostamiseen käytetään prosessikarttaa havainnollistamaan organisaation toimintaa ja toiminnankuvaustaulukko yksilöi esimerkiksi eri vaiheiden menetelmät, toimijoiden vastuut sekä toiminnan kriittiset ja tärkeät tekijät. (Arter 2018.) Tässä kehittämishankkeessa kuvaamme muistikoordinaattorin kotiin vietävän palvelun osana muistipotilaan hoitoprosessia IMS-ohjelmiston prosessikartan avulla (LIITE 2).

Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymällä on kuvattuna muistipotilaan hoitoprosessi, joka kuvaa asiakkaan kulun palvelujärjestelmän eri vaiheissa. Prosessi on laadittu Geriatrisen keskuksen palveluesimiehen ja ylilääkärin toimesta ja määrittelee hoitoalan ammattilaisten vastuut hoidon eri vaiheissa. Tämän tutkimuksellisen kehittämishankkeen myötä pyrimme lisäämään ehdotuksemme muistikoordinaattorin työn sisällöstä ja sen sijoittumisesta tutkimustiedon mukaiseen hoitoprosessiin vaiheeseen.

6.3 Aineiston keruu

Saimme tutkimusluvut yhteensä 28 organisaatioon Suomessa. Yhden organisaation hakuprosessi ei edennyt ja yhdestä organisaatiosta saimme kielteisen päätöksen. Tutkimuslupien hakuprosessi vaihteli suuresti, suuremmissa organisaatioissa oli tarkkaan määritelty oma lomake hakemuksille, kun taas toisissa vapaamuotoinen selvitys tutkimuksesta oli riittävä. Lähetimme tutkimussuunnitelman hakemusten mukana. Viisi lupahakemusta lähetimme postin kautta, loput sähköisten järjestelmien kautta tai sähköpostitse.

Aineiston keruu tapahtui Webropol-kyselyn avulla. Osallistuimme Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän kyselyn luominen- sekä raportointikoulutukseen Webropol-ohjelmalla. Koulutuksen jälkeen laadimme kyselyn suunnitelmamme perusteella. Toteutimme Webropol-kyselymme 7.2- 16.3.2018. Lähetimme kyselyn 36 vastaajalle, joista kuusi (6) oli esimiehiä tai muita sovittuja yhteyshenkilöitä, joiden toivoimme lähettävän kyselyn sovittusti eteenpäin alueen muistikoordinaattoreille. Laskimme saatujen tutkimuslupien perusteella potentiaalisia kyselyn vastaanottajia olevan 69. Saimme 41 vastausta määräaikaan mennessä. Jatkoimme vastausaikaa, sillä kyselyn toteutuksen ajanjaksolla ilmeni useampia tietoteknisiä ongelmia, joiden ajattelimme mahdollisesti vaikeuttaneen osallistujien kyselyyn vastaamista. Ohjeistimme vastaajia uudelleen kyselyn avaamisesta ja saimmekin lisää vastauksia. Lopulta vastausten kokonaismäärä nousi 45:een. Vastausprosentti oli 65,2%.

Kyselylomakkeen kysymysten tulee perustua teoreettisen viitekehykseen ja vastata tutkimuksen tavoitteiden ja tarkoituksen mukaiseen tehtävään (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73-74). Kysymyslomakkeemme sisälsi kolme kysymystä, joissa kartoitimme vastaajien taustatietoja.

Muistikoordinaattorin työn kehittämisessä auttaa tieto vastaajien pohjakoulutuksesta sekä tieto työtehtävistä. Kysymys pohjakoulutuksesta oli nominaaliasteikollinen. Nominaaliasteikollisen kysymyksen muuttujat jakavat tutkittavat eri ryhmiin tietyn ominaisuuden perusteella eikä luokkien järjestyksellä ole väliä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 129). Mahdollisten rekryointitarpeiden vuoksi, on mielestämme hyvä tietää työn osaamisvaatimukset.

Neljässä kysymyksessä oli valmiit vastausvaihtoehdot sanallisesti. Ordinaaliasteikollisissa kysymyksissä muuttujat asetetaan järjestykseen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 129). Likert-asteikko on sanallinen mittari, jossa asteikossa samanmielisyys kasvaa johonkin suuntaan. Sanalliseen ilmaisuun saattaa liittyä tulkinnan vaikeutta, mutta tähän auttaa usein asteikon järjestys. (Kananen 2008, 21-23.) Kysyimme muistikoordinaattorin työtehtävistä, työskentelystä eri ammattiryhmien välillä, asiakkaista, jotka tarvitsevat sekä asiakkaista, jotka hyötyvät muistikoordinaattorin työpanoksesta ordinaaliasteikollisilla kysymyksillä. Kysymysten asteikossa oli viisi porrasta; ei ollenkaan, vähän, jonkin verran, paljon sekä hyvin paljon. Näissä kysymyksissä käytimme ordinaali – eli järjestysasteikkoa. (Kananen 2010 89-90). Kysyimme tutkimuksessa muistikoordinaattoreiden mielipidettä muun muassa siitä, mitkä asiakasryhmät tarvitsevat muistikoordinaattorin työpanosta sekä mitkä asiakasryhmät työpanoksesta hyötyvät. Tarkensimme kysymyslomakkeeseen kysymyksen asettelua, jotta kysymys ymmärrettäisiin oikein.

Laadimme kyselylomakkeeseemme (LIITE 3) myös avoimia kysymyksiä, jotta saisimme laajempaa tietoa tutkimukseen osallistuvilta vastaajilta. Lisäarvoa muistikoordinaattoritoiminnan kehittämiselle tuovat vastaajien kuvaukset asiakkaiden ohjautuvuudesta, muistikoordinaattorien näkemyksestä asiakkaille hyödyllisimmistä toimenpiteistä sekä vastaajien

omista näkemyksistä muistikoordinaattoritoiminnan kehittämisestä. Avoimilla kysymyksillä haimme siis tarkempaa tietoa sekä syvempää ymmärrystä muistikoordinaattoreiden toiminnasta. Kysymyslomakkeen avoimilla kysymyksillä pyrimme täydentämään tietoa muistikoordinaattorin työstä, jota emme mahdollisesti osanneet kysyä ennakkoon valmistellun kyselyn ordinaaliasteikollisissa kysymyksissä. Vastajat työskentelevät eri puolilla Suomea, joten ennalta oli vaikea arvioida, miten vastaajien työt olivat organisoitu alueittain. Avoimia vastauksia käsiteltiin tässä tutkimuksessa laadullisen tutkimuksen sisällön analyysin keinoin.

Kyselylomakkeen mukana lähetimme saatekirjeen (LIITE 4), joka valmisti vastaajaa kyselyyn vastaamiseen ja antoi tarvittavat tiedot tutkimuksen tekijöistä. Tutkittava henkilö teki henkilökohtaisen valinnan osallistumisestaan tutkimukseen saamansa tiedon perusteella. Kuulan (2006, 107) mukaan saatekirjeestä tuleekin saada kaikki se informaatio tutkimuksen tarkoituksesta sekä luonteesta. Vapaaehtoisuus tarkoittaa sitä, että jokaisella tutkimukseen osallistujalla on oikeus olla vastaamatta, oman kokemuksensa mukaan.

6.4 Aineiston analyysi

Aloitimme aineiston analyysin tarkastelemalla kyselystä saatuja vastauksia. Emme hylänneet yhtään vastausta, vaan otimme kaikki mukaan raporttiimme. Aineiston analyysi eteni lineaarisesti eli suoraviivaisesti, kysymyksittäin kohti johtopäätöksiä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 129)

Tarkastelimme aluksi vastauksista muodostuvia suoria jakaumia. Kanasen (2010, 104) mukaan suorat jakaumat ovat tietoa siitä, kuinka monta kertaa eri muuttujat on valittu koko aineistosta, taulukossa voidaan esittää muuttujan saamat lukumäärät (frekvenssi) tai prosenttiosuus kokonaisvastauksista. Muuttujat ovat teorian tiedon kautta muodostettuja käsitteitä, joiden avulla pyritään mittaamaan tutkimuksen kannalta tarpeellista tietoa. (Kananen 2010, 104.) Suorat jakaumat tarjosivat paljon tietoa vastaajista sekä muistikoordinaattoreiden työtehtävistä ja niiden

yleisyydestä ympäri Suomen, asiakasryhmistä sekä siitä, kenen kanssa muistikoordinaattori työskentelee.

Avointen kysymysten vastausten osalta käytimme apuna laadullisessa (kvalitatiivinen) tutkimuksessa käytettävää sisällön analyysiä. Käytimme induktiivista sisällönanalyysiä. Induktiivisen sisällönanalyysin tarkoituksena on muodostaa yksittäisistä havainnoista yleistys (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 134). Saimme sähköpostiin ilmoituksen jokaisesta saapuneesta vastauksesta Webropol -kyselyyn, sekä linkin vastausten lukemista varten. Luimme vastauksia yksitellen ja aloitimme laadullisten sekä määrällisten vastausten analyysin. Tämänkaltainen aineiston keräämisen sekä analysoimisen yhtäaikaisuus on tavallista laadullisessa tutkimuksessa (Metsämuuronen 2006, 122). Päätimme analysoida avoimet vastaukset yhdessä, jotta meillä olisi samankaltainen ymmärrys tuloksista. Luimme vastauksia useaan kertaan kokonaiskuvan ymmärtämiseksi ja pelkistimme vastauksia niiden merkityksen mukaan. Käytössämme oli värikynät, joiden avulla annoimme pelkistetyille ilmauksille symbolit. Tulostettuihin vastauslomakkeisiin teimme merkintöjä vastausten merkitysten mukaan. Esimerkiksi ilmaisuun *”Työhöni kuuluu tukea omaisia ja sairastuneita”* rakensimme pelkistetyt ilmaukset omaisten tukeminen ja muistisairaiden tukeminen.

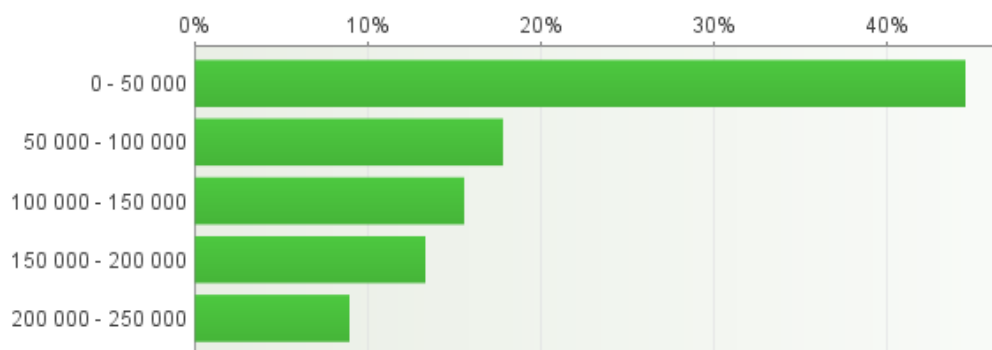
Kävimme vastaukset systemaattisesti läpi. Ryhmittelimme vastauksia niiden samankaltaisuuden mukaan. Osa ryhmistä muodosti kaksi luokkaa, osa kolme. Ryhmittelyn jälkeen laadimme luokkia kuvaavat otsikot ja osan ryhmistä yhdistimme vielä suurempaan kokonaisuuteen. Tätä laadullisen sisällönanalyysin metodia, jossa järjestetään aineisto uudelleen ja kiteytetään samankaltaiset vastaukset yleistykseksi, kutsutaan abstrahoinniksi (Metsämuuronen 2006, 122; Tuomi & Sarajärvi 2009, 93). Käytimme yhden avoimen kysymyksen analysointiin runsaasti aikaa, jotta aineistoa pystyttiin perusteellisesti käsittelemään. Laadullisessa tutkimuksessa aineiston analyysi on keino muodostaa aineistosta tiivistetty ja selkeä, mutta kuitenkin luotettava kokonaisuus (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108). Aineiston analyysiä kuvataan neljän eri toimintavaiheen jatkumona, jossa saatua aineistosta valitaan tutkimuksen kannalta tarpeellinen aines

ja jätetään tarpeeton tieto pois. Loppu aineisto luokitellaan sekä kirjoitetaan tutkimuksen raportti (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92). Esittelemme tutkimuksemme tuloksia osittain taulukkoina. Taulukot tulee aina esittää suhteellisina eli prosenttitaulukoina (Kananen 2008, 42).

7 KYSELYN TULOKSET

7.1 Taustatiedot

Kyselytutkimus sisälsi kolme kysymystä taustatiedoista, joita olivat alueen väestöpohja, alueella toimivien muistikoordinaattoreiden määrä sekä vastaajan pohjakoulutus. Saimme yhteensä 45 vastausta kyselyyn. Seuraavassa kuviossa esitettynä alueiden väestöpohjat.



KUVIO 2. Vastaajien alueiden väestöpohjat

Tutkimuksen mukaan 20 muistikoordinaattorin alueen väestöpohja oli 0-50 000 (KUVIO 2). Tämä oli 44,4% vastaajista. Kolme vastaajaa kertoi alueella toimivan kaksi muistikoordinaattoria, yksi vastaaja kertoi alueella toimivan kolme koordinaattoria. Yksi vastaajista oli merkinnyt kysymysmerkin, muut vastaajista olivat vastanneet alueella toimivan yhden muistikoordinaattorin. Kysely lähetettiin 28 organisaatioon, joista valtaosa oli ennako-oletuksemme mukaan väestöpohjaltaan suurempia kuin 50 000. Pidämme hyvin mahdollisena, että organisaation sisällä muistikoordinaattoreiden vastualueet on jaoteltu maantieteellisesti, jolloin osa muistikoordinaattoreista on saattanut vastata tähän kysymykseen oman vastualueensa väestöpohjan koon perusteella koko organisaation väestöpohjan sijaan.

Tutkimukseemme osallistuvien organisaatioissa työskenteli 1-14 muistikoordinaattoria. Vastaajista 10 kertoi työskentelevänsä 150 000 – 250 000 väestöpohjaisessa organisaatiossa. 150 000 - 250 000 väestöpohjalla työskenteli 3-14 muistikoordinaattoria, keskimäärin 7,7.

Vastaajista suurin osa (36), oli pohjakoulutukseltaan sairaanhoitajia/terveydenhoitajia. Lähihoitajat, sosionomit sekä geronomit olivat seuraavaksi suurimmat ammattiryhmät vastaajien joukossa. Saimme kysymykseen yhteensä 58 vastausta. Ilmeisesti useampi vastaaja mainitsi useamman kuin yhden pohjakoulutuksen.

Avoimessa vastausvaihtoehdossa yhdeksän vastaajaa kertoi pohjakoulutuksensa olevan jokin muu kuin valmiissa vastausvaihtoehdoissa olevat. Vastausten mukaan muistikoordinaattoreina työskentelee kuntoutuksen ohjaajia, muistihoitajia sekä toimintaterapeutteja, sosiaalihoitajia, dementia-työn erityiskoulutuksen käyneitä sekä YAMK-tasoisia muistikoordinaattoreita.

7.2 Asiakkaiden ohjautuminen muistikoordinaattorille

Halusimme selvittää kyselyn avulla myös sitä, mitä kautta asiakkaat ohjautuvat muistikoordinaattorille. Lähtökohtana ajatuksissamme oli Käypä hoito -suositusten mukainen hoitoprosessi, jossa muistisairaat hoidetaan paikallisilla muistipoliklinikoilla ja muistikoordinaattorin asiakkaat ohjautuvat muistipoliklinikalta. Laadullisen aineiston perusteella suurin määrä mainintoja tuli ammattilaisen arvioon perustuvaan ohjautumiseen, toiseksi eniten mainintoja tuli sairastuneen tai läheisen huolen perusteella ohjautumisesta. Muistikoordinaattorin toimiminen osana hoitoprosessia kävi ilmi 15 vastauksesta, 11 kertoi lähete -järjestelmästä ja 10 mainitsi muistikoordinaattoritoiminnan olevan alueella järjestetty matalan kynnyksen palveluna.

Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymää ajatellen, vastauksista nousi tärkeää tietoa muistisairaahan hoitoprosessin kehittämiseen. Ammattilaisen arvio vaikuttaa vastausten perusteella olevan tärkeässä osassa asiakkaan

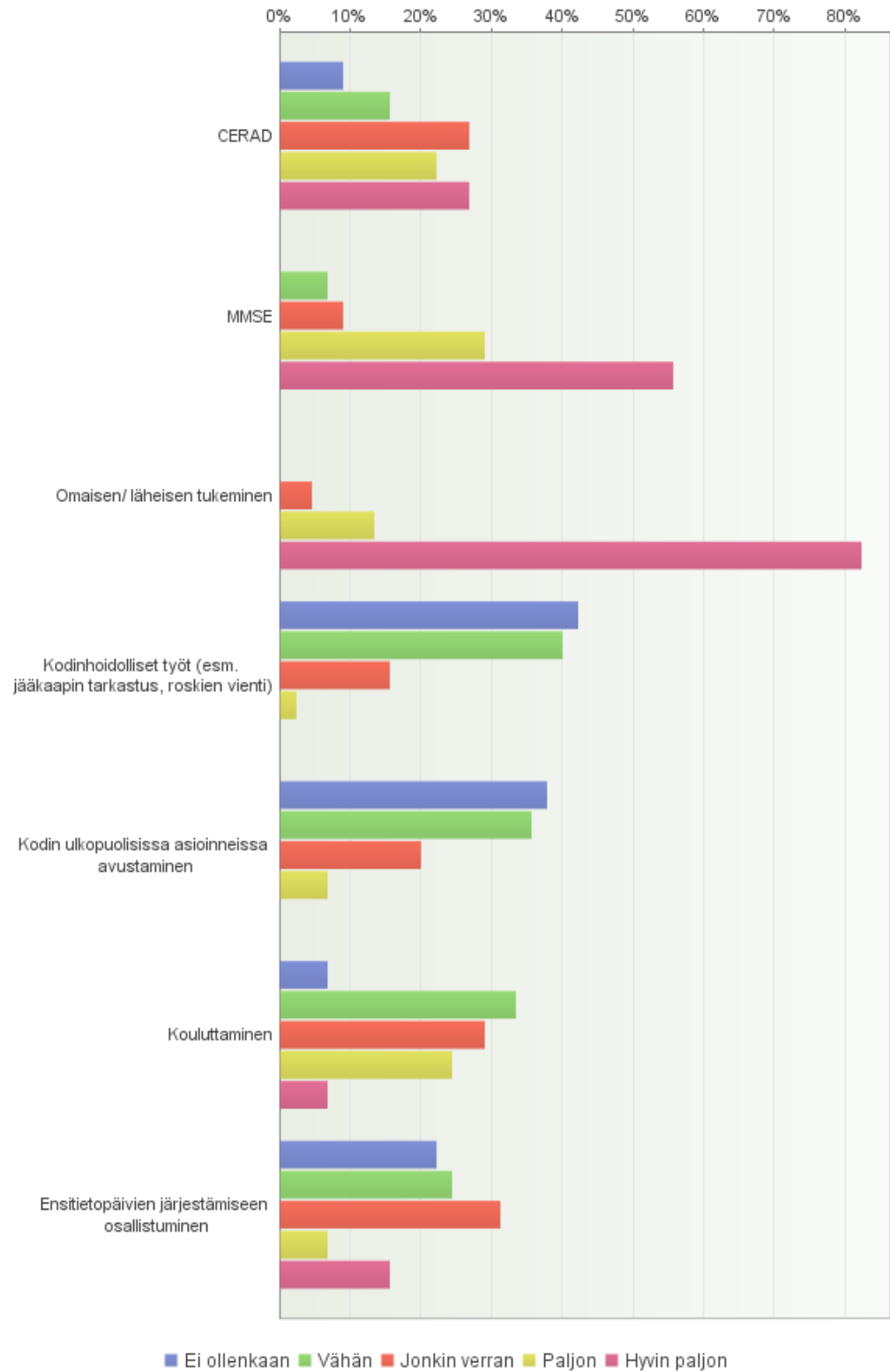
muistikoordinaattorille ohjautumisessa. Käsittelemme tarkemmin ehdotustamme muistikoordinaattorin työpanoksen sijoittumisesta muistisairaahan hoitoprosessiin kappaleessa 8 IMS-Mallinnus muistikoordinaattorin työpanoksesta osana Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän muistipotilaan hoitoprosessia.

7.3 Muistikoordinaattorin työn sisältö

Kysymyksessä viisi kartoitimme, kuinka paljon eri työtehtävät sisältyvät muistikoordinaattorin työhön. Olennaisimpana sisältönä työssä (95,5 % vastaajista) näytti olevan omaisen/läheisen tukeminen. Valta-osa vastaajista kertoi omaisen/läheisen tukemisen sisältyvän työhön hyvin paljon. Muistisairauden etenemisen seuranta MMSE-testin avulla vaikutti olevan erittäin yleinen muistikoordinaattorin työtehtävä. CERAD-testin käyttö ei vaikuttanut olevan yhtä yleistä verrattuna MMSE:n käyttöön.

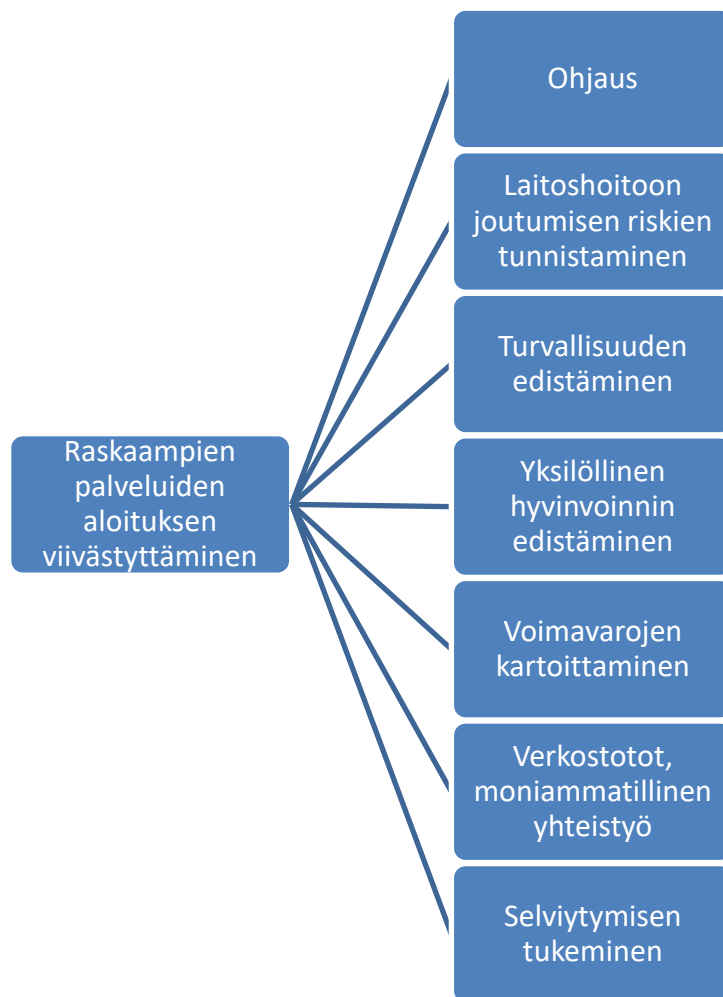
Kouluttamisen osuus vastauksista oli 31,1 %, samoin ensitietopäivien järjestämisen osuus jäi pieneksi. On kuitenkin vaikea arvioida, järjestetäänkö ensitietopäivät alueilla muiden tahojen toimesta vai onko ensitietopäivien järjestämiskäytännön kehittäminen vielä kesken joillakin alueilla.

Vastausten mukaan kodinhoidolliset työt, kuten jääkaapin tarkastus tai roskien vienti, sekä kodinulkopuolisissa asioinneissa avustaminen eivät kuulu juurikaan muistikoordinaattoreiden työn sisältöön (KUVIO 3.)



KUVIO 3. Muistikoordinaattorien arviot työhön sisältyvistä tehtävistä

Täydensimme työn sisällöstä saatua tietoa avoimella kysymyksellä. Analysoituamme laadullisen aineiston vastauksia, saimme kaksi selkeää pääluokkaa muistikoordinaattorin työn sisällöstä: Raskaampien palveluiden aloituksen viivästyttäminen sekä Asiantuntijana toimiminen. Nämä vaikuttavat tulosten perusteella olevan muistikoordinaattoreiden ydintyötehtäviä (KUVIO 4).



KUVIO 4. Raskaampien palveluiden aloituksen viivästyttäminen

Olemme havainnollistaneet yläluokkien muodostumista kuvioilla (LIITE 5). Yläluokkaan Ohjaus sisältyi alaluokat muistisairaahan ohjaus, omaisen

ohjaus sekä palveluohjaus. Palveluohjaus ja muistisairaana tai hänen läheisensä ohjaus nähtiin tärkeänä muistikoordinaattorin työtehtävänä.

”Muistisairauden vaiheista ja mukanaan tuomista muutoksista kertominen omaisille on tärkeässä roolissa”

”Palvelu ohjaus on iso osa työtämme myös”

”...ohjaaminen eri palveluihin, tukiin. Ravitsemusneuvonta. Käytöshäiriöiden hoito. Geriatriin konsultointi ja yhteys omaisiin.”

Yläluokka laitoshoidon joutumisen riskien tunnistaminen rakentui alaluokista kriisi/ongelmatilanne, kotona pärjääminen uhattuna sekä käytösoire. Aineistosta nousi esiin muistikoordinaattorin työskentely ongelmallisimpien asiakasryhmien kanssa.

”Muistikoordinaattorille ohjautuu alueella, jolla itse työskentelen, pääasiassa kaikki ongelmallisemmat asiakkaat. Yksin asuvat, lääkekielteiset, käytösoireiset, aliravitsemustilassa olevat, ja yleensä kotona pärjääminen on jo uhattuna.”

Yläluokka turvallisuuden edistäminen sisälsi alaluokat varmistaminen, ennaltaehkäisy sekä ennakointi. Aineistosta nousi teemoja ennakoinnista sekä konkreettisista toimista, joilla varmistettiin asioiden hoituminen. Vastausten mukaan muistikoordinaattorit tekevät kotikäyntejä, ottavat asiakkaita vastaan vastaanotolla sekä hoitavat asiakasasioita puhelimitse. Muistikoordinaattorin toimintatavat vaikuttavat joustavilta.

”Ennalta ehkäisevän työhön osallistuminen erilaisen verkostotyön kautta...”

”Meillä muistihoitaja on keskittynyt alkuvaiheen muistitutkimuksiin ja minä astun kuvioihin, jos huolta arjen sujumisesta ja toimintakyvyn laskusta tulee. Minä teen siis enimmäkseen kotikäyntejä.”

Yläluokka yksilöllinen hyvinvoinnin edistäminen sisälsi alaluokat sairaanhoidolliset toimenpiteet, sosiaalietyudet, palvelujen koordinointi, kokonaisvaltainen asioiden hoitaminen sekä itsemääräämisoikeuden varmistaminen. Laadullisen aineiston mukaan muistikoordinaattorit huolehtivat asiakkaan taloudellisesta puolesta tiedottamalla oikeuksista ja tarvittaessa auttavat konkreettisesti esimerkiksi hoitotukihakemuksen täyttämällä. Myös pieniä kliinisiä hoitotoimenpiteitä, kuten injektioiden pistämistä tai verinäytteiden ottamista kuului muistikoordinaattorin tehtäviin joillakin alueilla.

” Laboratoriokokeiden huolehtiminen; hyvin paljon, KELAN etuudet; Hyvin paljon”

” ... kotikäynnin kesto 1-2 tuntia sekä matkat päälle.”

” Omaishoidon tuen hakemisessa auttaminen, hoitotuen hakemuksen tekemisessä auttaminen. Tarvittavien lisäpalveluiden järjestäminen yhdessä muun moniammatillisen tiimin kanssa. ”

”... edunvalvonta valtuutuksesta, edunvalvonnasta ja hoitotahdosta kerron myös paljon...”

Yläluokka voimavarojen kartoittaminen sisälsi alaluokat toimintakyvyn arvio sekä palvelutarpeen arvio. Aineistosta nousi esiin mainintoja muistisairauden oireiden kartoittamisesta ja muistisairauden seurannasta. Tärkeänä toimenpiteenä muistikoordinaattorit nostivat esiin asiakkaan toimintakyvyn arvion, jota arvioidaan erilaisilla mittareilla, kuten MMSE tai CERAD. Tämä tulos vahvistaa aikaisempaa tietoa siitä, että muistikoordinaattorin tärkeä työtehtävä on muistisairauden seuranta.

*” Erilaisten toimintakykymittareiden-ja arviointien teko:
- gds, cdr, tmt, mna, audit, rava, Rai-screener jne.- jokaisella asiakastapaamisella tarpeen mukaan.”*

”... muistiseuranta etenemisen seuranta (asiakkaan ja omaisen haastattelu, havainnointi) ja lääkehoidon ohjaus ja neuvonta, seuranta”

”...kotona pärjäämisen selvittäminen/mahdollisten apujen koordinoiminen..”

Yläluokka verkostot, moniammatillinen yhteistyö sisälsi alaluokat työparityöskentely, hoitoneuvottelut sekä verkostot. Tulosten mukaan muistikoordinaattorit ovat hyvin verkostoituneita alueellisesti. Järjestöt, sekä erilaiset muistisairauksiin liittyvät tapahtumat nousivat esiin vastauksista.

” Yhteistyötahojen kanssa toimiminen esim. kotihoito, omaishoito, palvelutalot. Hoitoneuvottelut erilaisissa tilanteissa juuri em ihmisten kanssa, kun mietitään vaikkapa kotona pärjäämistä, os-jakson jälkeen tai käytösoireisen muistisairaana kohdalla, mukaan tulee os:n henkilökuntaa, fysioterapeutti ym”

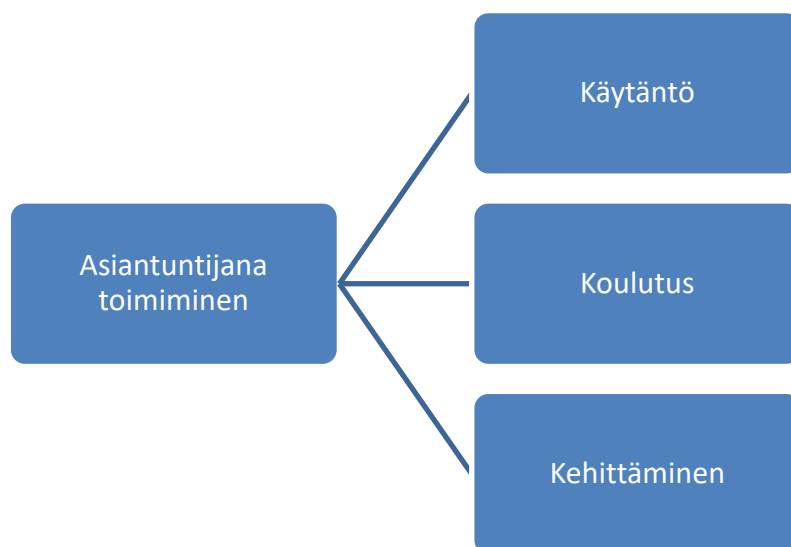
Yläluokka selviytymisen tukeminen sisälsi alaluokat tukeminen ja muistisairaana tukeminen. Laadullisesta aineistosta nousi esiin muistikoordinaattorin tuen tarpeen kohdistuminen vahvasti muistisairaana lisäksi myös omaiseen.

”Olen myös se henkisen tuen antaja usein käynnilläni”

”Fyysisen, psyykkisen ja henkisen/hengellisen hyvinvoinnin tukeminen...”

”Työhöni kuuluu tukea omaisia ja sairastuneita. Lisäksi järjestelen tarvittavia tukipalveluita...”

Muistikoordinaattoreiden ilmaisuista oman työn sisällöstä, muodostui sisällön analyysin avulla myös toinen pääluokka, asiantuntijana toimiminen. Liitteenä kuvio yläluokkien muodostamisesta (LIITE 6). Pääluokka muodostui yläluokista kehittäminen, koulutus sekä käytäntö (KUVIO 5).



KUVIO 5. Asiantuntijana toimiminen

Yläluokka käytäntö sisälsi alaluokat kotikäynti/vastaanotto, sijoittuminen hoitoprosessiin ja toiminta. Aineistosta nousi mainintoja toiminnan käytännön järjestelyistä. Sijoittuminen osaksi hoitoprosessia sekä erilaiset yksittäiset työtehtävät kuten päivätoiminnan järjestäminen tai puhelinkontaktit nostettiin esiin.

Yläluokka koulutus sisälsi alaluokat omasta kouluttautumisesta sekä kouluttajana toimimisesta. Tulosten mukaan muistikoordinaattorit toimivat muistisairauksien asiantuntijana ja kouluttajana omaisille/läheisille sekä muistisairaiden kanssa työskenteleville ammattilaisille. Laadullisen aineiston mukaan muistikoordinaattorit osallistuvat melko paljon erilaisiin tapahtumiin. Alueellisesti järjestettäviä tapahtumia ovat mm. Aivoviikko, Muistiviikko tai Muistikahvila. Myös osallistuminen alueellisiin yleisötilaisuuksiin kuvattiin tuloksissa.

”Tiedon jakaminen aivoterveystä ja muistiasioista... kysyntä ”tietoiskuihin” vaihtelee jonkin verran. Sananlevitessä on kysyntä lisääntynyt.”

”Omaisten ja esim. kotihoidon ohjaaminen muistioireisen kohtaamisessa sekä oireiden ymmärtämisessä.”

”Muistiryhmien vetäminen ja omaishoitajien kouluttaminen”

Laadullisen aineiston perusteella muodostimme yläluokan kehittäminen, joka sisälsi alaluokan kehittäminen. Tulosten mukaan muistikoordinaattorit toimivat muistipotilaan hoidon kehittäjänä alueittain.

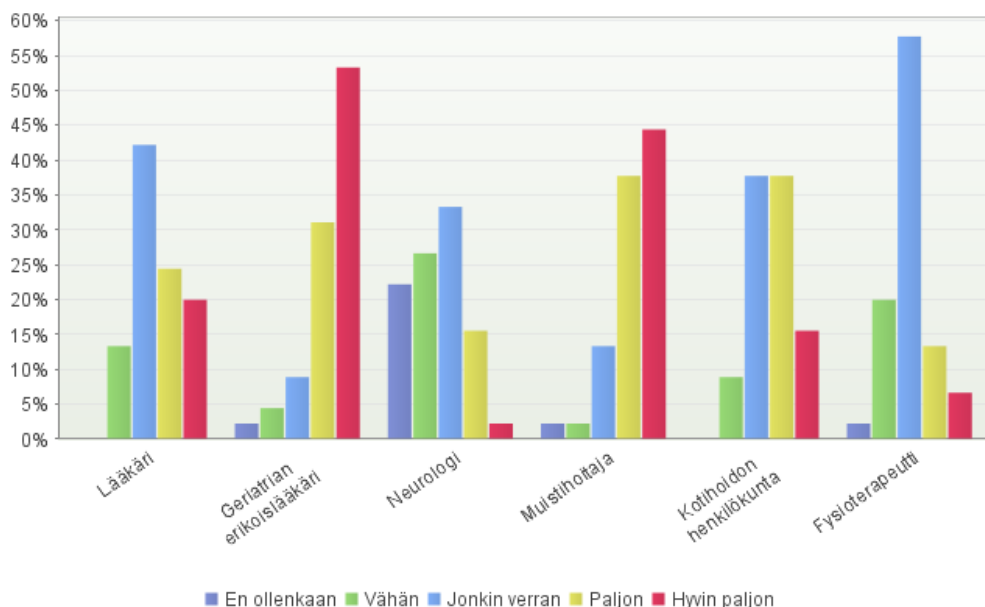
”...hoitopolkujen kehittämiseen ja muuhun kehittämistyöhön osallistuminen (muistiasiakkaan näkökulma)”

”...osallistumme runsaasti myös eri kokoonpanoilla varustettuihin ryhmiin, jossa kehitetään muistiasiakkaan hoitoa”

7.4 Moniammatillinen yhteistyö

Halusimme selvittää kyselyssämme, kenen kanssa muistikoordinaattori työskentelee ja kuinka tiiviisti (KUVIO 6). Suurin osa tutkimukseen vastanneista muistikoordinaattoreista työskentelee tiiviisti geriatrian erikoislääkärin kanssa. Lähes yhtä moni muistikoordinaattoreista kertoi työskentelevänsä muistihoitajan kanssa. Tämä vaikuttaisi antavan lisätietoa muistipotilaan hoitoprosessin järjestämisestä alueilla. Mikäli muistikoordinaattori työskentelee sekä geriatrin että muistihoitajan kanssa, voisi muistikoordinaattorin ajatella työskentelevän melko lähelle Käypä hoito -suositusten mukaisissa tehtävissä, sillä suositusten mukaan pitäisi hoitoprosessissa olla alussa mukana muistihoitaja ja diagnoosin jälkeisenä tukena muistikoordinaattori, tai ainakin alueen muistisairaalan hoitoprosessissa oli huomioitu sekä muistihoitajan että muistikoordinaattorin tarve. Vain 2,2 % vastaajista kertoi, ettei työskentele kummankaan ammattiryhmän kanssa ollenkaan. Kotihoidon henkilökunta

nousi myös tiiviiksi yhteistyötahoksi. Tulosten mukaan muistikoordinaattorit työskentelevät jonkin verran fysioterapeutin kanssa. Moniammatillista yhteistyötä vaikutti kuitenkin vastausten perusteella olleen laajalti alueilla.

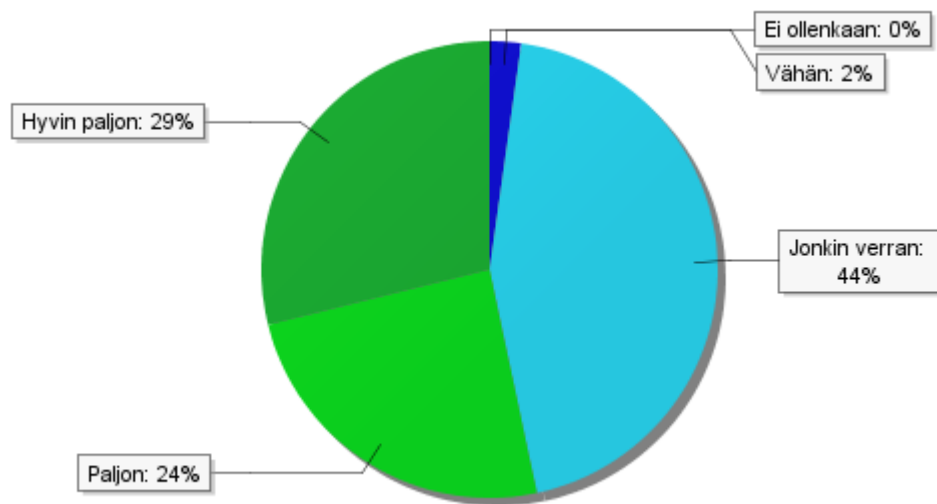


KUVIO 6. Muistikoordinaattorin työskentely ammattiryhmien kanssa

Halusimme syventää tietoa siitä, keiden muiden kanssa muistikoordinaattorit työskentelevät. Kysyimme asiaa avoimessa kysymyksessä. Tulosten mukaan yhteistyötahoja olivat erityistyöntekijät, sosiaalityöntekijät, palveluohjaajat, omaishoidon tuen henkilöstö, yksityiset palvelun tuottajat, kolmas sektori, sairaala, avoterveydenhuolto ja palveluasuminen. Lisäksi muistikoordinaattorit mainitsivat yhteistyötahoikseen osastonsihteerit, päivätoiminnan ohjaajat, toimistotyöntekijät, viralliset edunvalvojat, seurakunnan diakoniatyöntekijät, vapaaehtoistyöntekijät, omaiset ja läheiset, välitystilinhoitajat, maistraatin asiantuntijat, liikuntatoimen ohjaajat, poliisit, seurakunnat sekä hoitoalan opettajat.

7.5 Muistikoordinaattoreiden näkemys työn vaikutuksesta muiden sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttöön

Halusimme selvittää kyselyssä myös muistikoordinaattoreiden kokemusta heidän toimintansa vaikutuksista asiakkaiden muiden sosiaali- ja terveyspalveluiden runsaan käytön määrään. Vastausten perusteella 97 % muistikoordinaattoreista oli huomannut toiminnallaan olevan vaikutusta.

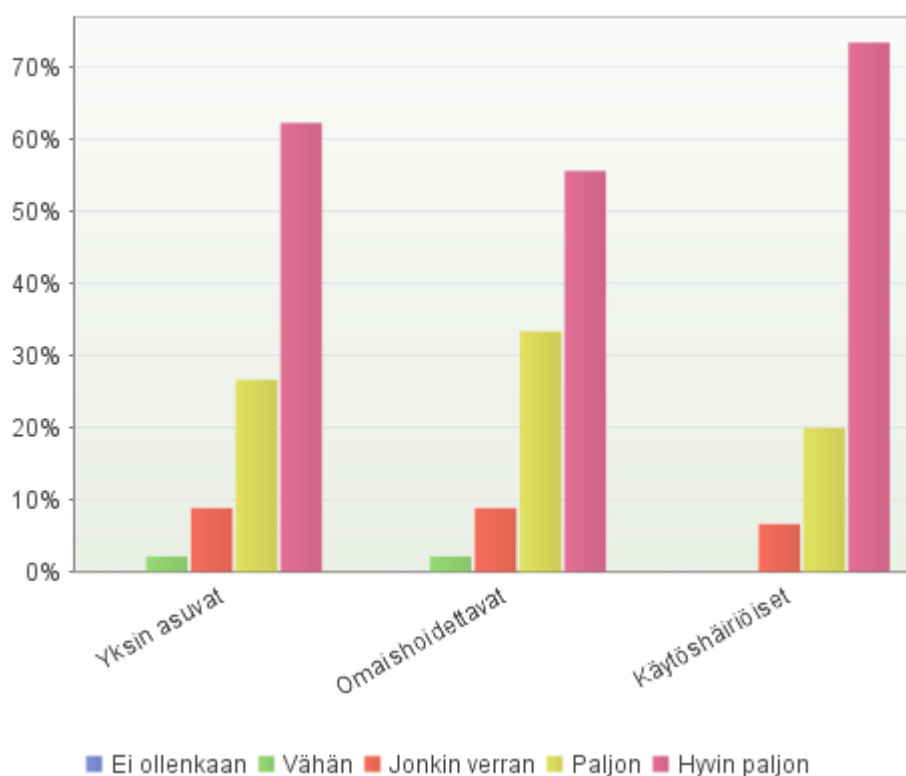


KUVIO 7. Muistikoordinaattoreiden näkemys oman työpanoksen vähentävistä vaikutuksista asiakkaan runsaaseen muiden sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttöön

Yli puolet muistikoordinaattoreista oli huomannut selvän vähentävän vaikutuksen asiakkaan muiden sosiaali- ja terveyspalveluiden käytössä. Tämä vahvistaa ajatusta muistikoordinaattoritoiminnan kehittämisen ja laajentamisen hyödyllisyydestä.

7.6 Asiakasryhmät

Vastanneiden muistikoordinaattoreiden mielestä muistikoordinaattorin työpanosta tarvitsevat hyvin paljon käytöshäiriöiset, yksin asuvat sekä omaishoidettavat (KUVIO 8). Vastauksista on selvästi nähtävissä, että kaikki nämä asiakasryhmät tarvitsevat muistikoordinaattorin palvelua.



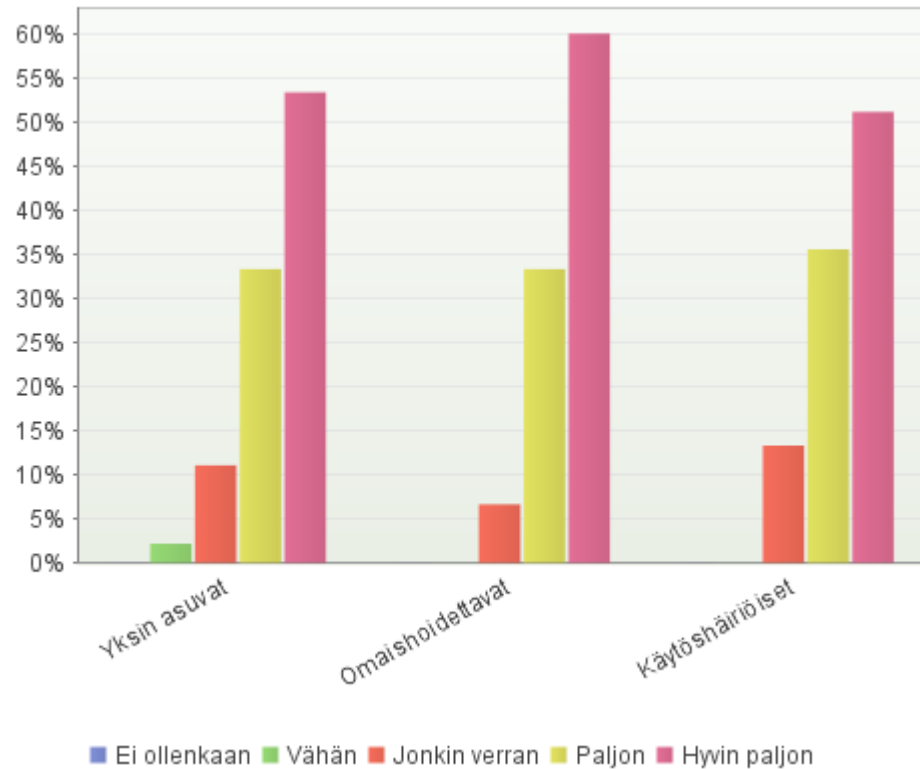
KUVIO 8. Muistikoordinaattorin työpanosta tarvitsevat asiakkaat

Halusimme selvittää, onko joitakin muita asiakasryhmiä, jotka muistikoordinaattorin työpanosta vastaajien mielestä tarvitsevat. Kysyimme asiaa avoimessa kysymyksessä. Laadullisen aineiston mukaan eniten muistikoordinaattorin työpanosta tarvitsevat muistisairaana läheiset. Tulos saa tukea teoretiedosta, sillä omainen usein on se taho, joka muistisairaana kotona asumisesta kuormittuu ja jonka tukeminen edesauttaa kotona selviämistä. Tulos on johdonmukainen kyselyn

aikaisempaan tulokseen verrattuna (KUVIO 3), jossa todettiin omaisten ja läheisten tukemisen olevan tärkeä osa muistikoordinaattorin työtä. Myös kriisiytyneet tilanteet, jolloin kotona asuminen on uhattuna, oli muistikoordinaattorien mielestä tilanne/ asiakasryhmä, joka muistikoordinaattoria tarvitsee. Tutkimuksen tulosten mukaan muistikoordinaattorin palvelua tarvitsevat muistisairaita hoitavat ammattilaiset, alle 65-vuotiaina muistisairauteen sairastuneet sekä hoitokielteiset muistisairaat. Niin sanotun epävirallisen omaishoitajan kanssa asuvat muistisairaat sekä ajokyvyn menettäneet nostettiin vastauksissa esiin. Laadullisen aineiston mukaan ne muistisairaat, jotka eivät olleet palveluiden piirissä, tai joiden kotihoitoa järjestettiin sekä niiden, joiden muistisairausdiagnoosi ei ollut vielä määritelty, kuuluivat myös muistikoordinaattorin asiakasryhmiin osalla alueista.

Vastaajista 75,6 % koki jonkin muistisairausdiagnoosin työllistävän muita enemmän. Muistikoordinaattoreiden kokemuksen mukaan Alzheimerin tauti sekä otsa-ohimolohkorappeuma olivat työllistävimpiä. Lewyn kappale-tauti mainittiin myös useissa vastauksista, sekamuotoiset muistisairaudet ja aivoverenkiertosairauden aiheuttama muistisairaus samoin.

Halusimme selvittää muistikoordinaattorin palvelua tarvitsevien asiakasryhmien lisäksi muistikoordinaattorien näkemystä siitä, mitkä asiakasryhmät palvelusta hyötyvät. Muistikoordinaattoreiden näkemyksen mukaan omaishoidettavat hyötyivät työpanoksesta eniten. Erittäin paljon hyötyivät kuitenkin myös yksin asuvat sekä käytöshäiriöiset muistisairaat. Tulosten mukaan kaikki vastaajat arvioivat näiden asiakasryhmien hyötyvän muistikoordinaattorin palvelusta. Seuraavaksi kuvio muistikoordinaattoreiden näkemyksestä siitä, mitkä asiakasryhmät hyötyvät muistikoordinaattorin työpanoksesta (KUVIO 9).



KUVIO 9. Muistikoordinaattorin työpanoksesta hyötyvät asiakkaat

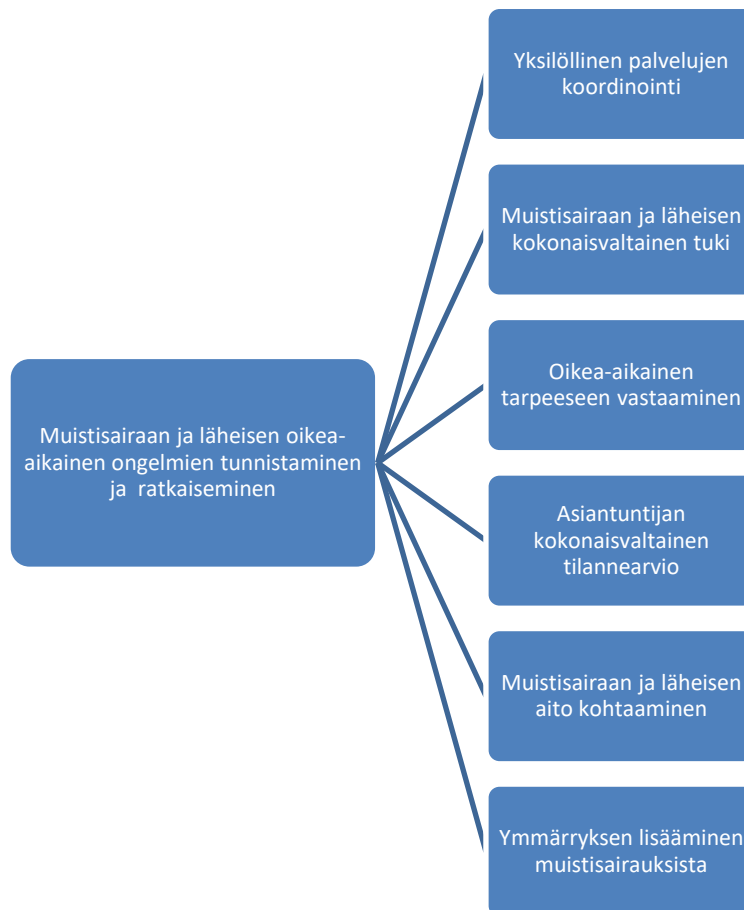
Kuten kuvio havainnollistaa, nousee kaikkien ryhmien hyvin paljon ja paljon vastauksien yhteenlaskettu osuus korkeaksi. Kaikissa asiakasryhmissä noin 90 % vastaajista koki näiden ryhmien hyötyvän muistikoordinaattorin työpanoksesta.

7.7 Muistikoordinaattorin tärkeimmät toimenpiteet

Selvitimme avoimella kysymyksellä muistikoordinaattoreiden näkemystä toimenpiteistä, jotka vaikuttavat hyödyttävän asiakasta eniten. Kaikki 45 kyselyyn vastannutta muistikoordinaattoria vastasi kysymykseen. Seuraavissa kappaleissa avaamme vastauksia ryhmittelyn sekä vastaajien suorien lainauksien muodossa.

Muodostimme vastauksista laadullisella sisällön analyysillä pääluokan muistisairaana ja läheisen oikea-aikainen ongelmien tunnistaminen ja

ratkaiseminen. Liitteenä kuviot yläluokkien muodostamisesta (LIITE 7). Seuraavaksi kuvio pääluokan muodostamisesta (KUVIO 10).



KUVIO 10. Muistikoordinaattorien hyödyllisimmiksi kokemat toimenpiteet

Yläluokka yksilöllinen palveluiden koordinointi sisälsi alaluokat palvelutarpeen arviointi ja palveluiden järjestäminen. Avoimen kysymyksen tuloksissa muistikoordinaattorit toivat esiin esimerkkejä käytännön asioista, kuten Kelan etuuksien hakemisesta ja erilaisten palveluiden järjestämisestä tarpeen mukaan. Myös omaishoitajien työn arvostus tuli esille aineistosta.

”Ensiarvoisen tärkeää on saada syntymään luottamus muistisairaahan sekä omaisten kanssa, jotta tarvittavia apuja saadaan muistisairaalle ja omaiselle”

Yläluokka muistisairaahan ja läheisen kokonaisvaltainen tuki muodostui alaluokista vertaistuki, tuki, omaisen tukeminen ja kokonaisvaltainen tuki. Tulosten mukaan muistikoordinaattorin hyödyllisimpiä toimenpiteitä ovat omaisen kuuntelemisen tärkeys, omaisen huomioiminen, osallistaminen sekä tukeminen. Muistisairaahan ja läheisen kokonaisvaltainen tuki, käsittää tuen kotona pärjäämisen tukemisesta omaisen kokonaisvaltaiseen tukemiseen sekä palveluun, jossa yksi ihminen on tavoitettavissa ongelmassa, joita muistisairas tai hänen omaisen kohtaa sairauden edetessä.

”Kokonaisvaltainen tuki. Tieto siitä, ettei pallotella paikasta toiseen vaan tiedon ja tuen saa samasta paikasta”

”Omaisen huolien kuunteleminen ja hänen hyvinvointinsa tukeminen, esim. intervallijaksot säännöllisesti”

”Omaisen ja muistipotilaan, molempien huomioiminen päätöksiä tehdessä. Omaisen tukeminen auttaa muistipotilasta pärjäämään pitempään omassa kodissa onnellisena!”

”Olla tavoitettavissa silloin, kun asiakas tarvitsee...”

”...Aikaa kuunnella ja ottaa ”koppi” asiasta. Asiakasta ei pompotella.”

Yläluokka oikea-aikainen tarpeeseen vastaaminen sisälsi alaluokat yksilöllisyyden huomioiminen oikea-aikaisesti, ennakointi, tavoitettavuus, ennalta ehkäisy sekä oikeudellinen ennakointi. Laadullisen aineiston mukaan asiakaslähtöisyys, oikea-aikaisuuden merkitys sekä nopea reagointi muutoksiin ovat muistikoordinaattorin hyödyllisimpiä toimenpiteitä. Tavoitettavuuden ja matalan kynnyksen palvelun merkitys on tärkeä, kun tavoitellaan ennaltaehkäisevää ja oikea-aikaista palvelua.

Muistikoordinaattoreiden antamissa vastauksissa yhteensä 42 vastauksessa oli mainintoja, jotka käsittelivät palveluiden oikea-aikaisuutta, asiakaslähtöisyyttä, ennakointia, muutoksiin reagointia, tavoitettavuutta, matalaa kynnystä yhteydenottoon sekä ennaltaehkäisyä.

”Ennaltaehkäisevä työ. Hoitajien kohtaamiskoulutus auttaa ymmärtämään heitä kohtaamaan asiakkaitaan, esim. käytöshäiriöiden suhteen, oikea aikaiset palvelut sekä konkreettinen ohjaus ja neuvonta lääkehoidosta ja ravitsemuksesta ja unesta”

”Oikea-aikaisesti järjestetyt tukipalvelut sekä henkinen tuki sairastuneelle sekä omaisille”

”...Yritän ennaltaehkäistä omaisten väsymistä.”

”...Riskien ennakointi. Oikeudellinen ennakointi.”

Yläluokka asiantuntijan kokonaisarvio tilanteesta muodostui alaluokista moniammatillisuus, arviointi ja seuranta. Asiantuntijan kokonaisarvio tilanteesta- yläluokkaan sisältyivät pelkistetyt ilmaukset muistikoordinaattorin verkostoista, arviointi työkaluista sekä muistipotilaan tilanteen tasalla pysymisestä. Tulos vahvistaa aikaisemmin todettua moniammatillisen tiimin sekä verkoston tärkeyttä.

”Selkeä, toimiva muistikoordinaattoriverkosto, joka pystyisi reagoimaan nopeasti muuttuviin tilanteisiin...”

”...Oikea-aikainen palvelutarpeen arviointi.”

”...Parhaan kokonaiskuvan saan kuitenkin aina käymällä asiakkaan luona ja haastatteleamalla häntä ja omaisia, läheisiä.”

Yläluokka muistisairaana ja läheisen aito kohtaaminen muodostui alaluokista muistikoordinaattorin vuorovaikutustaidot sekä

itseään määräämisoikeuden huomioiminen. Vastauksissa oli mainintoja luottamuksen ja kiireettömyyden ilmapiiiristä sekä jämäkästä, läsnäolevasta, rehellisestä ja turvallisesta kohtaamisesta. Kuuntelemisen ja keskustelemisen tärkeys nousi vastauksista esiin.

”Läsnäolo ja turvallisuuden tunteen luominen, niin että asiat hoituvat ja kaikki järjestyy”

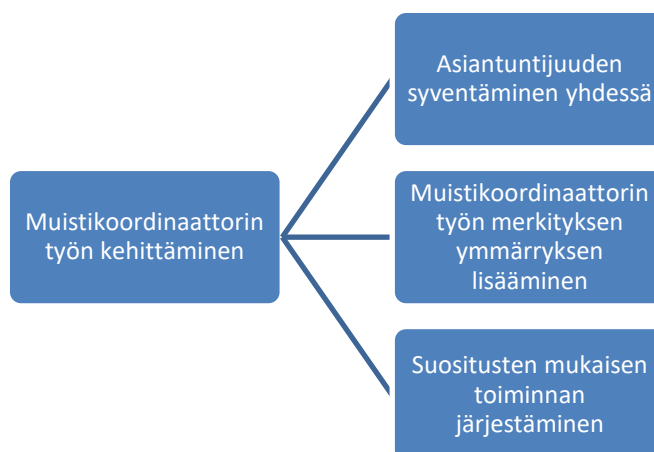
Yläluokka ymmärryksen lisääminen muistisairauksista muodostui alaluokista kouluttaminen, omaisen ohjaus ja ammattilaisten kouluttaminen. Muistikoordinaattorien näkemys tiedon antamisesta, lääkityksen ja omaisten ohjauksesta sekä ammattilaisten kouluttamisesta, koettiin vaikuttavaksi toimenpiteeksi muistisairaana hyväksi.

”Omaisen ohjaus ja neuvonta, kuunteleminen, ja omaisella on mahdollisuus olla yhteydessä muistikoordinaattoriin vaikeissa tilanteissa”

”Oikean tiedon saaminen muistisairaudesta auttaa asiakasta ja omaisia ymmärtämään sairautta ja sen oireita, mikä saattaa ehkäistä ja/tai lieventää käyttäytymisen oireita.”

7.8 Työn kehittäminen

Viimeisenä kysymyksenä kyselyssämme halusimme tietää, miten muistikoordinaattorit haluaisivat kehittää työtään. Saimme avoimeen kysymykseen runsaasti vastauksia, jotka analysoimme laadullisen tutkimuksen sisällön analyysillä. Luokiteltuamme pelkistettyjä ilmauksia muodostimme alaluokkia. Liitteenä kuvio yläluokkien muodostamisesta (LIITE 8) Seuraavalla sivulla on kuvio, joka havainnollistaa yläluokkia (KUVIO 11).



KUVIO 11. Muistikoordinaattorin työn kehittäminen

Yläluokka asiantuntijuuden syventäminen yhdessä muodostui alaluokista koulutus, työnohjaus/tuki, osaamisvaatimukset ja moniammatillisuuden hyödyntäminen verkostossa. Alaluokat sisälsivät mainintoja koulutuksesta, työnohjauksen ja tuen tarpeesta, osaamisvaatimusten yhtenäistämistä, työhön motivoitumisesta sekä näkemyksistä muistikoordinaattorin pohjakoulutuksen merkityksestä. Muistikoordinaattorit toivoivat vastausten perusteella muistikoordinaattoreiden osaamisvaatimuksia yhtenäistettävän ja työhön päätyvän motivoituneita ja asiasta kiinnostuneita ammattilaisia. Muistikoordinaattorit toivoivat laajempia kouluttautumismahdollisuuksia laajasti ympäri Suomea. Vastaajat nostavat esiin työnohjauksen ja tuen tarpeen muistikoordinaattorin työn ollessa ajoittain kuormittavaa ja intensiivistä. Yhteistyön, verkostojen sekä moniammatillisen yhteistyön kehittäminen nähtiin tärkeänä.

”...Riskien ennakointi on tärkeää ja vaatii tapaamisia riittävän usein. Riittävästi aikaa tausta- ja jälkityöhön, joka käynteihin liittyy. Mahdollisuus tiiviiseen yhteistyöhön lääkärin ja geriatrin kanssa.”

”...Työnkuvan ja koulutusvaatimusten yhtenäistäminen olisi ensimmäinen tavoite. Myös tarjolla oleva

muistikoordinaattorikoulutus on monen kirjavaa ja monen hintaista eikä voi olla varma vastaako se tarpeeseen.”

Yläluokka muistikoordinaattorin työn merkityksen ymmärryksen lisääminen sisälsi alaluokat budjetointi, julkisuus, arvostus, työn säilyminen, työn tuloksellisuuden arviointi ja vaikutusmahdollisuuksien lisääminen. Muistikoordinaattorit toivoivat lisää resursseja, jotta työn voisi toteuttaa riittävän laadukkaasti ja vaikuttavasti. Vastaajien mukaan tietoa muistikoordinaattoreista olisi tärkeää levittää, jotta sosiaali- ja terveystalouden ammattilaiset osaisivat hyödyntää muistikoordinaattorin osaamista. Samoin asiakkaat löytäisivät paremmin tarvitsemaansa apua, mikäli tietoisuus muistikoordinaattoritoiminnasta leviäisi enemmän. Muistikoordinaattorit toivoivat enemmän vaikutusmahdollisuuksia työn toteuttamiseen, esimerkiksi oikeutta aloittaa palveluita, jotta turhaa töiden päällekkäisyyttä vähennettäisiin:

” Toivoisin muistikoordinaattorille enemmän vaikutusmahdollisuuksia aloittaa tukipalveluita omin päin. Siinä tietysti tarvitaan laaja-alaista ammattitaitoa ja kokemusta, jotta pystytään ottamaan asiakkaan asiat kokonaisvaltaisesti huomioon. Tällä hetkellä liian moni käy arvioimassa muistisairaana palvelujen tarvetta, mikä väsyttää ja sekoittaa sairastunutta sekä omaisia. Lisäksi se hidastaa palvelujen aloitusta.”

Muistikoordinaattorit toivoivat työpanoksensa vaikuttavuuden tarkempaa arviointia, jotta työn tulokset tulisivat näkyviksi. Osa vastaajista toivoi työn arvostuksen lisäämistä, toinen toivoi työn säilyvän.

Yläluokka suositusten mukainen toiminnan järjestäminen sisälsi alaluokat muistikoordinaattorin toiminnan laajentuminen, hoitoprosessin kehittäminen, muistikoordinaattorien yhtenäinen työnkuva sekä toiminnan järjestäminen. Muistikoordinaattorit toivoivat muistisairaana hoitoprosessin kehittämistä, muistikoordinaattoritoiminnan laajentamista sekä työnkuvan suuntaamista Käypä hoito -suositusten mukaiseen koordinoimiseen. Vastaajat toivoivat

myös muistikoordinaattorin työnkuvan yhtenäistämistä ja työn jaon selkeyttämistä. Tiedonkulussa, tietojärjestelmien käyttöoikeuksissa, vastaanottotilojen neutraaliudessa sekä toiminnan perusedellytyksissä nähtiin kehittämisen varaa.

”... Tehtäviin henkilöt, jotka siihen haluavat.”

”...Yhdenmukaisemmat linjaukset muistikoordinaattorin työnkuvaan ja tehtäviin kunnasta/kaupungista riippumatta”

”Asiakasperheiden määrän tulisi olla käypähoitosuosituksen mukainen, 50-60 perhettä.”

8 IMS-MALLINNUS MUISTIKOORDINAATTORIN TYÖPANOKSESTA OSANA PÄIJÄT- HÄMEEN HYVINVOINTIKUNTAYHTYMÄN MUISTIPOTILAAN HOITOPROSESSIA

Mallinsimme muistikoordinaattorin työpanoksen sijoittumisen Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän muistisairaalan hoitoprosessiin IMS-ohjelmiston prosessikartan avulla (LIITE 2). IMS-ohjelmiston prosessikartan avulla havainnollistetaan toimintatapoja organisaatioissa (Arter.fi). Muistikoordinaattorin työpanos sijoittuu osittain nykyisen muistihoidajan työpanoksen kanssa päällekkäin. Muistisairaalan hoitoprosessin nykymallissa (LIITE 1) diagnoosin jälkeiset seurannat jatkuvat muistihoidajalla muistihoidajan arvioiman riittävyyden puitteissa. Uudessa mallissa muistihoidajan ja geriatrin seuranta jatkuisi pääsääntöisesti vain kuusi kuukautta muistisairausdiagnoosin jälkeen, josta eteenpäin asiakkaat siirtyisivät muistikoordinaattorin asiakkaiksi. Kaikki muistihoidajan seurannasta poistuvat asiakkaat saisivat oman muistikoordinaattorinsa yhteystiedot, johon voisivat tarvittaessa ottaa yhteyttä. Muistisairaalan säännöllinen jatkoseuranta tapahtuisi uuden mallin mukaan lähiklinikoilla, mutta mikäli lähiklinikan sairaanhoitaja huomaisi uusia ongelmia asiakkaan arjessa, voisi lähiklinikan sairaanhoitaja antaa muistikoordinaattorille asiakkaan yhteystiedot, jotta muistikoordinaattori sopisi kotikäynnistä asiakkaan luona. Muistikoordinaattorilla olisi tarvittaessa suora konsultaatioyhteys geriatrille, mikäli muistikoordinaattorin keinot eivät riitä vastaamaan asiakkaan tarpeisiin.

Mikäli muistihoidaja tai geriatri arvioi asiakkaan olevan niin sanotusti riskiryhmässä palveluiden tarpeen suhteen jo puolen vuoden jälkeen muistisairausdiagnoosin asettamisesta, voisi muistihoidaja antaa asiakkaan tiedot muistikoordinaattorille, joka ottaisi asiakkaaseen yhteyttä eikä jäisi odottamaan asiakkaan omaa yhteydenottoa. Näin suurimmassa pitkäaikaishoitoon joutumisen riskissä olevat asiakkaat eivät jäisi ilman tukea, vaan muistikoordinaattori olisi heidän apunaan. Asiakkaat, jotka edelleen ovat geriatrin seurannassa, jatkaisivat seurantakäyntejä muistihoidajalla geriatrin arvioiman tarpeen mukaan. Kun geriatri arvioisi tilanteen olevan vakaa, voisi seuranta siirtyä joko lähiklinikalle samoin kuin

puolen vuoden jälkeen diagnoosista, jolloin asiakas saisi oman muistikoordinaattorinsa yhteystiedot, tai asiakkaan yhteystiedot voitaisiin antaa muistikoordinaattorille yhteydenoton varmistamiseksi.

Muistikoordinaattorin työpanos on todennäköisesti nykyistä muistihoitajan seurantamallia kokonaisvaltaisempi, sillä muistikoordinaattorin toimenkuva on kotona pärjäämisen ongelmia ennakoiva sekä joustava ja asiakaslähtöinen. Nykyisessä toimintamallissa muistihoitajan työajan puitteissa ei ole mahdollista varautua muistipotilaan vaihteleviin tilanteisiin eikä muistihoitajan ole mahdollista niihin reagoida joustavasti ja asiakaslähtöisesti, muistikoordinaattorin riittävästi resursoitu työpanos onkin muistisairaahan hoitoprosessin toimivuuden kannalta olennainen.

Valtakunnallisesti muistikoordinaattorin työpanos suuntautuu pääasiassa muistisairaahan ja omaisen/läheisen tukemiseen ja ohjaukseen. Yksilöllinen ja ennakoiva avun järjestäminen nähdään muistikoordinaattorien mukaan hyödyllisimpänä toimenpiteenä. Ongelmatilanteita ennakoiva ja niihin tarttuva työskentely vaatii riittävää joustavuutta työjärjestelyissä, jotta muuttuviin tilanteisiin on mahdollista reagoida ja puuttua oikea-aikaisesti.

Mielestämme, tutkimustuloksiimme vedoten, muistikoordinaattorin tulisi tehdä pääsääntöisesti kotikäyntejä asiakaslähtöisesti.

Muistikoordinaattorin osaamista tulisi hyödyntää erityisesti kohdistamalla muistikoordinaattorin osaamista asiakasryhmille, joilla on kotona selviytymisen päättymisen riskejä havaittavissa. Muistikoordinaattorin perustehtävä olisi tunnistaa ja ennakoida tehostettuun palveluasumiseen päättymisen riskejä ja ratkaista ongelmia. Palvelujärjestelmän tuntemus ja tukipalvelujen järjestely ovat olennaisia tietotaitoja, joita muistikoordinaattorin tulee osata hyödyntää. Omaisen ja läheisen tukeminen, ohjaus ja neuvonta esimerkiksi käytösoireiden kohtaamisessa ja hoidossa ovat olennaisia työtehtäviä.

Muistikoordinaattorin työpanoksen sijoittuminen osaksi muistisairaahan hoitoprosessia sai tukea kyselymme vastauksista. Valtaosa vastaajista työskenteli tiiviisti muistihoitajan sekä geriatrian erikoislääkärin kanssa.

Myös asiakkaiden ohjautuvuus pohjautui ammattilaisen arvioon, samoin muistikoordinaattorin työpanoksen sijoittuminen muistisairaahan hoitoprosessin osaksi nousi esiin useista vastauksista.

9 YHTEENVETO

9.1 Kehittämishankkeen tulosten pohdinta

Tämän tutkimuksellisen kehittämishankkeen tarkoituksena oli edistää muistipotilaan tarkoituksenmukaista sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttöä kotiin vietävän muistikoordinaattoritoiminnan avulla. Tavoitteenamme oli kartoittaa, miten muistikoordinaattorin työ on organisoitu Suomessa ja mitä työ sisältää. Sen lisäksi tavoitteenamme oli kuvata Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän Geriatrisen keskuksen palveluihin muistikoordinaattorin kotiin vietävä palvelu osana muistisairaalan hoitoprosessia. Tutkimuksellisenä menetelmänä kehittämishankkeessa käytettiin sähköpostikyselyä, joka lähetettiin Webropol -ohjelmiston avulla. Vastauksista selvisi Suomessa toimivien muistikoordinaattoreiden työn sisältöä, miten työ on organisoitu sekä mielipiteitä oman työn kehittämiskohteista.

Kehittämishankkeen tavoitteet täyttyivät hyvin. Saimme kyselytutkimuksen tuloksista paljon tietoa tavoitteiden täyttämiseksi. Tulokset myös saivat tukea teoreettisesta viitekehystä. Kyselyyn luodut avoimet kysymykset toivat laadullista tietoa tutkimukseen antaen lisää ymmärrystä muistikoordinaattorin työstä. Sähköpostikysely oli kustannustehokas sekä toimiva ratkaisu tavoittaa eri puolilla Suomea työskentelevät muistikoordinaattorit.

Ensimmäisenä tavoitteenamme oli kartoittaa, miten muistikoordinaattorin työ on organisoitu ja mitä työ sisältää. Tutkimuksemme tulosten perusteella muistikoordinaattoreiden työn ytimessä on muistisairaalan raskaampien palveluiden aloituksen viivästyttäminen (KUVIO 4).

Tutkimuksen perusteella näyttää siltä, että muistikoordinaattorin työtä tekee monen eri koulutusohjan omaava ammattilainen. Tutkimuksemme vastaajista suurin osa oli pohjakoulutukseltaan sairaanhoitajia/terveydenhoitajia. Tämä on samansuuntainen tulos kuin vuonna 2016 Suomen muistiasiantuntijoiden kyselytutkimuksesta saaduissa tuloksissa,

joissa sairaan- ja/tai terveydenhoitajia oli myös enemmistö vastaajista (Toljamo & Nikumaa 2016).

Muistikoordinaattoreiden määrä organisaatioittain oli tutkimuksemme mukaan 1-14 kappaletta. Nikumaan ja Toljamon (2016) tutkimuksessa muistikoordinaattoreita oli 1-13, kun vuonna 2011 (Toljamo & Koponen 2011a) muistikoordinaattoreita oli 1-8. Määrä näyttää hitaasti kasvaneen.

Tutkimuksemme mukaan muistikoordinaattorille ohjautuu asiakkaita monella eri tavalla. Muistikoordinaattoritoiminta on osassa organisaatioita osana muistisairaan hoitoprosessia, joten silloin voidaan olettaa organisaatiossa toimittavan Käypä hoito -suositusten suuntaisesti (ks. Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2017).

Muistikoordinaattorin työtehtävien voisi tulkita painottuvan suuressa osassa organisaatioissa enemmän muistisairauden seurantaan, ohjaamiseen sekä neuvontaan, kuin diagnostiseen vaiheeseen. Muistikoordinaattorin työllä pyritäänkin Virran, Raution ja Toljamon (2013) mukaan täydentämään muistisairaan hoitoprosessia tukemalla yksilöllisesti voimavaroja sekä huomioimalla omaisia (Virta, Rautio & Toljamo 2013). MMSE-testi sisältyi muistikoordinaattoreiden työtehtäviin huomattavasti enemmän kuin CERAD. MMSE testiä käytetään yleisemmin muistisairauden seurantaan, kun CERAD taas on diagnostinen testi (Rosenvall & Erkinjuntti 2016). Muistisairauden säännöllinen seuranta on noussut myös Toljamon ja Kopsen (2011a) sekä Kopsen ja Nikumaan (2016) tutkimuksissa esiin. Vuonna 2011 muistikoordinaattorin tehtäviin on kerrottu sisältyneen myös diagnosoimattomien muistisairaiden löytämistä sekä hoitamista (Toljamo & Koponen 2011a). Myös vuonna 2016 diagnostisten testien on kerrottu olevan jopa keskeisimpiä muistikoordinaattoreiden työtehtäviä (Koponen & Nikumaa 2016).

Tutkimuksemme mukaan muistikoordinaattorin työssä muistisairaan turvallinen kotona selviytymisen tukeminen koostuu muistisairaan ja/tai omaisen ohjauksen sekä tukemisen, palveluohjauksen, kotona pärjäämisen riskien tunnistamisen sekä yksilöllisen hyvinvoinnin

edistämisen kautta. Muistikoordinaattorit käyttävät verkostoa sekä moniammatillista yhteistyötä apunaan muistisairaam voimavarojen kartoituksessa ennakoivissa ongelmatilanteissa, jotka vaarantavat kotona pärjäämisen. Eloniemi-Sulkava, Juva ja Mäkelä (2015b) ovatkin todenneet muistikoordinaattoritoiminnan vaikuttavuuden perustuvan juuri ennakkointiin ja kykyyn tarttua ennakoivasti vaaratekijöihin jotka voisivat johtaa ympärivuorokautiseen hoitoon päätymiseen (Eloniemi-Sulkava, Juva & Mäkelä 2015b). Tutkimuksemme mukaan muistikoordinaattoreiden työnkuvaan kuuluvat kotikäynnit. Kotiin vietävä palvelu onkin muiden avopalveluiden lisäksi esisijainen ikäihmisen hoidon ja huolenpidon muoto (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista, 7- 15 §, 980/2012).

Toisena tavoitteenamme oli kuvata Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän Geriatrisen keskuksen palveluihin muistikoordinaattorin kotiin vietävä palvelu osana muistipotilaan hoitoprosessia. Laadimme IMS-ohjelmistolla prosessikartan kyselytutkimuksemme tulosten, yhteistyöpalaverien sekä teoritiedon perusteella. Muistikoordinaattorin työpanosta tarvitaan muistisairaam seuramiseen, omaisten ja läheisten tukemiseen, joten muistikoordinaattorin työ sijoittuu mallimme mukaan hoitoprosessin loppupäähän.

Tutkimuksemme mukaan moniammatillinen yhteistyö on suuressa osassa muistikoordinaattorin työtä. Myös verkostotyöskentelyä tarvitaan, jotta asiakkaan palveluntarve saadaan täytettyä. Tutkimustieto tukee muistikoordinaattorin sijoittumista Geriatriseen keskukseseen, jossa yhdessä muistihoitajien sekä geriatrien kanssa muistikoordinaattorit toimivat moniammatillisen muistitiimin jäsenenä. Yksi muistisairaam hoidon onnistumisen edellytyksistä onkin saumaton hoitoketju (Suhonen ym. 2008, 9). Muistikoordinaattorin lisääminen osaksi muistipotilaan hoitoprosessia mallimme mukaan vähentäisi merkittävästi muistihoitajan työtä muistisairaam muistisairaam seurannan osalta, jolloin muistihoitajan vastaanottoaikoja vapautuisi uusien asiakkaiden alkukartoituksiin. Tämä on muistisairaam hoitoprosessissa tärkeä vaihe ennen muistisairaam

diagnoosin asettamista. Martikainen ja Viramo (2015a) ovatkin nostaneet esiin muistisairauden varhaisen toteamisen taloudellisen hyödyn.

IMS- mallinnuksemme käyttöönoton avulla, sen lisäksi, että muistihoitajan työpanosta voidaan keskittää muistisairaahan hoitoprosessin alkuvaiheeseen, voidaan mahdollisesti viivästyttää muistisairaahan raskaampien palveluiden aloitusta ja mahdollisesti luoda merkittävää säästöä sosiaali- ja terveystalouteen. Muistisairauksien kokonaiskustannuksista on arvioitu 85 % johtuvan ympärivuorokautisesta hoidosta (Hellsten & Kortelahti 2016, 1601). Tutkimuksemme mukaan muistikoordinaattorit ovat huomanneet asiakkaidensa runsaan muiden sosiaali- ja terveystalouden käytön vähentyneen (KUVIO 7), joka on myös potentiaalinen säästöjä tuova kohde. Pitkälä ym. (2006, 146, 149-151) ovatkin todenneet tutkimuksessaan merkittävän osan koordinaattoritoiminnan mahdollistamista säästöistä muodostuvan juuri muiden sosiaali- ja terveystalouden käytön vähenemisestä (Pitkälä ym. 2006, 146, 149-151). Omaisten/läheisten tukeminen on tutkimuksemme mukaan tärkeä muistikoordinaattorin yksittäinen työtehtävä.

Ympärivuorokautisen hoidon piiriin joutumista voi viivästyttää omaisen ja sairastuneen neuvonnalla ja tuella (Suhonen ym. 2011, 1115). Palvelun laatua lisää oikea-aikainen palvelujen koordinointi (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019, 36).

Asiantuntijoiden suosituksen mukaan pitäisi muistikoordinaattoreita olla yksi 10 000 asukasta kohden mikäli 15 % tai enemmän asukkaista on yli 65-vuotiaita (Toljamo & Koponen 2011b). Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän väestöpohjan ollessa 212 000, tarkoittaisi tämä 21 muistikoordinaattoria, sillä alueen yli 65 vuotiaiden osuus on 25,4 %. Sulkavan ja Viramon (2015a) mukaan yli 65-vuotiaiden joukossa muistisairauksien vallitsevuus on 5-9 %. Tutkimuksemme mukaan Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän väestöpohjaa vastaavissa organisaatioissa (väestöpohja 150 000-250 000) työskentelee keskimäärin 7,7 muistikoordinaattoria. Muistikoordinaattoreiden riittävä resursointi väestöpohjaan suhteutettuna saattaisikin olla hyvä keino vastata muistisairauksien vallitsevuuteen.

9.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Kehittämishankkeemme tarkoituksena on edistää muistisairaana sosiaali- ja terveyspalveluiden tarkoituksenmukaista käyttöä kotiin vietävän muistikoordinaattoritoiminnan avulla. Tutkimuksen aihe on noussut työelämän tarpeista kehittää Päijät-Hämeen Geriatriksen keskuksen toimintaa vastaamaan muistisairauksien vallitsevuuden nopeaan kasvuun sekä siitä johtuviin taloudellisiin tekijöihin. Muistikoordinaattoritoiminnalla tavoitellaan kotihoidon aloituksen tai raskaamman laitoshoidon aloittamisen viivästyistä. Tutkimuksen luotettavuuteen kuuluu pohdinta tutkimuksen tarpeellisuudesta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 40). Myös tutkimuksen tieteen ulkopuoliseen etiikan pohtimiseen kuuluu mietintä aiheen valinnasta ja miten asiaa tutkitaan (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 212). Pohdimmekin tutkimuksemme toteutuksen lähtökohtia yhdessä Geriatriksen keskuksen työryhmän kanssa, joten tutkimuksemme näkökulma on tarvelähtöinen. Muistikoordinaattorin työn sisällöstä ja sen järjestämisestä muissa organisaatioissa haluttiin ajantasaista tietoa Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän oman toiminnan kehittämisen tueksi.

Tutkimuksen luotettavuuden arviointiin kuuluu validiteetin sekä reliabiliteetin pohdinta. Validiteetissä mietitään kvantitatiivisen tutkimuksen osalta, onko tutkittavasta asiasta saadun teorian pohjalta laadittu oikeita kysymyksiä tavoitteen ja tarkoituksen kannalta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 226.) Perehdyimme teoriaan laajasti ja monipuolisesti hyödyntäen erilaisia lähteitä, jotta muodostaisimme mahdollisimman moniulotteisen kuvan muistikoordinaattoritoiminnasta sekä muistisairaana kotona selviytymistä edesauttavista toimista.

Validiteetti voidaan jakaa sisäiseen ja ulkoiseen validiteettiin (Kananen 2010, 128). Tutkimuksen luotettavuuden perustana on mittarin sisältövaliditeetti (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152; Kananen 2010, 130). Sisältövaliditeetti mittaa mittarin tarkkuutta ja sen toteutumista on vaikea todistaa. Mittarien perustelu ja dokumentointi on tärkeää sisältövaliditeetin kannalta. Mittareina kannattaa käyttää aiemmin hyväksi

havaittuja, toimivia mittareita. (Kananen 2010, 130.) Teoriatiedon sekä yhteistyöpalaverissa kerätyn tiedon operationalisoimme mittarin eli kysymyslomakkeen muotoon, jotta pystyimme keräämään aineistoa muistikoordinaattoreiden työn eri osa-alueista. Tavoitteenamme oli kartoittaa, miten muistikoordinaattorin työ on organisoitu Suomessa ja mitä työ sisältää, joten kysyimme näitä asioita. Teoria ohjasi kysymystemme muodostamista. Valitsimme ordinaaliasteikon sisällön teoriaan sekä yhteistyöpalavereihin pohjautuen.

Kriteerivaliditeetti on sisältövaliditeetin alakäsite ja tarkoittaa aiempien tutkimustulosten käyttöä omien tutkimustulosten tukena (Kananen 2010, 131). Aiemmin raportissamme vertailimmekin muiden tutkimusten tuloksia tämän kehittämishankkeen myötä saatuihin tuloksiin. Kuten osoitimme, ovat oman tutkimuksemme tulokset linjassa aiempien tutkimustulosten kanssa.

Ennen mittarin käyttöä tulisi se testata ennalta ja esitestaaminen onkin erityisen tärkeää, kun käytetään vasta muodostettua mittaria (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 191). Testatessamme kyselylomaketta, tarkastelimme kehittämishankkeemme kohdalla myös kyselylomakkeen toimivuutta. Pyysimme työryhmämme muistisairauksien asiantuntijoiden arviota kyselylomakkeestamme sähköpostilla ennen kyselyn lähettämistä. Pyrimme kyselyllämme saamaan vastauksia osin heiltä saatuihin kysymyksiin koskien muistikoordinaattorin työtä sekä lisäämään luotettavuutta näennäisvaliditeetin avulla, joten muistiasiantuntijoiden kommentit olivat meille tärkeitä. Näennäisvaliditeetti tarkoittaakin juuri asiantuntijoiden arvioita valitun mittarin luotettavuudesta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 154).

Ulkoista validiteettia olemme pohtineet monessa vaiheessa tutkimusta. Kanasen (2010, 129) mukaan ulkoisessa validiteetissa tarkastellaan tutkimuksen tulosten yleistettävyyttä, joka on määrällisen tutkimuksen tavoite. Tärkeää onkin valita tutkimuksen vastaajajoukoksi eli populaatioksi oikeat henkilöt. Populaatiosta eritellään tarvittaessa otanta eli pienempi joukko. (Kananen 2010, 129.) Kohderyhmäksi valikoitui Suomessa

toimivat muistikoordinaattorit, joita oman kartoitustyön tuloksena löytyi 72 muistikoordinaattoria 33 organisaatiosta. Painotimme kartoittaessamme muistikoordinaattoreiden yhteystietoja, että etsimme muistikoordinaattorinimikkeellä työskenteleviä sekä myöhemmin kohdistimme saatekirjeen muistikoordinaattoreille. Tähän kehittämishankkeeseen valittiin kaikki löytämämme muistikoordinaattorit, joten toteutimme kyselyn kokonaistutkimuksena. Uskoimme tavoittaneemme lähes kaikki Suomessa muistikoordinaattorinimikkeellä työskentelevät henkilöt. Kanasen (2010, 129) mukaan populaation ollessa pieni, ei otantaa tarvitse erikseen valita, vaan tehdään kokonaistutkimus. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden osoittamiseen liittyy kohderyhmän kuvaaminen ja määrittely, myös käytetyt mittarit tulee perustella ja määritellä hyvin (Kananen 2008, 17). Ulkoisesta validiteetista ei ole tarve kantaa suurta huolta, mikäli tehdään kokonaisotanta populaation ollessa pieni, alle sadan (Kananen 2010, 129).

Reliabiliteetin osoittaminen kvantitatiivisessa tutkimuksessa on periaatteessa yksinkertaista, sillä mikäli tutkimuksen kaikki vaiheet on dokumentoitu riittävän tarkasti, jotta tutkimus voidaan toistaa, on reliabiliteetti osoitettu. Ratkaisuihin tulee löytyä perusteet. (Kananen 2008, 83.) Tässä tutkimuksessa olemme pyrkineet huomioimaan reliabiliteetin riittävällä kuvauksella tutkimuksen kulusta ja perustelemaan käytetyt kehittämismenetelmät. IMS- mallinnuksen osalta olemme pyrkineet perustelemaan valittuun ratkaisuun päätymisen esittelemällä tutkimuksemme tulokset, jotka tukivat ehdottamaamme mallia.

Pohdimme tutkimuksen eettisyyttä monesta näkökulmasta. Helsingin julistuksessa on koottuna eettiset ohjeet tutkimustyölle lääketieteessä. Periaatteet ovat maailmanlaajuisesti käytössä ja niitä päivitetään tarvittaessa. Julistuksessa otetaan kantaa mm. tutkijan vastuuseen, tutkittavien valintaan, eettisen toimikunnan työhön sekä potilaiden turvallisuuden ja oikeuden toteutumiseen. Hoitotieteitä koskeviin tutkimuksiin on tehty omat ohjeistukset, vaikka samat lait ja asetukset ohjaavat myös hoitotieteitä. American Nurses Association on julkaissut yhdeksän periaatetta, joita tutkijan tulisi noudattaa. Itsemääräämisoikeus

ja tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus ovat lähtökohtia tutkimuksen eettisyydelle. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 173-177.) Kyselyyn vastaaminen oli täysin vapaaehtoista ja saatekirjeessä pyrimme antamaan tarvittavat tiedot tutkimuksesta, myös tutkijoiden yhteystiedot. Olimme henkilökohtaisesti yhteydessä vähintään yhteen henkilöön jokaisessa tutkimukseen osallistuneessa organisaatiossa useita kuukausia ennen kyselyn toteuttamista, joten vastaajilla oli jo hyvissä ajoin tietoa tulevasta tutkimuksesta.

Kehittämishanke liittyy keskeisesti oman työmme kehittämiseen. Kehittämishankkeessamme ei ollut tarkoitus käsitellä asiakkaiden kokemuksia tai tutkittavien henkilötietoja. Aineiston hankinnassa ei siis käsitelty arkaluonteisia asioita, jonka vuoksi emme hakeneet eettisen toimikunnan hyväksyntää tutkimukselle. Tästä huolimatta haimme jokaisen muistikoordinaattorin organisaatiosta lupaa tutkimukselle, joka tarkoitti 30 tutkimuslupan hakemista. Kyselyn suorittamiseen annettujen lupien lisäksi pidimme vastausta kyselyyn muistikoordinaattoreiden omana suostumuksena kyselyyn osallistumiseen. Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2013, 220) mukaan kyselyyn vastaaminen voidaankin tulkita tietoisesti suostumukseksi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 220).

Tutkimusetiikassa tieteen sisäisellä etiikalla tarkoitetaan kyseessä olevan tieteenalan luotettavuuteen ja totuudellisuuteen, jolloin tarkastelun alla on suhde koko tutkimusprosessiin, tavoitteeseen ja tutkimuskohteeseen. Yksi tällainen perusvaatimus on, ettei tutkimusaineistoa keksitä tai väärennetä. Sisäiseen etiikkaan kuuluu myös esimerkiksi tutkimusaineiston käsittely. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 212.) Käsitelimme tutkimusaineistoa objektiivisesti ja raportoimme tuloksista totuudenmukaisesti. Tutkimusaineistoa käsiteltiin anonymisti. Webropol -ohjelman kautta lähetetyt kyselyt palautuivat nimettöminä. Emme siis pystyneet yksilöimään eri vastauksia tiettyyn muistikoordinaattoriin. Osista vastauksista saattoi päätellä muistikoordinaattorin organisaation, mutta olemme huomioineet asian raporttia kirjoittaessa varmistaaksemme anonymiteetin. Webropol -ohjelmaan oli luotuna käyttäjälle oma salasana,

jonka takana olivat tiedot vastaajista. Aineistoa tuleekin säilyttää lukitussa paikassa tai salasanalla suojattuna anonymiteetin toteutumiseksi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 221).

9.3 Jatkokehitysehdotukset

Tutkimusaineistosta olisi varmasti saanut nostettua vielä paljon mielenkiintoisia ajatuksia toisiinsa vaikuttavista tekijöistä. Rajasimme kuitenkin tulosten sisällöstä esiin nostetut kokonaisuudet tutkimuksemme tavoitteiden mukaisesti. Kartoitimme tutkimuksessamme muistikoordinaattorin työn kuvaa, työn järjestämistä sekä asiakasryhmää. Tutkimuksessa nousi esiin myös työn sisällön kannalta mielenkiintoisia vihjeitä esiintyvyyksistä muistikoordinaattoreiden kokemasta työn vaikutuksista muiden sosiaali- ja terveystalveluiden käytön määrään sekä käytön vähenemiseen yhteydessä olevista tekijöistä. Tuloksia tarkasteltaessa on otettava huomioon, että työn vaikuttavuuden arvio perustuu muistikoordinaattorin näkemykseen.

Jatkotutkimuksen aiheena muistikoordinaattorin työn kustannusvaikuttavuus olisi varmasti ajankohtainen ja tärkeä aihe. Myös muistikoordinaattorin työpanoksen vaikutukset muistisairaana ja läheisen elämänlaatuun olisi mielestämme tärkeä tutkimusaihe.

LÄHTEET

Arter. 2018. Tuotteet [viitattu 11.5.2018]. Saatavissa:

<https://www.arter.fi/tuotteet/ims/>

Callegaro, M., Manfreda, K. L. & Vehovar, V. 2015. Web survey methodology. Sage.

Conrad, I., Alltag, S., Matschinger, H., Kilian, R. & Rieder-Heller, SG. 2018. Quality of life among older informal caregivers of people with dementia. *Nervenarzt* 89(5), 500-508.

Department of Health, & Great Britain. Dept. of Health. 2006. Our health, our care, our say: a new direction for community services (Vol. 6737). The Stationery Office.

Dröes, R. M., Van Mierlo, L. D., Van der Roest, H. G. & Meiland, F. J. M. 2010. Focus and effectiveness of psychosocial interventions for people with dementia in institutional care settings from the perspective of coping with the disease. *Non-pharmacological therapies in dementia* 1(2), 139-161.

Eloniemi-Sulkava, U., Rahkonen, T., Erkinjuntti, T., Karhu, K., Pitkälä, K., Pirttilä, T., Vuori, U. & Suhonen, J. 2010. Moniammatilliset tietotaidot ovat muistisairauksien hyvän hoidon edellytys. *Lääkärilehti* 39(65), 3144-3146.

Eloniemi-Sulkava, U., Juva, K. & Mäkelä, M. 2015a. Ongelmatilanteita muistisairaahan hoidossa kotona. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) *Muistisairaudet*. Duodecim. Verkkojulkaisu.

Eloniemi-Sulkava, U., Juva, K. & Mäkelä, M. 2015b. Vastuunotto muistisairaahan kokonaisvaltaisesta hoidosta. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) *Muistisairaudet*. Duodecim. Verkkojulkaisu.

Eloniemi-Sulkava, U., Notkola I-L., Hentinen, M., Kivelä, S-L., Sivenius J. & Sulkava, R. 2001. Effects of Supporting Community-Living Demented Patients and Their Caregivers: A Randomized Trial. *Journal of the American geriatrics society* 49(10), 1282-1287.

Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. 2015a. Johdanto muistisairauksiin: Lukijalle. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) *Muistisairaudet*. Duodecim. Verkkojulkaisu.

Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. 2015b. Muistisairaudet: käsitteitä ja termejä. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) *Muistisairaudet*. Duodecim. Verkkojulkaisu.

Finne-Soveri, H. 2017. Muuttuva maailma, muuttuva vanhuus. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 2/2017, 215-219.

Francke, A. L., Verkaik, R., Peeters, J. M., Spreeuwenberg, P., de Lange, J., & Pot, A. M. 2017. Dementia case management through the eyes of informal carers: A national evaluation study. *Dementia* 16(5), 642-655.

Hartikainen, S. & Taipale, H. 2017. Psykykenlääkkeet Alzheimerin taudin hoidossa. *Lääkärilehti Duodecim* 133, 429-431.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. Tutki ja kirjoita. 2007. 13. osin uudestettu painos. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Hellsten, T., Kortelahti, J. 2016. Muistipotilaan seurannan järjestäminen perusterveydenhuollossa. *Suomen Lääkärilehti* 22/2016, 1601-1605.

Hänninen, T., Pulliainen, V., Sotaniemi, M., Hokkanen, L., Salo, J., Hietanen, M., Pirttilä, T., Pöyhönen, M., Juva, K., Remes, A. & Erkinjuntti, T. 2010. Muistisairauksien tiedonkäsittelymuutosten varhainen toteaminen uudistetulla CERAD- tehtäväsarjalla. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 126(17), 2013-2021.

- Isolauri, J. 2016. Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän valmistelu. Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä [viitattu: 21.1.2017]. Saatavissa: <https://www.phhyky.fi/fi/paijat-hameen-hyvinvointikuntayhtyman-valmistelu/>
- JHS 2012. JHS 152- Prosessien kuvaaminen. JUHTA – julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta [viitattu 5.11.2017]. Saatavissa: <http://docs.jhs-suositukset.fi/jhs-suositukset/JHS152/JHS152.html>
- Juva, K. 2015. Tietoa potilaalle: Alzheimerin tauti. Lääkärikirja Duodecim [viitattu 5.5.2018]. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi.aineistot.lamk.fi/dtk/ltk/koti>
- Kananen, J. 2008. Kvantti. Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu 2008.
- Kananen, J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu 2010.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen- Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma pro Oy.
- Kansallinen muistiohjelma 2012–2020: Tavoitteena muistiystävällinen Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:10. Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 28.4.2018]. Saatavissa: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72532/URN%3aNB%3afi-fe201504226359.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Karikari, T., Charway-Felli, A., Höglund, K., Blennow, K. & Zetterberg, H. 2017. Global, regional, and national burden of neurological disorders during 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet Neurol* 16(11), 877–897.

Koponen, E. & Nikumaa, H. 2016. Kurkistus muistikoordinaattoritoimintaan Suomessa. Suomen muistiasiantuntijat [viitattu 24.4.2018]. Saatavissa: <http://www.muistiasiantuntijat.fi/kehitamme.php?udpview=mieyblogi&pt1=5#agb91a125b252731749f488b47f597a56d>

Koskinen, S., Martelin, T. & Sihvonen, A-P. 2013. Väestön määrän ja rakenteen kehitys. Teoksessa Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Helsinki: Duodecim, 28-35.

Kuronen, M. 2017. Neuropsychiatric symptoms, psychotropic drug use and physical restraints in older persons: Cross-sectional study in home care and residential care. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Kliininen lääketiede. Väitöskirja.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka: aineiston käyttö, hankinta ja säilytys. Tampere: Vastapaino 2006.

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019. 2017. Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 20.11.2017]. Saatavissa: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansilla.pdf?sequence=1

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 28.12.2012/980. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980#L3P13>

de Lange, J., Deusing, E., van Asch, I. F., Peeters, J., Zwaanswijk, M., Pot, A. M., & Francke, A. L. 2018. Factors facilitating dementia case management: Results of online focus groups. *Dementia* 17(1), 110-125.

Lehtiranta, S., Leino-Kilpi, H., Koskenniemi, J., Jartti, L., Hupli, M., Stolt, M., & Suhonen, R. 2014. Muistisairaahan henkilön kotoa laitoshoitoon siirtymistä jouduttavat tekijät. *Hoitotiede* 26(2), 113.

Leppinen, M. 2017. Muistisairaiden läheisten kokemuksia muistikoordinaattorin työstä. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Martikainen, J. & Viramo, P. 2015a. Muistisairauksien ehkäisyn ja varhaisen toteamisen taloudellinen merkitys. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Duodecim. Verkkojulkaisu.

Martikainen, J. & Viramo, P. 2015b. Palvelujärjestelmän käyttö ja siitä syntyneet kustannukset muistisairauksissa. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Duodecim. Verkkojulkaisu.

Martikainen, J. & Viramo, P. 2015c. Resurssien riittävyys muistisairauksien hoidossa. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Duodecim. Verkkojulkaisu.

Martikainen, J. & Viramo, P. 2015d. Lääkkeettömien hoitokeinojen kustannusvaikuttavuus muistisairauksien hoidossa. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Duodecim. Verkkojulkaisu.

Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus. 2017. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri - yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim [viitattu 1.5.2018]. Saatavissa: www.kaypahoito.fi

O'Connor, D., Phinney, A., Smith, A., Small, J., Purves, B., Perry, J., Drance, E., Donnelly, M., Chaudhury, H. & Beattie, L. 2007. Personhood in dementia care: Developing a research agenda for broadening the vision. *Dementia* 6(1), 121–142.

Pesonen, H-M. 2015. Elämä etenevän muistisairauden kanssa. Muistisairaiden ja omaishoitajien vastavuoroiset elämänhallinnan prosessit

diagnoosin varmistumisen jälkeen. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Pitkälä, K., Eloniemi-Sulkava, U. & Kautiainen, H. 2006. Intervention vaikutukset kotona asumisen keston ja palveluiden käyttöön. Tutkimusraportti. Eloniemi-Sulkava, U., Saarenheimo, M., Laakkonen, M-L., Pietilä, M., Savikko, N. & Pitkälä, K. (toim.) Omaishoito yhteistyönä läkkäiden dementiaperheiden tukimallin vaikuttavuus. Vanhustyön keskusliitto – Centralförbundet för de gamlas väl ry. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy, 145-154.

Pohjola, L. 2016. Kotona asuvan muistisairaana henkilön ulkona liikkuminen ja siihen liittyvä katoamisalttius. Terveystieteiden laitos. Oulun yliopisto. Pro gradu- tutkielma.

Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä. 2017a. Yhtymä [viitattu 14.5.2018]. Saatavissa: <https://www.phhyky.fi/fi/yhtyma/>

Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä 2017b. Geriatrien keskus [viitattu: 21.10.2017]. Saatavissa: <https://www.phhyky.fi/fi/ikaantyneiden-palvelut-ja-kuntoutus/geriatrien-keskus/>

Päijät-Hämeen sote- ja maakuntauudistus. 2017. Päijät-Hämeen liitto [viitattu 3.5.2018]. Saatavissa: <http://www.paijat-hame.fi/wp-content/uploads/2017/07/Projektisuunnitelma-versio-30.5.2017.pdf>

Rantanen, T. 2015a. Re: 65 -vuotta täyttäneen muistipotilaan hoitoprosessi Lahden sosiaali- ja terveystoimessa [sähköpostiviesti]. Vastaanottaja Dufva, K. Lähetetty 6.10.2017.

Rantanen, T. 2015b. Re: Muistikoordinaattori osana Lahden kaupungin muistipotilaan hoitoketjukuronaisuutta [sähköpostiviesti]. Vastaanottaja Dufva, K. Lähetetty 5.6.2017.

Remes, A., Haanpää, R., Suhonen, N-M., Juntila, A. & Solje, E. 2018. Otsalohkodementia- salakavala muistisairaus. Lääkärilehti 1-2/2018, 37-43.

Rosenvall, A. & Erkinjuntti, T. 2016. Muistipotilaan tutkimukset. Lääkäriin käsikirja [viitattu 24.4.2018]. Saatavissa:

<http://www.terveysportti.fi/aineistot.lamk.fi/dtk/ltk/koti>

Ruoppila, I. 2012. Kognitiivisten toimintojen vanhenemismuutoksista. Gerontologia 3/2012, 198-206.

Saarenheimo, M. & Eloniemi-Sulkava, U. 2006. Interventiomallin muodostaminen. Tutkimusraportti. Eloniemi-Sulkava, U., Saarenheimo, M., Laakkonen, M-L., Pietilä, M., Savikko, N. & Pitkälä, K. (toim.) Omaishoito yhteistyönä läkkäiden dementiaperheiden tukimallin vaikuttavuus. Vanhustyön keskusliitto – Centralförbundet för de gamlas välfärd. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy, 93-101.

Sainio, P., Koskinen, S., Sihvonen, A-P., Martelin, T. & Aromaa, A. 2013. Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn kehitys. Teoksessa Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Helsinki: Duodecim, 50-65.

Sillanaukea, P., Voutilainen, P., Eloniemi-Sulkava, U., Erkinjuntti, T., Huhtamäki-Kuoppala, M., Jolkkonen, J., Kontturi, J., Lupsakko, T., Malmivaara, A., Olkkonen-Nikula, A., Palomäki, H., Sarlio-Lähteenkorva, S., Soininen, H., Strandberg, T., Suhonen, J. & Virnes, E. 2012. Kansallinen muistiohjelma 2012–2020 Tavoitteena muistiystävällinen Suomi. Gerontologia 2/2012, 114-130.

Staedtler, A. V. & Nunez, D. 2015. Nonpharmacological therapy for the management of neuropsychiatric symptoms of Alzheimer's disease: linking evidence to practice. Worldviews on Evidence-Based Nursing 12(2), 108-115.

Strategia 2022. 2017. Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän strategia 2022. Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä [viitattu 1.5.2018].

Saatavissa: <https://www.phhyky.fi/fi/yhtyma/tietoja-yhtymasta/strategia/>

Suhonen, J., Alhainen, K., Eloniemi-Sulkava, U., Juhela, P., Juva, K., Löppönen, M., Makkonen, M., Mäkelä, M., Pirttilä, T., Pitkälä, K.,

Remes, R., Sulkava, R., Viramo, P. & Erkinjuntti., T. 2008. Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa. Suomen Lääkärilehti 10/2008, 9-22.

Suhonen, J., Rahkonen, T., Juva, K., Pitkälä, K., Voutilainen, P. & Erkinjuntti, T. 2011. Muistipotilaan hoitoketju. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim 127, 1107-1116.

Sulkava, R. 2010. Muistisairaudet. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) Geriatria. Helsinki: Duodecim, 120-138.

Suomen muistiasiantuntijat ry. 2008. Muistikoordinaattorin osaamiskriteeristö: muistikoordinaattoreiden erityisosaaminen muistisairaana ihmisen hoidossa. Muistiasiantuntijat [viitattu 30.4.2018]. Saatavissa: <http://www.muistiasiantuntijat.fi/media-files/muistikoordinaattorin-osaamiskriteeristo.pdf>

Suutama, T. 2013. Muisti ja oppiminen. Teoksessa Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Helsinki: Duodecim, 216-226.

Sydänmaanlakka, P. 2015. Älykäs julkinen johtaminen: miten rakentaa älykäs verkostoyhteiskunta? Helsinki: Talentum.

Tam-Than, H., Cepoiu-Martin, M., Ronksley, P., Maxwell, C. & Hemmelgarn, B. 2013. Dementia case management and risk of long-term care placement: a systematic review and meta-analysis. International journal of geriatric psychiatry 28(9), 889-902.

Tarnainen, K., Rosenvall, A. & Tuunainen, A. 2017. Muisti pätkee mistä kyse, mikä avuksi? Duodecim terveyskirjasto [viitattu:31.8.2017]. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00094&p_hakusana=muistikoordinaattori#s8.](http://www terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00094&p_hakusana=muistikoordinaattori#s8)

Tilasto- ja indikaattoripankki. 2018. Tulostaulukko. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 12.5.2018]. Saatavissa:

<https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko?indicator=s073jDe01jVLtA4uAQA=®ion=s7YsiQ8EAA==&year=sy6rsDbS0zUEAA==&gender=t>

Toljamo, M. & Koponen, E. 2011a. Muistikoordinaattoritoiminta Suomessa. Suomen muistiasiantuntijat ry [viitattu 28.4.2018]. Saatavissa:

<http://www.muistiasiantuntijat.fi/memo.php?udpview=read&src=db25114&sid=128&issue=2011-03&lang=fi>

Toljamo, M. & Koponen, E. 2011b. Muistisairaana kotona asumisen tukeminen: opas toimeenpanijoille. Suomen muistiasiantuntijat ry [viitattu 4.5.2018]. Saatavissa: <http://www.muistiasiantuntijat.fi/media-files/Muistisairaana-ihmisen-kotona-asumisen-tukeminen.pdf>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 11. uudistettu painos. Vaasa: Tammi.

Vataja, R. & Koponen, H. 2015a. Muistisairauteen liittyvät käytösoireet. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Duodecim. Verkkojulkaisu.

Vataja, R. & Koponen, H. 2015b. Käytösoireiden esiintyvyys muistisairauksissa. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Duodecim. Verkkojulkaisu.

Viramo, P. & Sulkava, R. 2015a. Muistisairauksien vallitsevuus. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Duodecim. Verkkojulkaisu.

Viramo, P. & Sulkava, R. 2015b. Muistisairauksien vallitsevuus ja ennuste. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Duodecim. Verkkojulkaisu.

Virta, M., Rautio, M. & Toljamo, M. 2013. Muistikoordinaattorin työ pintaa syvemältä: Sukellus työhön, voimavaroihin ja vaatimuksiin. Muistisairaana ihmisen hoidon kehittäminen. Helsinki: Suomen muistiasiantuntijat ry.

Voutilainen, P. & Tiikkanen, P. 2008. Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Voutilainen, P. 2011. Hyvä toimeenpanija. Julkaisussa Suomen muistiasiantuntijat ry. Muistisairaana kotona asumisen tukeminen: opas toimeenpanijoille [viitattu 4.5.2018]. Saatavissa: <http://www.muistiasiantuntijat.fi/media-files/Muistisairaana-ihmisen-kotona-asumisen-tukeminen.pdf>

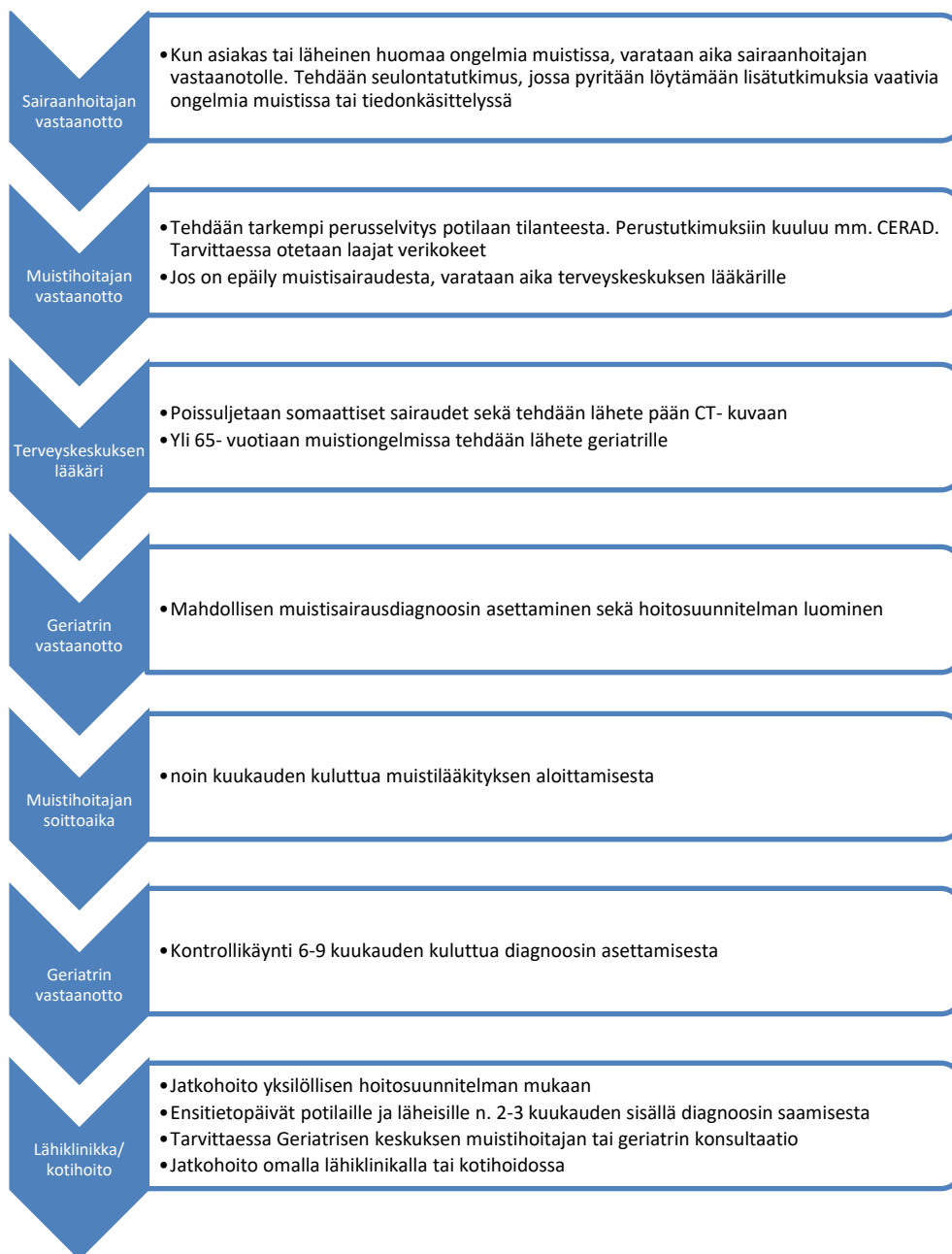
Välimäki, T. 2012. Family caregivers of Persons with Alzheimer's Disease: Focusing on the Sense of Coherence and adaptation to Caregiving. An ALSOVA Follow-up Study. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja.

Waugh, A., Austin, A., Manthorpe, J., Fox, C., Stephens, B., Robinson, L., & Iliffe, S. 2013. Designing a complex intervention for dementia case management in primary care. BMC family practice 14(1), 101. 1-11.

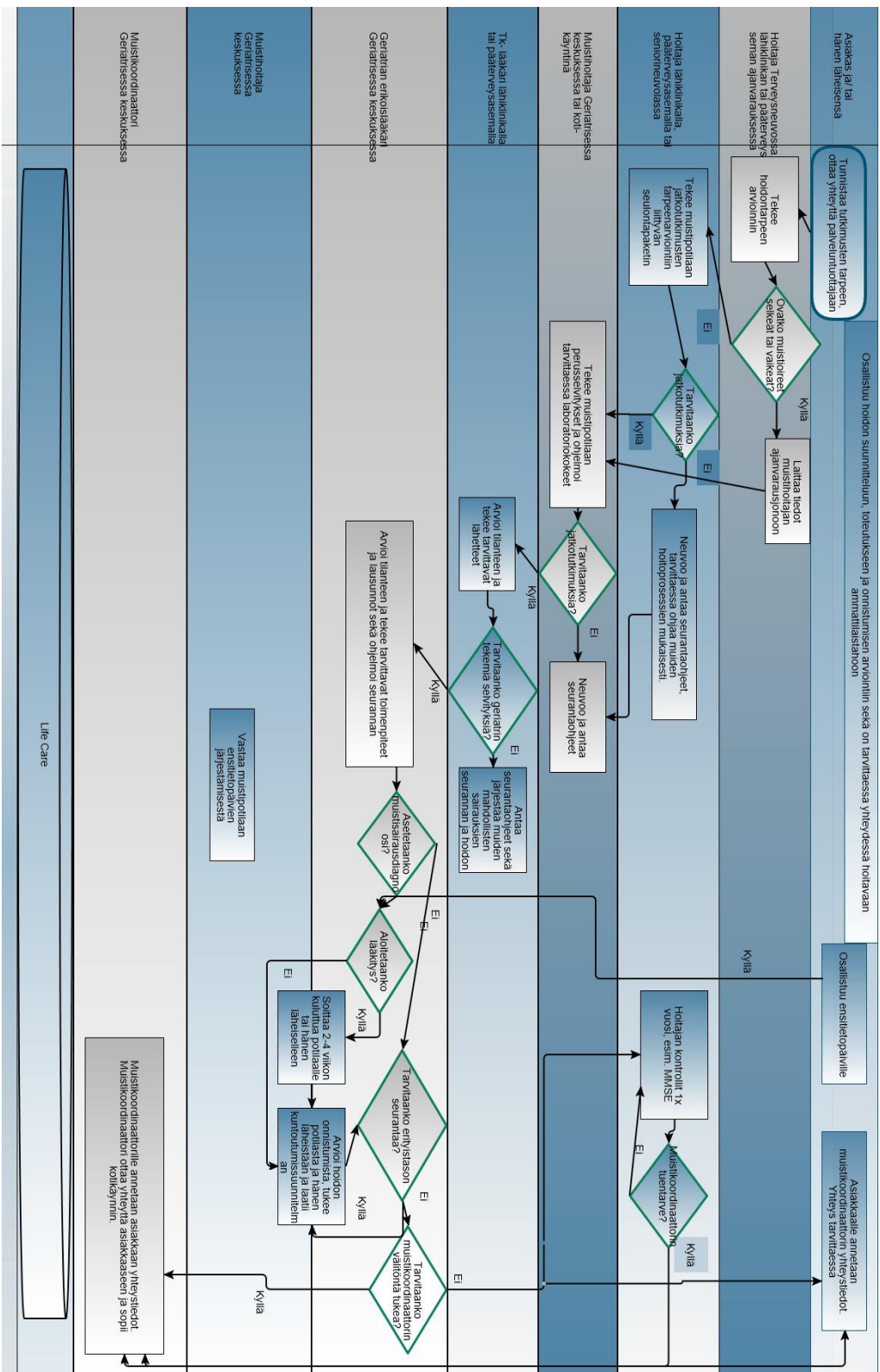
Winqvist, S. & Moilanen V. 2017. Muistihäiriöpotilaan tutkiminen – muutakin kuin MMSE. Lääkärilehti 17/2017, 1073-1079.

LIITTEET

LIITE 1. Muistipotilaan hoitoprosessi Geriatrisen keskuksen keskeisellä poliklinikalla



LIITE 2. IMS- mallinnus



LIITE 3. Kyselylomake

1. Oman toimialueen väestöpohja: 0-50 000, 50 000- 100 000, 100 000- 150 000, 150 000- 200 000, 250 000 – 250 000
2. Oman toimialueen muistikoordinaattoreiden määrä:
3. Pohjakoulutus? (monivalinta: Sairaanhoitaja/terveydenhoitaja, lähihoitaja, geronomi, sosionomi, fysioterapeutti, joku muu mikä?)
4. Mitä kautta asiakkaat/ potilaat ohjautuvat muistikoordinaattorille?
5. Arvioi kuinka paljon seuraavat tehtävät kuuluvat työhösi? (ei ollenkaan---hyvin paljon)
CERAD, MMSE, omaisen/läheisen tukeminen, omaisen/läheisen ohjaaminen, kodinhoidolliset työt (esim jääkaapin tarkistus, roskien vienti jne) kodin ulkopuolisissa asioinneissa avustaminen, kouluttaminen, ensitietopäivien järjestämiseen osallistuminen
6. Edellisessä kysymyksessä lueteltujen lisäksi mitkä tehtävät sisältyvät työhösi ja kuinka merkittävästi?
7. Kuinka tiiviisti työskentelet seuraavien ammattiryhmien kanssa? (ei ollenkaan---hyvin paljon)
(lääkäri, geriatri, neurologi, muistihoitaja, kotihoidon henkilökunta, fysioterapeutti)
8. Edellisessä kysymyksessä lueteltujen lisäksi mitkä muut ammattiryhmät kuuluvat yhteistyötahoihisi ja kuinka merkittävästi?
9. Oletko huomannut, että työpanoksesi on vähentänyt asiakkaan runsasta muiden sosiaali- ja terveystalveluiden käyttöä? (ei ollenkaan- vähän - jonkin verran- paljon - hyvin paljon)
10. Seuraavat asiakasryhmät tarvitsevat muistikoordinaattorin työpanosta (ei ollenkaan----- hyvin paljon)
Yksin asuvat, omaishoidettavat, käytöshäiriöiset
11. Edellisessä kysymyksessä lueteltujen asiakasryhmien lisäksi mitkä asiakasryhmät tarvitsevat muistikoordinaattorin työpanosta merkittävästi?
12. Seuraavat asiakasryhmät hyötyvät eniten muistikoordinaattorin työpanoksesta (ei ollenkaan---- hyvin paljon)
Yksin asuvat, omaishoidettavat, käytöshäiriöiset
13. Vaikuttaako jokin muistisairausdiagnoosi työllistävän muita enemmän? (jos kyllä; mikä?)
14. Mitkä muistikoordinaattorin toimenpiteet vaikuttaisivat hyödyttävän asiakasta eniten?
15. Miten haluaisit muistikoordinaattorin työtä kehitettävän?

LIITE 4. Saatekirje

Hyvä muistikoordinaattori!

Opiskelemme Lahden ammattikorkeakoulussa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa, Sosiaali -ja terveystieteiden kehittäminen ja johtaminen koulutusohjelmassa. Teemme loppuyönämme tutkimuksellisen kehittämishankkeen, jossa tarkoituksemme on kerätä Suomen muistikoordinaattoreilta kokemuksia heidän omasta työstään sekä ajatuksia siitä, miten työtä voisi kehittää.

Kerätyn aineiston avulla tavoitteenamme on kuvata muistikoordinaattorin työn sisältöä ja kuvausten perusteella kehittää muistikoordinaattorin kotiin vietäviä palveluja Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymään.

Työskentelemme Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymässä kotihoidossa sairaanhoitajana sekä Geriatriassa keskuksessa muistihoitajana. Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymässä ollaan kehittämässä muistikoordinaattoritoimintaa tavoitteena vaikuttava toimintamalli.

Ohessa linkki Webropol-kyselyymme. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja niin ettei vastaajaa voida tunnistaa. Vastaamiseen kuluu noin 10-15 minuuttia. Olemme hyvin kiitollisia vastauksistanne!

Ystävällisin terveisin

Riikka Nieminen

Sairaanhoitaja AMK

Riikka.A.Nieminen@student.lamk.fi

0XX-XXXXXXX

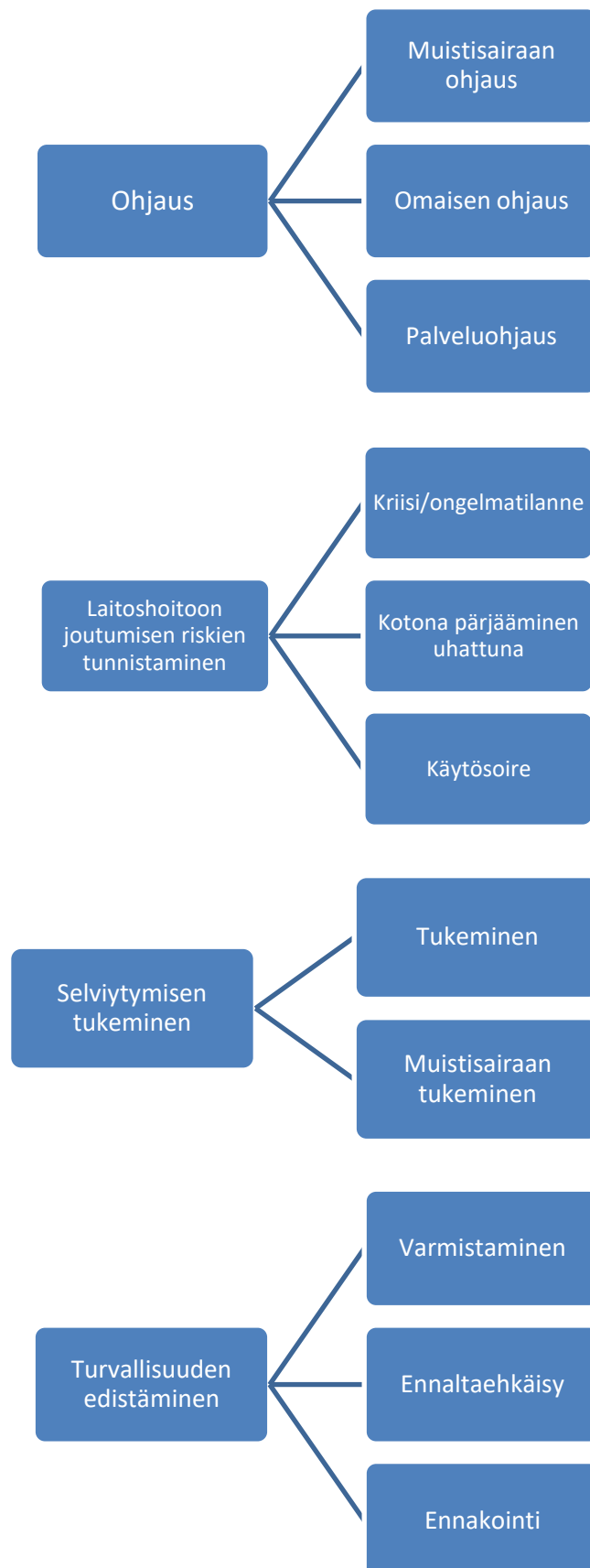
Karoliina Dufva

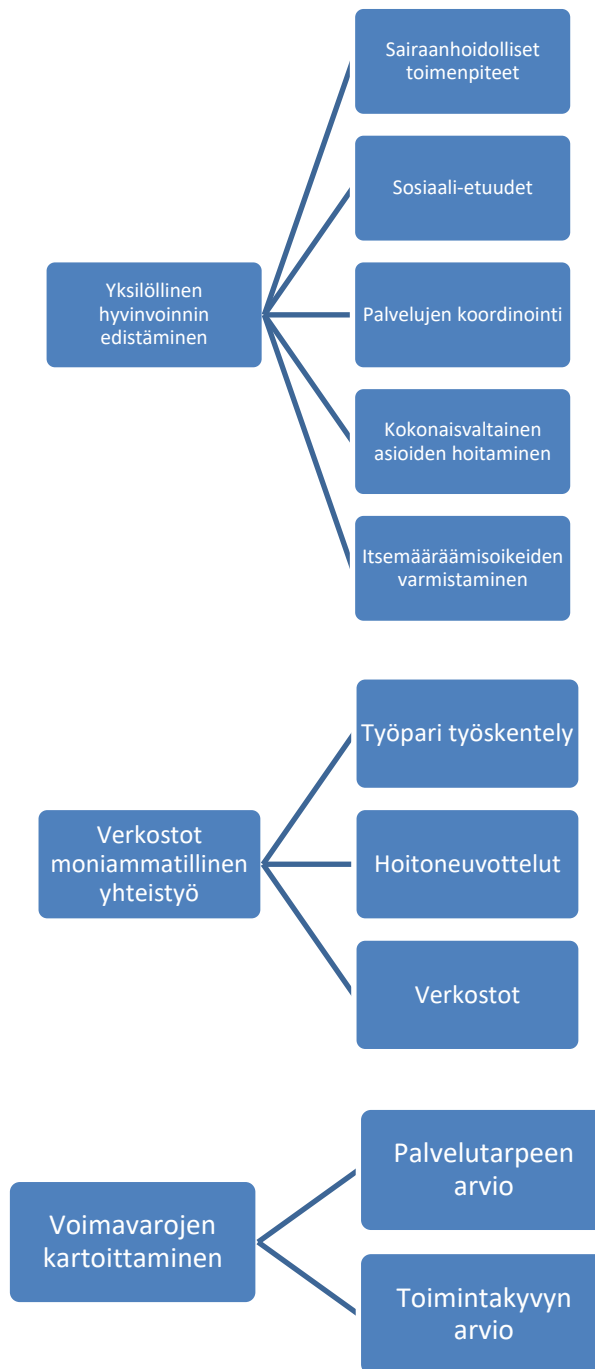
Sairaanhoitaja AMK

karoliina.dufva@student.lamk.fi

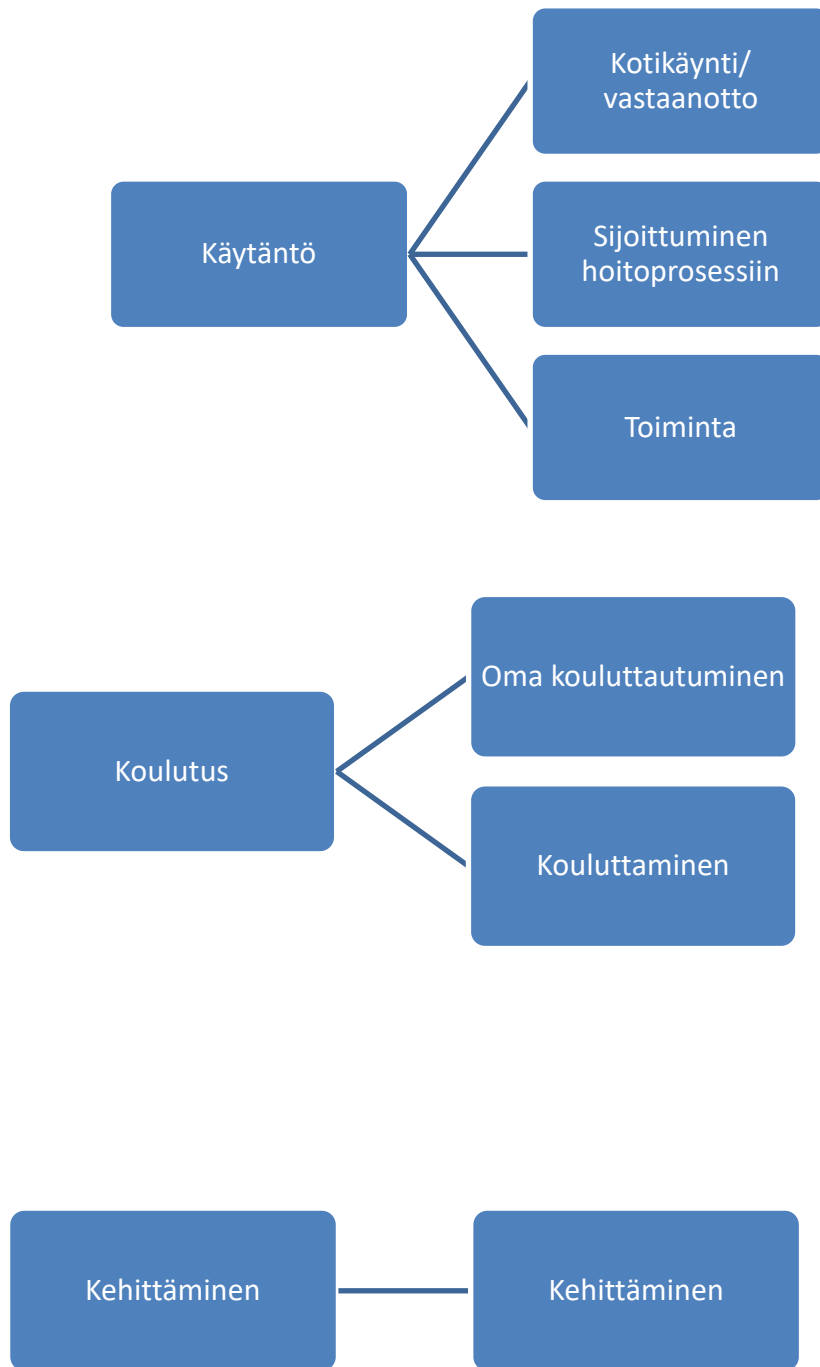
0XX-XXXXXXX

LIITE 5. Muistikoordinaattoreiden työkaluja raskaampien palveluiden aloituksen viivästyttämiseksi, yläluokkien muodostuminen

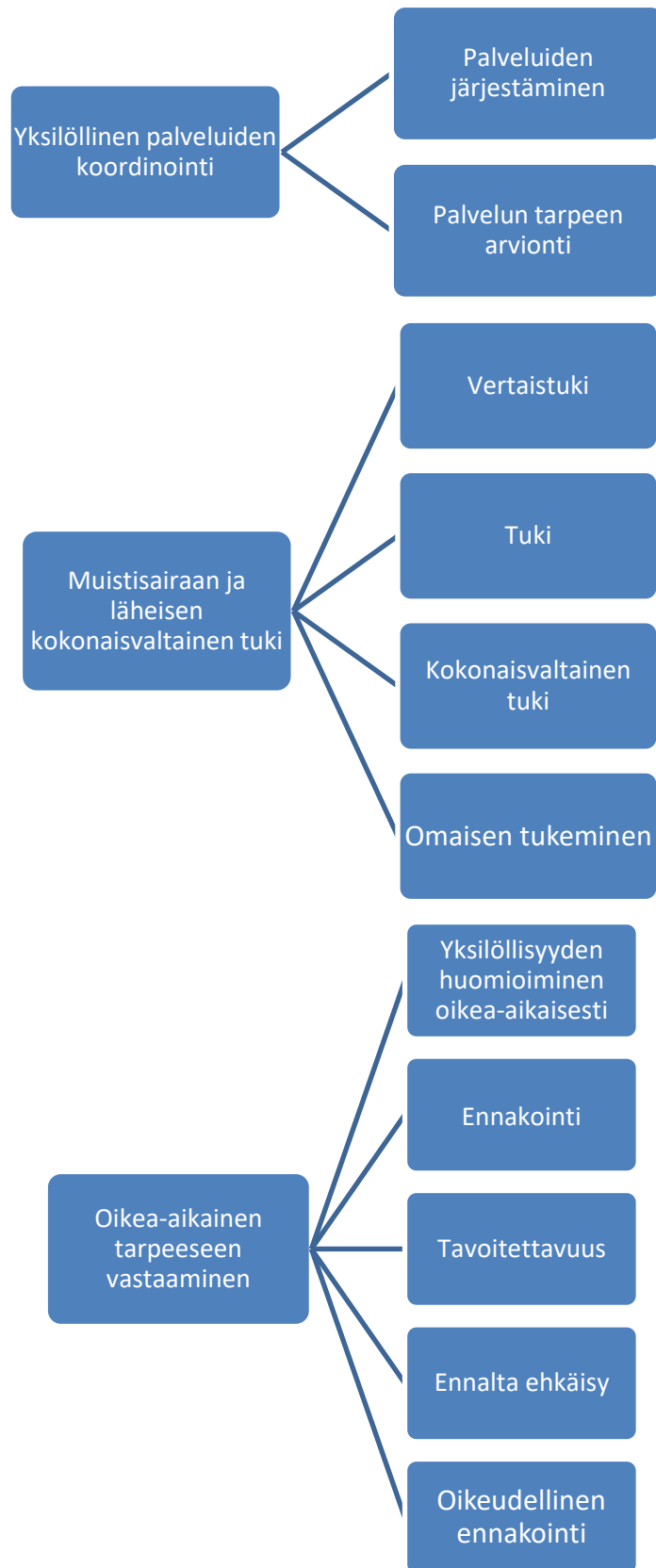


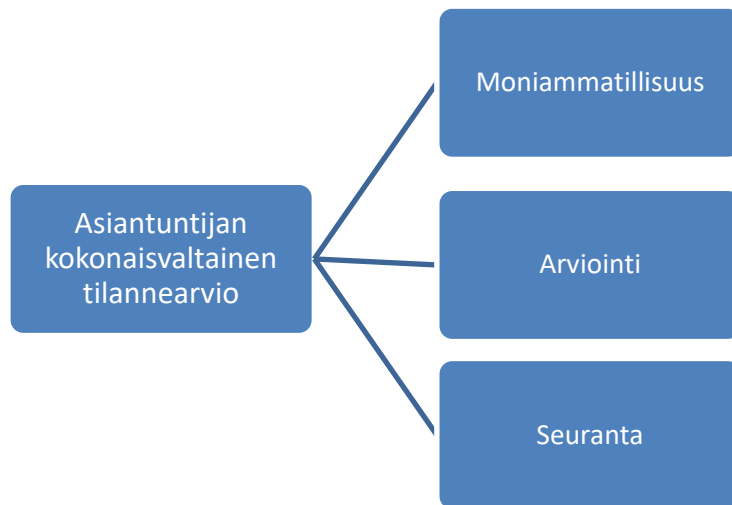
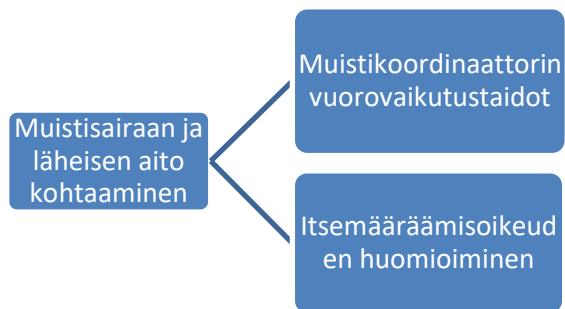
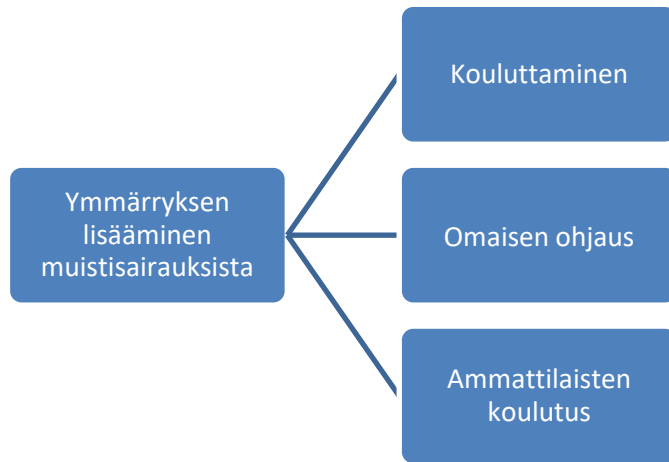


LIITE 6. Asiantuntijana toimiminen, yläluokkien muodostuminen



LIITE 7. Muistikoordinaattorin hyödyllisimmät toimenpiteet, yläluokkien muodostuminen





LIITE 8. Muistikoordinaattorin työn kehittäminen, yläluokkien muodostuminen

