

**Muistipotilaan hoito- ja palveluketju Suomessa kuntien
ikäntymispoliittisten strategioiden kuvaamana
Asiakirja-analyysi**

Elisa Pessi

PRO GRADU -TUTKIELMA

Hoitotiede

Turun yliopisto

Hoitotieteen laitos

Huhtikuu 2011

TURUN YLIOPISTO
Hoitotieteen laitos

ELISA PESSI: Muistipotilaan hoito- ja palveluketju Suomessa kuntien ikääntymis-
poliittisten strategioiden kuvaamana. Asiakirja-analyysi

Pro Gradu -tutkielma, 75 s., 17 liites.

Hoitotiede

Huhtikuu 2011

Tutkielman tarkoituksena oli kuvata suomalaisen muistipotilaan hoito- ja palveluketju kuntien strategisten asiakirjojen kuvaamana. Lisäksi tarkoituksena on verrata muistipotilaan hoito- ja palveluketjun eroja suuralueittain. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää muistipotilaan hoito- ja palveluketjukäytänteitä suomalaisessa palvelujärjestelmässä.

Tutkimuksen kohderyhmän muodostivat suomalaiset kunnat ja niiden ikääntymispoliittiset strategiat (N = 40). Strategioista tarkasteltiin muistipotilaiden hoidon ja palvelujen nykytilan kuvauksia (n = 36). Aineisto kerättiin ositetun otannan perusteella mukaan arvottujen kuntien Internet-sivuilta. Aineisto analysoitiin deduktiivisella sisällönanalyysillä. Aineisto myös kvantifioitiin analyysirungon mukaisesti.

Tutkimuksen tulosten mukaan kunnissa muistipotilaille tarjotaan keskimäärin kolmea eri palvelua. Vain 9 % kunnista huomioi muistisairauksien ennaltaehkäisyn strategioissaan. Muistipotilaat diagnosoidaan pääosin muistipoliklinikoilla, joita on 24 %:ssa kunnista. Muistihoitajia oli 38 %:ssa kunnista ja heillä oli olennainen rooli muistipotilaiden seurannassa, tukemisessa ja tiedonantajana. Muistipotilaan kotona asumista tuki 59 % kunnista. Kotona asumista tuettiin kotiin toimitettavien palveluiden sekä päivähoidon ja -toiminnan avulla. Omaishoitajia tuettiin 29 %:ssa kunnista samantyyppisten palveluiden avulla sekä kolmannen sektorin tukemana. 88 % kunnista tarjosi muistipotilaille asumispalveluita tai pitkäaikaishoitoa. Pitkäaikaishoitoa tarjottiin enemmän laitospainotteisessa ympäristössä kuin asumispalveluita tehostetun palveluasumisen piirissä. Pitkäaikaishoito oli tarkoitettu keskivaikeasti tai vaikeasti muistisairaille. 21 % kunnista huomioi muistipotilaiden kanssa työskentelevien ammattihenkilöiden osaamisen ja sen kehittämisen. Yksityinen ja kolmas sektori toimii lähes kaikkien palveluiden täydentäjänä. Muistipotilaiden hoidon ja palveluiden huomioiminen strategiatasolla puuttui todennäköisimmin Itä- ja Pohjois-Suomesta. Parhaiten kuvauksia löytyi Etelä-Suomesta. Pohjois-Suomessa ei kuvattu ennaltaehkäisyä lainkaan. Itä-Suomesta puolestaan puuttuivat muistipotilaan omaisten tuki ja palvelut. Pitkäaikaishoidon laitosmuotoinen hoito puuttui Pohjois-Suomen strategioista kokonaan kun Länsi-Suomessa sitä puolestaan painotettiin palvelujen kuvauksessa.

Suomen kuntien tulisi huomioida muistipotilaiden hoito ja palvelut nykyistä laajemmin ikääntymispoliittisissa strategioissaan koko Suomen alueella. Erityisesti tulisi kiinnittää huomiota muistisairauksien ennaltaehkäisyyn, omaishoitajien tukemiseen ja palveluihin sekä muistipotilaita kohtaavien sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten koulutukseen. Näillä keinoilla kunnat voivat tarjota muistisairaille kuntalaisille parasta mahdollista kokonaisvaltaista hoitoa ja palveluita.

Asiasanat: muistipotilas, muistisairaus, hoitoketju, palveluketju, ikääntymispoliittinen strategia, kunta

UNIVERSITY OF TURKU
Department of Nursing Science

ELISA PESSI: Treatment and Services for Persons with Memory Disorders in Finnish Municipalities - Analysis of the Municipalities' Old-Age Strategies

Master's Thesis, 75 p., appendixes 17 p.

Nursing Science

April 2011

The aim of this study was to analyse how Finnish municipalities take into account the treatment and services for persons with memory disorders in their old age -strategies. The study also aimed at comparing differences between four major regions in Finland. The purpose is to develop treatment and service practices for persons with memory disorders in Finnish municipalities.

The target group in this study was Finnish municipalities and their old age -strategies (N = 40). The data was collected using stratified sampling from the randomly selected municipalities' Internet sites. The current state of treatment and services for persons with memory disorders was sorted out from the old age -strategies (n = 36). The data was analysed with deductive content analysis.

According to the results prevention of memory disorders was taken into account poorly, as only 9 % of the municipalities included it in their strategies. 24 % have memory clinics for diagnostics. 38 % have memory nurses with a pivotal role in following, supporting and informing persons with memory disorders. 59 % promoted living at home with support services delivered at home as well as by day care activities. Caregivers of the persons with memory disorders were supported in 29 % of the municipalities with similar services and with the support of third sector. 88 % offered housing services and long-term care. Long-term care for persons with moderate to severe memory disorders was provided more in institutional care-type environment. 21 % of the municipalities took into consideration developing the know-how of professionals working with persons with memory disorders. The private sector and the third sector supplemented nearly all the services. On strategy level, the treatment and services were ignored most likely in Eastern- and Northern Finland. On the other hand, best descriptions were found in Southern Finland. Prevention of memory disorders was not described at all in Northern Finland. Eastern Finland lacked caregiver services and support. Long-term institutional care was not included in the strategies in Northern Finland whereas in Western Finland it was emphasized in service descriptions.

Finnish municipalities should take into account the treatment and services for memory disordered persons in their old-age strategies in the entire country. Attention should be paid to especially the prevention of memory disorders, the support and services for caregivers and the training of professionals confronting memory disordered persons. By considering the treatment and services as a whole, inhabitants of a municipality with memory disorders can be offered the best possible comprehensive care and services.

Key words: memory disorder, treatment path, service path, old age -strategy, municipality

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	3
2	TIEDONHAUN KUVAUS.....	4
3	IKÄIHMISTEN HOITO JA PALVELUT SUOMESSA.....	6
3.1	Lainsäädäntö palvelujen järjestämisestä.....	6
3.2	Ikääntyneille tarjottavat hoito ja palvelut	7
3.3	Kunnat palveluiden järjestäjinä	11
3.4	Ikäihmisten palveluita ohjaavat suositukset	12
4	MUISTIPOTILAAN HOITO JA PALVELUT	15
4.1	Muistisairaudet ja niiden aiheuttamat kustannukset	15
4.2	Muistisairaudet Suomessa.....	17
4.3	Muistipotilaan hoidon ja palvelujen kokonaisuus	18
4.4	Muistipotilaan hoito ja palvelut strategisella tasolla.....	22
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT.....	26
6	TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS	27
6.1	Tutkimusmenetelmä.....	27
6.2	Tutkimuksen kohderyhmä ja aineiston keruu	27
6.3	Aineiston analysointi	30
7	TUTKIMUSTULOKSET	34
7.1	Muistipotilaan hoito- ja palveluketjun nykykuvaus koko Suomessa.....	34
7.1.1	Muistisairauksien ennaltaehkäisy.....	36
7.1.2	Muistipoliklinikat, -neuvolat ja erityishenkilöstö	37
7.1.3	Muistisairauteen liittyvä tiedonsaanti, palvelu, ohjaus ja neuvonta.....	39
7.1.4	Muistipotilaan kotona asumista tukevat palvelut	40
7.1.5	Muistipotilaan omaisten tuki ja palvelut	41
7.1.6	Muistipotilaan asumispalvelut ja pitkäaikaishoito	42
7.1.7	Muistipotilaiden kanssa työskentelevien ammattihenkilöiden osaaminen ja sen kehittäminen.....	45
7.2	Muistipotilaan hoito- ja palveluketju suuralueittain	46
7.2.1	Muistisairauksien ennaltaehkäisy.....	48
7.2.2	Muistipoliklinikat ja -neuvolat sekä erityishenkilöstö	48
7.2.3	Muistisairauteen liittyvä tiedonsaanti, palvelu, ohjaus ja neuvonta.....	50
7.2.4	Muistipotilaan kotona asumista tukevat palvelut	51
7.2.5	Muistipotilaan omaisten tuki ja palvelut	52
7.2.6	Muistipotilaan asumispalvelut ja pitkäaikaishoito	53
7.2.7	Muistipotilaiden kanssa työskentelevien ammattihenkilöiden osaaminen ja sen kehittäminen.....	54
7.2.8	Muistipotilaiden hoitamisen ja palveluiden erityishuomiot.....	55
8	JOHTOPÄÄTÖKSET	57

8.1 Tulosten yhteenveto	57
8.2 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi	61
8.3 Pohdinta	64
LÄHTEET	71

LIITTEET

LIITE 1	Hakutaulukko
LIITE 2	Tutkimustaulukko
LIITE 3	Muistipotilaan hoito- ja palveluketjuanalyysi Etelä-Suomessa
LIITE 4	Muistipotilaan hoito- ja palveluketjuanalyysi Länsi-Suomessa
LIITE 5	Muistipotilaan hoito- ja palveluketjuanalyysi Itä-Suomessa
LIITE 6	Muistipotilaan hoito- ja palveluketjuanalyysi Pohjois-Suomessa

1 JOHDANTO

Muistisairauksien määrä on väestön ikääntymisen myötä lisääntymässä ja muistisairauksien voidaankin todeta olevan kansantauti (Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito 2010). Sairastuneiden määrän lisääntyminen asettaa vaatimuksia erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntarjoajille, sillä muistisairaat tarvitsevat räätälöityjä palveluja selviytyäkseen sairautensa kanssa mahdollisimman pitkään. Näin ollen väistämättömästi myös muistisairauksista johtuvat kustannukset tulevat lisääntymään. (Suhonen ym. 2008.)

Kansallisella tasolla ikääntyneiden ja samalla myös muistipotilaiden hoidosta ja palveluiden järjestämisestä ovat vastuussa kunnat (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009). Terveystieteiden tutkimuskeskuksen muistipotilaiden hoitoa ohjaavat varsinkin tuore Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito Käypä hoito -suositus (2010) sekä Suomen Alzheimer-tutkimusseuran kokoaman asiantuntijatyöryhmän suositus hyvistä hoitokäytännöistä muistisairauksien kaikissa vaiheissa (Suhonen ym. 2008). Kansallista muistiohjelmaa ei Suomessa vielä ole (Muistiliitto 2010). Kunnallisella tasolla sosiaali- ja terveysministeriön (2008a) julkaisema Ikäihmisten palveluiden laatusuositus ohjaa kuntia asettamaan omat tavoitteensa ikäihmisten palveluissa kuntakohtaisiin ikääntymispoliittisiin strategioihin, jossa tulee huomioida myös muistioireisten palvelukokonaisuudet. Muistiliiton toteuttaman Muistibarometri 2010 -tutkimuksen mukaan 82 %:lla kunnista oli olemassa voimassa oleva ikääntymispoliittinen strategia, muistiohjelma tai molemmat (Granö ym. 2010). Kunnat tietävät muistisairauksien hoidon haasteet ja strategiatasolla suunnitellaan kunnallisten muistipalvelujen kehittämistä (Toljamo & Solovieva 2010). Varsinkin vähän on kuitenkin tutkittu muistipotilaan hoidon ja palvelujen kokonaisuutta.

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata kunnallisten strategioiden perusteella muistipotilaiden hoito- ja palvelukokonaisuuksien nykytila koko Suomen laajuisesti sekä suuralueittain Etelä-, Länsi-, Itä- ja Pohjois-Suomen näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena kehittää muistipotilaan hoito- ja palveluketjuketänteitä suomalaisessa palvelujärjestelmässä. Tutkimus on osa RightTimePlaceCare 2010–2013 -EU -tutkimushanketta.

2 TIEDONHAUN KUVAUS

Suomalaisen ikääntyneiden palveluiden kuvaamiseen käytettiin pitkälti sosiaali- ja terveystieteiden Internet-sivuja sekä manuaalisesti etsittyä kirjallisuutta. Osioon ei ole kuvattavissa tiedonhaun menetelmiä, sillä siinä ei pyritty systemaattiseen tutkimustiedon hakuun. Muistipotilaan hoidosta ja palveluista puolestaan tutkimustietoa haettiin niin kansallisista kuin kansainvälisistä sähköisistä tietokannoista. Lisäksi tiedonhakua tehtiin manuaalisesti esimerkiksi artikkelien lähdeluetteloista tai testihakujen tuloksista. Tietoa pyrittiin hakemaan mahdollisimman systemaattisesti ja tiedonhaku kohdistettiin Medic-, PubMed-, Ovid-, SocINDEX- ja CINAHL-tietokantoihin. Tarkempi tiedonhaku on kuvattu liitteessä 1. Tietoa haettiin kansallisesta tietokannasta hakusanoilla *muistis**, *muistih**, *muistip**, *alzheimer**, *palvel**, *hoitok** ja *hoito** sekä näiden yhdistelmillä. Kansainvälisistä tietokannoista tiedonhakua tehtiin hakusanoilla *memory disorders*, *dementia*, *alzheimer disease*, *delivery of health care*, *community health services*, *national services*, *service evaluation*, *social support* sekä näiden erilaisilla yhdistelmillä. Hakusanat valikoituivat pääosin manuaalisen haun perusteella, sillä suoraan muistipotilaan hoito- tai palveluketjuun viitattavia tutkimuksia ei laajasta hausta huolimatta löytynyt.

Haut rajattiin koskemaan viimeistä kymmentä vuotta (2000–2010), lisäksi kansainvälisiin tietokantoihin hakuehdoiksi laitettiin englannin kieli, abstrakti ja kokoteksti. Mahdollisuuksien mukaan hakusanojen tuli löytyä joko abstraktista tai otsikosta, artikkelin tuli olla tutkimus tai julkaistu Peer Review -journalissa ja viittausten tuli olla löydettävissä. Lisäksi hakuja laajennettiin mahdollisuuksien mukaan esimerkiksi koskemaan vastaavia termejä. PubMed-tietokannassa käytettiin hyödyksi sen tarjoamaa MESH-termien avulla tiedon hakemista.

Tarkasteluun valittiin artikkeleita, jotka olivat tutkimuksia tai kuvauksia muistipotilaan palveluista tai hoidosta. Mukaan pyrittiin valitsemaan tutkimusartikkeleita. Eri-tyisryhmiä koskevat, kuten eri etniset ryhmät tai nuoret henkilöt, tai vahvasti lääketieteellistä diagnostiikkaa tai erityisen lääketieteellistä hoitoa (esimerkiksi lääkehoitoa) kuvaavat tutkimukset rajattiin tarkastelusta pois, sillä ne eivät yleensä kuvanneet palvelujärjestelmää tai palveluita. Lisäksi kansainvälisistä tutkimuksista tai palvelun

kuvauksista valittiin länsimaisia artikkeleita, koska esimerkiksi kehitysmaiden palvelujärjestelmät ovat hyvin erilaisia Suomeen verrattuna.

Hakujen perusteella yhteensä 54 artikkelia, joista katsauksessa käytettiin yhteensä 7 artikkelia (liite 2). Tarkasteluun valituista artikkeleista rajattiin edelleen pois tutkimukset, jotka kuvasivat esimerkiksi palvelujen tarvetta sillä kiinnostuksen kohteena on hoito- ja palveluketjut. Tarkasteluun valikoitujen artikkelien rajaaminen oli haasteellista tutkimuksen ollessa vahvasti kansallinen eikä kansainvälisiä tutkimuksen omaisia hoito- ja palveluketjukuvauksia löytynyt kuin kolme. Valituista artikkeleista neljä oli suomalaista palvelujärjestelmää muistisairauksien näkökulmasta kuvaavia. Tarkasteltavia tutkimuksia käsitellään luvussa 4.4 Muistipotilaan hoidon ja palvelujen kokonaisuus.

3 IKÄIHMISTEN HOITO JA PALVELUT SUOMESSA

3.1 Lainsäädäntö palvelujen järjestämisestä

Julkisella vallalla on perustuslaillinen velvollisuus huolehtia kansalaistensa hyvinvoinnista ja terveydestä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001a). Perustuslain (731/1999) mukaan jokaisella on oikeus riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvastuussa ovat kunnat (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta 733/1992) ja kunnat voivat tuottaa palvelut itse tai ostaa ne yksityiseltä palveluntarjoajalta tai muilta kunnilta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010a).

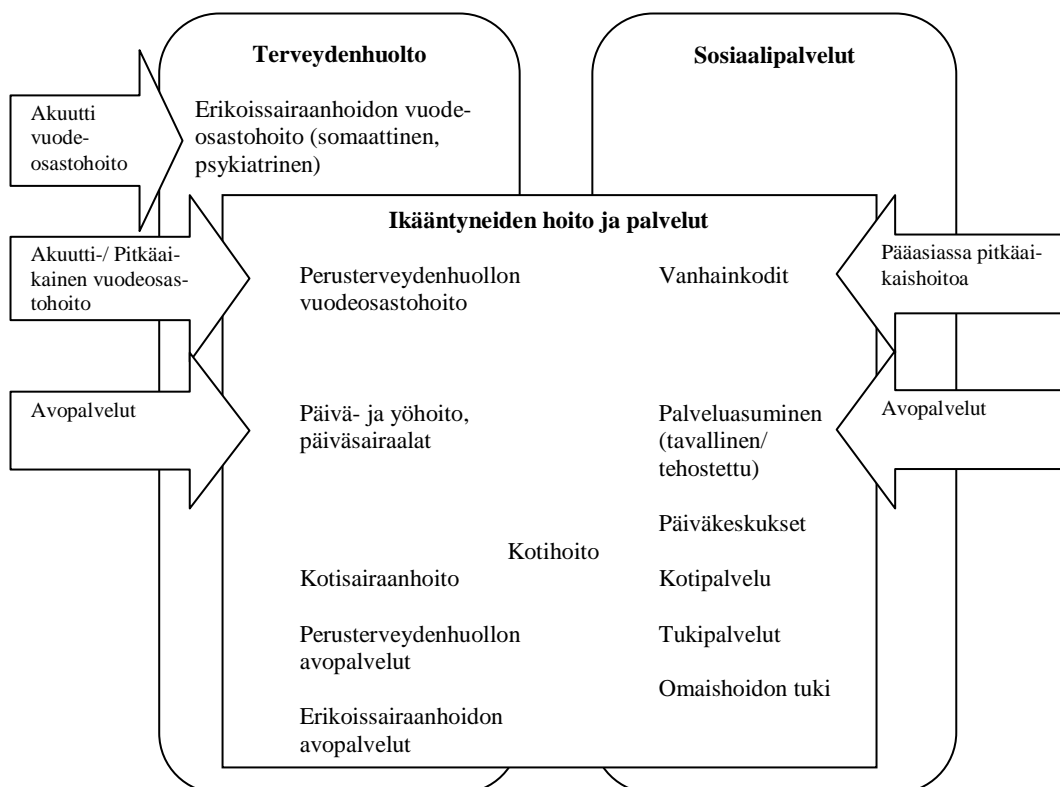
Sosiaali- ja terveyspalvelujen sisältöä määräävät monet lait, joskaan esimerkiksi vanhustenhuoltoa koskevaa erillisistä lakia ei vielä ole (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010b). Sosiaali- ja terveysministeriön (2010c) mukaan vireillä kuitenkin on niin sanottu vanhuspalvelulaki, jolla pyritään vahvistamaan muun muassa määrältään ja laadultaan riittävät palvelut ja turvaamaan palveluntarpeen arviointiin pääsy. Ikäihmisten hoitoa ja palveluita käsitellään esimerkiksi sosiaalihuoltolaissa (710/1982), jossa säädetään miten ja mitä sosiaalipalveluja kunnan on tuotettava. Näitä ovat esimerkiksi kotipalvelu, asumispalvelut ja laitoshuolto. Lisäksi terveyskeskuksissa annettavasta perusterveydenhoidon palveluista säättää kansanterveyslaki (66/1972) ja erikoissairaanhoidon järjestämistä palveluista erikoissairaanhoidolaki (1062/1989) (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010b).

Vuoden 2011 keväällä voimaan astuu uusi terveydenhuoltolaki, joka pyrkii yhdistämään kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidolain. Laissa säädetään terveydenhuollon palvelujen sisällöstä, toimista ja tehtävistä. Lain mukaan on mahdollista yhdistää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon perustason palvelut yhteen toimintayksikköön, joka edistää näiden kahden palveluntarjoajan yhteistyötä ja asiakaslähdistä työskentelytapaa. Lain avulla voidaan myös arvioida sosiaali- ja terveyshuollon yhteisiä rakenteita ja se mahdollistaa kokeilun, jossa kunnan tai kuntayhtymän muodostama sosiaali- ja terveysalue vastaa perusterveyden- ja sosiaalihuollosta sekä perustason erikoissairaanhoidosta. Lain 20§ mukaan myös esimerkiksi iäkkäiden

hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä koskevat neuvontapalvelut tulevat kunnille pakollisiksi järjestää. (Eduskunta 2010, Sosiaali- ja terveysministeriö 2010c.)

3.2 Ikääntyneille tarjottavat hoito ja palvelut

Ikääntyneille tarjottavia palveluita tuotetaan sekä sosiaali- että terveydenhuollossa (ks. kuvio 1). Pelkästään terveydenhuollon palveluita ovat perusterveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon vuodeosastohoito ja avopalvelut. Akuuttia vuodeosastohoitoa tarjotaan keskussairaaloitten ja yliopistosairaaloitten lisäksi jonkin verran myös terveyskeskuksissa. Pelkästään sosiaalihuollon palveluita ei ikääntyneiden hoidossa välttämättä ole lainkaan, sillä usein laitoshoidon ja avopalvelut järjestetään sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyönä. Esimerkiksi kotiin annettavat palvelut voivat olla sosiaalihuollon tuottamaa kotipalvelua ja terveydenhuollon tuottamaa kotisairaanhoidon tai niiden yhteistyönä tuotettavaa kotihoitoa. Vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla tarjotaan ikääntyneiden laitoshoidon. Pääasiassa sosiaalihuollon alaisuuteen kuitenkin kuuluu yleensä palveluasumisen ja tukipalveluiden järjestäminen sekä päiväkeskustoiminnan järjestäminen. Päiväsairaalahoidon järjestetään usein terveyskeskuksissa ja sairaaloissa. (Stakes 2007a.)



Kuvio 1 Ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalujärjestelmä (Lähde: mukailen Stakes 2007a, 16)

Näiden palveluiden piiriin kuuluvien yli 65-vuotiaiden asiakkaiden määrä ja suhteellinen prosenttiosuus vastaavanikäiseen väestöön on vuosikymmenen mittaan vaihdellut. Vuonna 2005 lopussa säännöllisten palveluiden piirissä oli noin 110 000 asiakasta eli noin 13 %. Määrät ovat pääosin kasvaneet, mutta suhteellinen prosenttiosuus on saattanut pienentyä. Asiakasrakenne on muuttunut siten, että palvelujen piirissä on yhä iäkkäämpiä ja enemmän hoitoa tarvitsevia asiakkaita. Myös palveluiden rakenteissa on tapahtunut muutosta laitoshoidon vähentyessä ja palveluasumisen lisääntyessä. Huomioitavaa on myös se, että vuoden 2005 tilastojen mukaan avopalveluiden asiakkaiden hoidon tarve on ollut pienempää kuin laitoshoidon asiakkaiden, joka osoittaa palvelujen kohdistuneen oikein. (Stakes 2007a.)

Avopalvelut

Avopalveluihin kuuluvat Stakesin (2007a) mukaan *kotipalvelut ja kotisairaanhoido, palveluasuminen, omaishoidon tuki sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon avopalvelut*.

Kotipalvelut ja kotisairaanhoido ovat kotiin annettavia palveluita ja ne voidaan tarjota myös sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyönä, jolloin palvelua kutsutaan kotihoitoksi. Säännöllisen kotihoidon asiakkaita ovat ne, joilla on voimassa oleva hoito- ja palvelusuunnitelma, tai jotka ilman suunnitelmaa saavat vähintään kerran viikossa säännöllisesti palveluita. Tukipalvelut ovat myös olennainen osa kotihoitoa. (Stakes 2007a.)

Kotipalvelu on henkilökohtaiseen huolenpitoon ja hoivaan sekä päivittäisten toimintojen suorittamisen tukemiseen tarkoitettua henkilökohtaista apua (Stakes 2007a), jota tarvitaan alentuneen toimintakyvyn tai sairauden vuoksi. Kotipalvelussa työskentelee pääasiallisesti kotiavustajia, kodinhoitajia ja lähihoitajia. Kotisairaanhoido puolestaan suorittaa yleensä sairaanhoitajavetoisesti sairaanhoidollisia lääkärin määräämiä tehtäviä kotona, kuten näytteidenottoa, lääkityksen valvontaa ja voinnin seuraamista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011a.) Kotipalvelua saavien vanhuskotitalouksien määrä oli vuonna 2005 vähentynyt noin 85 000 talouteen vuoden 1990 noin 125 000 taloudesta (Stakes 2007a). Kuitenkin jo neljässä vuodessa määrä on lähtenyt jälleen nousuun kotiapua saavien vanhuskotitalouksien määrän ollessa noin 104 000

vuonna 2009 (SotkaNet 2011). Säännöllisen kotihoidon piirissä olevien asiakkaiden määrä on ollut hieman nousussa, kun vuonna 2005 yli 65-vuotiaiden asiakkaiden määrä oli noin 54 000 ja vuonna 2009 määrä oli noin 57 500. Prosentuaalisesti eroa ei kuitenkaan juuri ole, sillä kumpanakin vuonna säännöllisen kotihoidon piirissä yli 65-vuotiaita oli noin 6,5 %. (Stakes 2007a, SotkaNet 2011.)

Tukipalveluiden tarkoituksena on täydentää kotihoidon antamaa hoitoa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010d) sekä tukea henkilön arjen sujumista ja itsenäistä elämää (Stakes 2007a). Tukipalvelut on pääasiallisesti tarkoitettu kotihoidon asiakkaille ja niitä ovat ateria-, siivous-, kylvetys- ja saunotus-, kauppa- ja muut asiointipalvelut, kuljetus- ja saattaja-, turvapalvelut ja sosiaalista kanssakäymistä edistävät palvelut (Stakes 2007a, Sosiaali- ja terveysministeriö 2010d) ja niitä sai vuosina 2005–2009 hieman alle 13 % yli 65-vuotiaista (Stakes 2007a, SotkaNet 2011). Tukipalveluiden sosiaalisen kanssakäymisen edistämisen näkökulmasta myös esimerkiksi päiväsairaa- lat ja päiväkeskukset voidaan laskea tukipalveluiksi, joskin sosiaali- ja terveysministeriö (2010a) määrittelee päiväkeskukset ennaltaehkäiseväksi palveluksi, joka on sosiaalista syrjäytymistä ehkäisevää toimintaa, mutta myös toimintakykyä aktivoivaa ja ylläpitävää kuntouttavaa toimintaa.

Palveluasumisella tarkoitetaan sellaista asumisen, palveluiden ja tuen tarvetta, johon ei pystytä vastaamaan tavanomaisten kotiin annettavien palveluiden avulla (Stakes 2007a, Sosiaali- ja terveysministeriö 2010e). Palveluasumisen muotoja voivat olla palvelutalot, joissa asiakkailla on omat henkilökohtaiset huoneistot tai huoneet sekä ryhmäkodit tai pienkodit. Palveluasuminen voi olla tavallista, jolloin henkilökuntaa on paikalla päivisin, tai tehostettua palveluasumista, jolloin henkilökuntaa on paikalla ympäri vuorokauden. (Stakes 2007a.) Tehostettu palveluasuminen on tarkoitettu niille, joilla on runsas valvonnan, avun ja hoivan tarve (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010e). Viime vuosina tehostetun palveluasumisen asiakkaiden määrä on ollut rajussa nousussa, joka johtunee palveluntarjonnan lisääntymisestä. Vuonna 2000 tehostetussa palveluasumisessa asui noin 7 300 (0,9 % vastaavanikäisestä väestöstä) yli 65-vuotiasta henkilöä kun jo vuonna 2005 heitä on ollut noin 16 500 (1,9 %). (Stakes 2007a.) Määrä on jatkanut nousuaan, sillä vuonna 2009 tehostetun palveluasumisen asiakkaita oli jo noin 26 000 (2,7 %) (SotkaNet 2011). Tavallisen palveluasumisen

määrä puolestaan on laskenut vuoden 2000 noin 15 000:sta 6800:aan yli 65-vuotiaaseen asiakkaaseen (Stakes 2007a, SotkaNet 2011).

Stakes (2007a, 23) määrittelee omaishoidon seuraavasti: ”...ikäntyneen, vammaisen tai sairaan henkilön hoidon ja huolenpidon järjestämistä kotiloissa omaisen tai muun hoidettavalle läheisen henkilön avulla.”. Kunta ja omaishoitaja tekevät omaishoidosta toimeksiantosopimuksen, ja kunta tekee lakisäätöisen päätöksen omaishoidon tuesta ja sen palveluista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011b.) Hoidettavalle omaishoidon tukeen kuuluu omaishoito, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, jotka määritellään sopimuksen yhteydessä tehtävässä hoito- ja palvelusuunnitelmassa sekä palvelut, jotka annetaan omaishoitajan loman ajaksi. Omaishoitajalle puolestaan kuuluvat hoitopalkkiot, vapaat ja hoitoa tukevat sosiaalipalvelut. (Stakes 2007a, Sosiaali- ja terveysministeriö 2011b.) Omaishoidon tukea saavien määrä on ollut pienessä nousussa jo vuodesta 1990, jolloin omaishoidon tukea saavia yli 65-vuotiaita asiakkaita oli noin 13 000 (2,0 % vastaavan ikäisestä väestöstä), vuonna 2005 määrä oli hieman alle 20 000 (noin 2,5 %) (Stakes 2007a) ja vuonna 2009 määrä oli 23 500 (2,6 %) (SotkaNet 2011).

Perusterveydenhuollon avopalveluita ovat terveyskeskusten lääkärikäynnit asiakkaan luona ja asiakkaan tekemät käynnit lääkärin luokse. *Erikoissairaanhoidon avopalveluita* ovat esimerkiksi sairaalan poliklinikkakäynnit vastaanotolla tai vuodeosastolla. (Stakes 2007a.)

Laitushoito

Laitushoito on *vanhainkodissa* tai perusterveydenhuollossa tarjottavaa akuutti- tai pitkäaikais-/vuodeosastohoitoa. Perusterveydenhuollossa tarjottava vuodeosastohoito on yleensä *terveyskeskusten laitushoitoa* ja *vanhainkoti* sosiaalitoimen ikääntyneiden laitushoitoa. (Stakes 2007a.) Sosiaalihuoltolain (710/1982) mukaan huolenpitoa ja hoitoa tarvitsevalle henkilölle, jolle ei ole mahdollista tai tarkoituksenmukaista järjestää palveluita hänen kotonaan, voidaan palvelut järjestää laitushoitona.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2010f) jaottelee laitushoidon pitkä- ja lyhytaikaiseen laitushoitoon. Pitkäaikainen laitushoito on tarkoitettu niille, joille ei tarvittavaa ympärivuorokautista hoitoa voida järjestää kotona tai palveluasumisen piirissä. Pitkäai-

kainen laitoshoidon sisältää hoidon, lääkkeet, ravinnon, vaatetuksen, puhtauden ja sosiaalista hyvinvointia edistävät palvelut. Lyhytaikainen laitoshoidon voidaan järjestää säännöllisesti tai satunnaisesti, ja se puolestaan tukee kotona asumista ja jaksamista niin asiakkaan kuin hänen omaistensa kannalta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010f.) Vanhainkodeissa pitkäaikaisasiakkaiden määrä on hivenen vähentynyt vuodesta 2005 vuoteen 2009. Kun vuonna 2005 vanhainkodeissa oli noin 17 700 (2,0 % yli 65-vuotiaista) asiakasta, vuonna 2009 asiakkaita oli noin 15 300 (prosenttiosuus ei tiedossa). Terveyskeskuksissa pitkäaikaishoidon asiakkaat ovat myös hieman vähentyneet vuodesta 2005, jolloin yli 65-vuotiaita asiakkaita oli yhteensä noin 11 200 (1,3 % vastaavanikäisestä väestöstä), kun vuonna 2009 asiakkaita oli noin 9800 (1,0 %). (Stakes 2007a, SotkaNet 2011.)

3.3 Kunnat palveluiden järjestäjinä

Lain sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta (733/1992) mukaan kunnilla on velvollisuus järjestää sosiaali- ja terveyspalvelut. Lain mukaan kyseiset palvelut tulee järjestää joko itse, sopimalla palvelujen järjestämisestä yhdessä toisten kuntien kanssa, olemalla jäsenenä kuntayhtymässä, ostamalla palveluja toiselta (kuten valtiolta, toiselta kunnalta tai kuntayhtymältä tai yksityiseltä palveluntarjoajalta) tai antamalla kuntalaiselle palvelusetelin, jolloin kunta maksaa palvelun ennalta sovitulta yksityiseltä palveluntarjoajalta setelin arvoon asti, jota palvelusetelin käyttäjä päättää käyttää. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta 733/1993.) Kunnilla on vastuu myös palvelujen rahoittamisesta. Pääosin toimintaa rahoitetaan verotuloilla, valtiosuuksilla ja erilaisilla asiakkailta perittäviltä maksuilla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001a.) Suomessa oli 342 kuntaa vuonna 2010. Näistä kunnista sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut järjesti itse 106 kuntaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010g.)

Kuntien palveluiden järjestämistä on myös ohjannut vuodesta 2005 kunta- ja palvelurakennemuutos eli PARAS -hanke, jolla on pyritty parantamaan kuntien asukkaiden palvelujen saatavuutta ja laatua. Yhtenä perusteena hankkeelle on ollut juuri väestön ikääntyminen ja erityisesti hoito- ja hoiva-alan lisääntyvä palveluntarve. (Kuntaliitto 2007.) PARAS -hankkeen perustana on niin sanottu puitelaki, jonka mukaan perusterveydenhuollosta ja siihen liittyvästä sosiaalihuollosta vastaa 20 000 asukkaan kunta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010g, Kuntaliitto 2010a). Näin ollen PARAS -

hanke kehottaa kuntia kuntaliitosten myötä yhdistämään voimansa elinvoimaisten ja toimintakykyisten kuntien ylläpitämiseksi. Esimerkiksi vuonna 2009 toteutui 32 kuntaliitosta, jonka seurauksena kuntien määrä väheni 67 kunnalla (Kuntaliitto 2010b). Vaihtoehtoisesti palveluista voi vastata useamman kunnan yhteistoiminta-alue, jolloin palvelut voidaan järjestää isäntäkuntamallina, jolloin yksi kunta hoitaa sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävät sopimuksen mukaisesti myös muiden kuntien puolesta. Vaihtoehtoisesti kunnat voivat toimia kuntayhtymänä, jolloin kuntayhtymä erillisenä oikeushenkilönä järjestää palvelut jäsenkuntiensa puolesta. Vuonna 2010 yhteistoiminta-aluekuntia oli 66 ja niissä oli mukana 220 kuntaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010g, Halonen 2010.)

3.4 Ikäihmisten palveluita ohjaavat suositukset

Suomessa ikäihmisten palveluita ohjaavia suosituksia ovat sosiaali- ja terveysministeriön Terveys 2015 -kansanterveysohjelma (2001b), Hyvinvointi 2015 -ohjelma (2007), Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE (2008b) sekä Ikäihmisten palvelujen laatusuositus (2008a).

Terveys 2015 -kansanterveysohjelma (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001b) pohjautuu WHO:n Health 21 -ohjelmaan ja linjaa terveyden edistämisen politiikkaa. Sen tavoitteet on jaoteltu ikäryhmittäin ja ikääntyneitä koskeva tavoitteena on yli 75-vuotiaiden toimintakyvyn paranemisen jatkuminen. Lisäksi pyritään saavuttamaan kansalaisten tyytyväisyys terveystalouden saatavuuteen. Ikääntyneiden kohdalla on asetettu tavoitteita jatkaa itsenäistä ja laadullisesti mielekästä elämää kotona erilaisen tukien avulla, rakentamalla lähiympäristö palveluineen helposti saatavaksi toimintakyvyn aletessakin. Nämä asiat kuntien tulisi huomioida ikääntymispoliittisissa strategioissaan. Lisäksi huomioidaan tieteellisen tutkimuksen tuottama tieto tavoitteiden asettamisessa ja keinoissa, joilla niitä saavutetaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001b.)

Hyvinvointi 2015 -ohjelma (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007) koskettaa puolestaan sosiaalialan pitkäaikaisia tavoitteita. Ohjelmassa on huomioitu muuttuvat toimintaympäristöt ja niiden mukanaan tuomat haasteet. Tavoitteet on Terveys 2015 -ohjelman kaltaisesti asetettu ikäryhmittäin. Sosiaalialan näkökulmasta ikärakenteen muutoksen mukanaan tuoma palvelujen tarpeen muutos on haaste, johon yhteiskun-

nan on voitava vastata. Esimerkiksi palveluita voidaan muokata tarpeiden mukaiseksi ja tasa-arvoisesti saataviksi. Yhtenä keinona on pystyttävä yhteistyöhön eri toimijoiden kesken, huomioiden myös yksityinen ja kolmas sektori täydentämässä julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon tarjoamia palveluita. Myös Hyvinvointi 2015 -ohjelma noteeraa iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn ja itsenäisen selviytymisen keskeisinä hyvinvointiin vaikuttavista asioista. Lisäksi huomioidaan riittävien hoivapalveluiden saatavuus sekä hoivaa antavien työntekijöiden riittävä määrä. Kotihoidossa tulisi strategisena tavoitteena olla runsas, ennakoiva ja turvallinen apu. Hyvinvointi 2015 -ohjelma huomioi myös dementia palveluiden tarpeen runsaan kasvun tulevaisuudessa sekä hoidon ja hoivan yhdistämisen dementia palveluita suunniteltaessa. Myös kotihoidon näkökulma huomioidaan dementiahoidon näkökulmasta: kotihoito on tällöin tehostettua kotihoitoa ja palveluasumista. Dementoituneiden henkilöiden mahdollisuus laajoihin ostopalveluihin palveluseteleitä hyödyntäen tulisi varmistaa esimerkiksi jonkinlaisen asiamiesjärjestelmän avulla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008b) tavoittelee mm. hyvinvoinnin ja terveyden lisääntymistä ja palveluiden laadun, vaikuttavuuden ja saatavuuden paranemista. KASTE -ohjelmaa tukevat PARAS -hankkeen toteuttamiseen laadittu puitelaki ja Terveys 2015 -ohjelma. KASTE -hankkeen ikääntyneisiin kohdistuvat tavoitteet jatkavat edellisten linjaa, eli toimintakyvyn paranemista. Lisäksi määrällisiä tavoitteita ovat esimerkiksi tarpeenmukaisen säännöllisen kotihoidon saatavuus 14 %:lle yli 75-vuotiasta sekä pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevien yli 75-vuotiaiden määrä tulisi olla alle kolme prosenttia. Tavoitteiden saavuttamiseksi korostetaan erilaisen yhteistyön tekemisen yli sektorirajojen. Lisäksi painotetaan asiakaslähtöistä palvelukokonaisuutta ja asiakkaan ohjaamista ja tukemista oikeiden palveluiden äärelle. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008b.)

Iäkkäiden kansalaisten palveluiden laatua parantamaan sosiaali- ja terveysministeriö (2008a) on laatinut Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen, jonka tarkoitus on ohjata kuntia järjestämään laadukkaat palvelut. Suositus keskittyy palvelujen ja laadun kehittämiseen huomioiden arvot, eettiset periaatteet sekä kuntalaisten osuuden. Eri-tyistä on ikääntymispoliittisten strategioiden laatimisen suositus ja tavoitteena on, että kaikilla kunnilla on oma strategiansa. Huomio pyritään keskittämään hyvinvoin-

nin edistämiseen ja ehkäisevään toimintaan ja sitä tukevaan palvelurakenteeseen huomioiden ikäihmisten tarpeita vastaavat palvelut ja niiden arviointi, kuntouttava kotihoito, pitkäaikaishoivan uudistaminen ja dementiaoireisten ihmisten erityistarpeet. Lisäksi linjataan henkilöstön määrä ja tehtävärakenne sekä laadukkaat asumis- ja hoitoympäristöt. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a)

Dementiaoireisten ihmisten erityistarpeet on otettava huomioon kunnan palvelurakenteita suunniteltaessa. Erityistarpeisiin vastaaminen tarkoittaa palveluita, jotka joustavat muistipotilaan muuttuvan toimintakyvyn mukaisesti koko hoito- ja palveluketjussa. Muistipotilaille ja hänen omaisilleen on tarjottavat ensitietoa, tukea, palvelutarpeen arviointia, palveluohjausta ja palveluita koko prosessin ajan. Erityisesti kotona asumista on tuettava oikea-aikaisilla palveluilla. Pitkäaikaishoivan uudistaminen tarkoittaa KASTE -hankkeen mukaisia tavoitteita, jonka seurauksena terveyskeskusten vuodeosastot vapautetaan akuuttihoitoon ja hoiva järjestetään kodinomaisessa ympäristössä. Pitkäaikaishoivan yksiköihin luetaan mukaan myös dementia-ryhmäkodit ja tavoitteena on, että asiakkailla olisi oma huone ja hygienia-tila ellei asiakas erityisesti halua asua toisen henkilön (esim. puolison) kanssa. Dementiaoireisten asumisympäristöissä on otettava huomioon heidän erityistarpeensa ja esimerkiksi yli 12–15 hengen ryhmäkodissa tai -yksikössä tilat tulisi jakaa pienempiin turvallisuutta luoviin yksittäisiin kokonaisuuksiin huomioiden ympäristön visuaalisuus orientaatiota ja hahmottamista helpottavin vihjein. Dementiaoireisten ihmisten hoito on myös huomioitava erillisenä osana kuntien ikääntymispoliittista strategiaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a.)

4 MUISTIPOTILAAN HOITO JA PALVELUT

4.1 Muistisairaudet ja niiden aiheuttamat kustannukset

Suomen väestöennusteiden mukaan iäkkäiden ihmisten määrä kasvaa ja eliniät pitenevät. Esimerkiksi vuonna 2010 yli 65-vuotiaiden osuus koko väestöstä on arvioitu olevan noin 18 %, vuonna 2030 noin 26 % ja vuonna 2060 jo noin 29 %. (Tilastokeskus 2009a.) Odotettu elinaika on myös viimeisen kymmenen vuoden aikana lisääntynyt miehillä noin 71 ikävuodesta 77 ikävuoteen ja naisilla vastaavasti noin 79 ikävuodesta 83 ikävuoteen (Tilastokeskus 2010a).

Muistisairauksien ilmaantuvuus ei ole lisääntynyt, mutta väestön ikääntyminen lisää dementiaan johtavia muistisairauksia (Viramo & Sulkava 2010). Muistisairauksiin sairastumisen riski kasvaa iän myötä (Eloniemi-Sulkava, Sormunen & Topo 2008). Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito (2010, 4) määrittelee muistisairauden seuraavasti: *”Muistisairaudella tarkoitetaan sairautta, joka heikentää sekä muistia että muita tiedonkäsittelyn alueita, kuten kielellisiä toimintoja, näönvaraista hahmottamista ja toiminnanohjausta”*. Dementiaan johtavia muistisairauksia kutsutaan eteneviksi muistisairauksiksi ja niistä yleisimmät ovat Alzheimerin tauti, aivoverenkierrosairaudet, Lewyn kappale -patologiaan liittyvät taudit, Parkinsonin taudin muistisairaus sekä otsalohkorapheet. (Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito 2010.) Dementia puolestaan ei ole erillinen sairaus, vaan oireyhtymä, johon liittyy muistioireen lisäksi useamman kognitiivisen toiminnon heikentymistä, mikä heikentää itsenäistä selviytymistä (Erkinjuntti 2010).

Dementiaan johtavista sairauksista yleisin on Alzheimerin tauti, joka on dementian ja muistioireiden syynä ainakin 70 %:lla muistipotilaista (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito 2010). Tavallisimmin Alzheimerin tauti alkaa muisti- ja oppimisvaikeuksilla ja etenee tyypillisten vaiheiden kautta aiheuttaen aivoissa vaurioittavia muutoksia. Lievä Alzheimerin tautiin liittyvä dementia oireilee muistin heikentymisen lisäksi muiden kognition osa-alueiden vaikeuttaen esimerkiksi sanojen löytämistä, taloudellisten asioiden hoitamista tai vieraassa ympäristössä liikkumista. Keskivaikeaan Alzheimerin tautiin liittyvä dementia puolestaan näkyy mm. lähimuistin heikkoutena, kielellisinä vaikeuksina, orientaatiovaikeuksina ja hahmottamisvaikeutena johtaen keskustelun vaikeutumiseen, eksymistaipumuksiin

tai tuttujen kasvojen tunnistamisen vaikeuksiin. Vaikeaan Alzheimeriin liittyvän demencian myötä muisti toimii vain satunnaisesti ja esimerkiksi puheen tuottaminen ja ymmärtäminen on heikkoa. Myös fyysiset toiminnot heikkenevät johtaen kaikissa perustoiminnoissa, kuten hygienian hoidossa ja lopulta ruokailussa, tarvittavaan apuun tai puolesta tekemiseen. (Pirttilä & Erkinjuntti 2010.) Aivoverenkiertosairaudet, joissa aivoverenkierron häiriöt aiheuttavat kudostuhoa aivoissa, ovat toiseksi yleisin syy vaikeisiin ja keskivaikeisiin demencioihin. (Erkinjuntti & Pirttilä 2010, Erkinjuntti ym. 2006.)

Muistipotilaiden yhä suureneva määrä on merkittävä kansantaloudellinen haaste (Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito 2010). Dementoivat sairaudet aiheuttavat ikääntyneille ihmisille eniten sosiaali- ja terveystaloudellisia tarpeita ja ne ovat myös pääsyy ympärivuorokautiseen pitkäaikaishoitoon joutumisessa. Kansallisesti demenciaoireisten ihmisten hoito maksaa noin 4 miljardia euroa vuodessa. Kaikista sosiaali- ja terveystaloudellisista tämä on jopa kuusi prosenttia. (Eloniemi-Sulkava ym. 2008.) Yhden dementoivaa sairautta sairastavan henkilön välittömien kustannusten on arvioitu olevan noin 24 000 euroa vuodessa (Suhonen, ym. 2008), joskin laitoshoidossa olevan muistipotilaan hoidon kustannukset ovat noin 36 300 euroa vuodessa ja kotona asuvan muistipotilaan hoidon kustannukset puolestaan ovat noin 14 500 euroa (Sulkava 2006, Eloniemi-Sulkava ym. 2008). Sulkavan (2006) mukaan kotona asuvan muistipotilaan hoidon kustannuksia lisäävät erityisesti intervallihoito ja muut vastaavat lyhytaikaishoidot. Päiväkustannuksiksi muodostuvat näin ollen kotona asuvan muistipotilaan kohdalla 40 euroa ja laitospotilaan kohdalla 100 euroa.

Euroopan Unionin alueella arvioitiin vuonna 2008 olevan noin 7,23 miljoonaa demenciaoireista henkilöä. Myös Euroopan Unionin alueella on demenciaoireisen henkilön arvioitu maksavan noin 22 000 euroa vuodessa ja yhteensä koko Euroopan Unionin alueella noin 160 miljardia euroa vuodessa. Dementoivista sairauksista johtuvat kustannukset ovat nousseet myös Euroopan laajuisesti. Pohjois-Euroopassa kustannuksia aiheuttavat pääasiallisesti laitoshoidot, kun Etelä-Euroopassa suurin kustannuksia aiheuttava tekijä demenciaoireisten henkilöiden hoidossa on omaishoito. Vertailussa on kuitenkin eri maiden välillä ongelmia erilaisten palvelujärjestelmien ja lainsäädännön sekä mittausmenetelmien takia. (Wimo ym. 2010.)

Nykyhoidolla kustannusten on arvioitu nousevan jopa 24 % seuraavan kymmenen vuoden aikana. Noin 85 % dementian hoidosta aiheutuneista kustannuksista liittyy pitkäaikaiseen ympärivuorokautiseen hoitoon ja noin 1 % aiheutuu dementoivan sairauden diagnosoinnista. (Suhonen ym. 2008.) Muistisairauden diagnosoinnin on osoitettu olevan yhteiskunnallisia kustannuksia säästävä, sillä diagnosoitu ja hoidossa oleva muistipotilas on hoitokustannuksiltaan edullisempi kuin diagnosoimaton muistipotilas (Hill ym. 2002, Sulkava 2006). Sulkavan (2006) mukaan selviä kansantaloudellisia säästöjä voitaisiin saada jopa 66 miljoonaa euroa vuodessa hoitamalla viisi prosenttia laitoshoidon muistipotilaista avohoidossa.

4.2 Muistisairaudet Suomessa

Muistisairauksien diagnostiikan ja lääkehoidon Käypä hoito -suosituksen (2010) arvion mukaan Suomessa muistisairauksiin sairastuu vuosittain noin 13 000 henkilöä. Tämän lisäksi Suomessa arvioidaan olevan noin 120 000 lievistä kognitiivisen toiminnan heikkenemisestä kärsivää henkilöä, jolloin muistisairautta ei voida vielä diagnosoida, mutta henkilöllä esiintyy muistioireita ja tiedonkäsittelyn heikentymistä verrattuna aiempaan ilman jokapäiväisten toimintojen vaikeutumista. Lisäksi Suomessa arvioidaan olevan noin 120 000 lievistä ja vähintään keskivaikeasta dementiaasta kärsivää henkilöä. Vuonna 2060 keskivaikeaa tai vaikeaa muistisairautta sairastavia henkilöitä arvioidaan olevan 239 000, kun vuonna 2010 heitä arvioitiin olevan noin 89 000. Muistisairauksien yleistymisestä ei kuitenkaan ole näyttöä, sillä muistisairaiden lisääntyminen johtuu ikääntyneiden määrän lisääntymisestä sekä muistisairauksien varhaisemmasta tunnistamisesta ja tehokkaammasta diagnosoinnista. (Virammo & Sulkava 2010.) Merkittävä määrä muistisairauksista jää kuitenkin diagnosoimatta, joka näkyy myös esimerkiksi laitoshoidossa olevien kognition keskivaikean tai vaikean alenemasta kärsivien suuremmasta määrästä verrattuna diagnosoituihin muistisairauksiin (Noro 2005, Stakes 2007b, Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito 2010).

Viimeisin tilasto dementia-asiakkaista Suomessa on vuodelta 2005, joka osoittaa dementia-asiakkaiden määrän sosiaali- ja terveystalouden (laitospalvelut, palveluasumisen ja säännöllisen kotipalvelun tai kotisairaanhoidon) piirissä (Stakes 2007b). Stakesin (2007b) mukaan dementia-asiakkaiden määrä on kasvanut eri palveluiden alalla ja esimerkiksi vuonna 2005 noin neljäsosa, eli yhteensä 32 500 henkilöä, näi-

den palvelujen asiakkaista oli dementia-asiakkaita. On kuitenkin huomioitava demencian tilastoinnissa se, ettei demenciaoireilua aina tunnisteta diagnoosiin asti, jolloin palvelujen käyttäjissä on diagnosoimatonta demencioivaa sairautta sairastavia henkilöitä. (Stakes 2007b.) Esimerkiksi palvelutaloissa, vanhainkodeissa, terveyskeskuksissa (n = 7449) arvioitiin vuonna 2004 jopa noin 90 % kärsivän kognition alenemasta. Keskivaikeasta ja vaikeasta kognition alenemasta kärsi noin 70 % asiakkaista. (Noro 2005.) Kotihoidon asiakkailla puolestaan 59 %:lla (n = 1232) kognitio oli alentunut (Finne-Soveri & Noro 2006). Stakesin (2007b) mukaan palvelutalossa, vanhainkodeissa ja terveyskeskuksessa asuville kognition alenemasta kärsiville vain noin puolelle oli ilmoitettu taustaksi demencioiva sairaus ja kotihoidossa asuville puolestaan vain noin 16 %:lla oli demencidiagnoosi (Finne-Soveri & Noro 2006). On arvioitu, että 120 000 demenciaoireisesta ihmisestä noin 60 % asuu kotona ja yli puolet heistä asuu yksin (Eloniemi-Sulkava ym. 2008).

Alueellisesti näyttäisi siltä, että palvelujen piirissä Itä- ja Pohjois-Suomessa on eniten demencia-asiakkaita tuhatta 75 vuotta täyttänyttä asukasta kohden. Esimerkiksi Pohjois-Karjalan ja Kainuun maakunnissa kyseinen luku on noin 90, kun Ahvenanmaalla, jossa on alueista vähiten demencia-asiakkaita, vastaava luku on noin 35. Manner-Suomessa vähiten demencia-asiakkaita vuonna 2005 oli Etelä-Suomen maakunnassa Itä-Uudellamaalla, jossa luku oli noin 55. Tarkasteltaessa ympärivuorokautista hoitoa (vanhainkoti, tehostettu palveluasuminen ja terveyskeskusten pitkäaikaishoito), demencia-asiakkaita oli eniten kuitenkin Etelä-Suomen Päijät-Hämeessä sekä Pohjois-Suomen Lapissa, joissa pitkäaikaishoidossa hoidettiin noin 60 demencioituvaa asiakasta tuhatta 75 vuotta täyttänyttä asukasta kohden. Kotihoidon ja tavallisen palveluasumisen piirissä eniten demencia-asiakkaita näyttäisi olleen Itä-Suomen Kainuun maakunnassa, jossa vastaava luku oli noin 60, ja vähiten Ahvenanmaalla sekä Itä-Uudellamaalla luvuin 15–25. (Stakes 2007b.)

4.3 Muistipotilaan hoidon ja palvelujen kokonaisuus

Muistipotilaan hoidon kokonaisuutta ohjaavat Suomessa erityisesti Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito Käypä hoito -suositus (2010). Lisäksi Suomen Alzheimer-tutkimusseuran kokoama asiantuntijatyöryhmä on julkaissut suosituksen hyvistä hoitokäytännöistä muistisairauksien kaikissa vaiheissa (Suhonen ym. 2008). Muistipotilaille suositeltavia palveluita voidaan tarkastella myös Muistiliiton julkai-

sujen, kuten Muistibarometrin (Granö ym. 2010) ja hoidon ja palvelujen arvioinnin ohjeiden (Heimonen & Tervonen 2001) mukaisesti. Hoidon ja palveluiden kokonaisuutta tarkastellessa voidaan puhua hoito- ja palveluketjusta. Stakesin (2002, 5–7) mukaan nämä voidaan määritellä seuraavasti: ”*saman asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuva, sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatorajat ylittävä, suunnitelmallinen ja yksilöllisesti toteutuva hoito-/palveluprosessien kokonaisuus*”. Hoitoketju -käsitteellä kuitenkin viitataan yleensä vain terveydenhoitoon, kun taas palveluketjulla voidaan laajemmin kuvata sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistä toimintaa niiden antamien palvelujen muodossa. Palveluketjulla ei välttämättä tarkoiteta lineaarisesti etenevää prosessia, vaan yleensä palveluketjuissa on verkkomaisten prosessien tuottamia kokonaisuuksia.

Olenneisimpia palveluita muistipotilaiden sairauden varrella ovat avohoidon muistipoliklinikat ja -neuvolat (Suhonen ym. 2008, Granö ym. 2010, Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito 2010), kotona asumista tukevat palvelut sekä erilaiset asumispalvelut sekä pitkäaikaishoito (Heimonen & Tervonen 2001, Granö 2010). Muistipotilaiden kohdalla tulisi ottaa huomioon myös muistisairauksien ennaltaehkäisy (Suhonen ym. 2008, Granö ym. 2010), muistisairauteen liittyvä tiedonsaanti ja palveluohjaus (Heimonen & Tervonen 2001, Suhonen ym. 2008, Granö ym. 2010, Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito 2010) sekä muistipotilaiden omaisten tuki ja palvelut (Granö ym. 2010). Lisäksi tarvittavien palveluiden varrella tulisi huomioida niissä toimivien ammattihenkilöiden muistisairausosaaminen ja sen kehittäminen (Granö ym. 2010).

Muistipotilaan hoito ja palvelut alkavat ennen kaikkea aivoterveystä ja muistisairauksien *ennaltaehkäisystä* (Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito 2010). Suhosen ym. (2008) mukaan ennaltaehkäisy on kaikkien tehtävä. Muistisairauksiin voidaan vaikuttaa ennaltaehkäisemällä valtimotauteja, joilla on samat riskitekijät kuin muistisairauksilla (Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito 2010). Esimerkiksi liikunta, terveelliset elämäntavat sekä sosiaalinen ja henkinen aktiivisuus ylläpitävät kognitiivisia toimintoja ja viivyttävät muistisairauksia (Heyn ym. 2004, Pitkälä ym. 2007, Suhonen ym. 2008).

Muistioireiden tunnistaminen on kaikkien terveydenhuollossa toimivien tehtävä ja hoidon edellytys (Suhonen ym. 2008). Suomessa on todettu kuitenkin muistitutkimuksiin tulemisen olevan usein liian myöhäistä optimaalisen hoidon aloittamiseksi (Karppi ym. 2010). Muistioireiden tunnistamisessa omaisilla ja terveydenhuollon ammattilaisilla on merkittävä rooli (Manninen ym. 2005, Suhonen ym. 2008, Karppi ym. 2010). Karpin ym. (2010) tutkimuksen mukaan jopa 70 %:ssa (n =710) uusista muistipoliklinikalle tulleista muistiasiakkaista ensimmäiset muistioireilut havaitsi asiakkaan omainen. Perusterveydenhuollon lääkärit puolestaan ovat olennaisessa roolissa koska heidän vastaanotolleen tullaan oire-epäilyjen takia yleensä ensimmäisenä (Suhonen ym. 2008, Brodaty & Cumming 2010).

Muistioireen tunnistaminen johtaa diagnoosiin, joka tehdään *muistipoliklinikalla* (Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito 2010) ja diagnoosin jälkeen muistisairaus etenee varhaisesta lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan muistisairauteen. Muistipoliklinikalla toimii moniammatillinen muistisairauksiin ja muistipotilaan hoitoon ja tutkimukseen perehtynyt terveydenhuollon työryhmä, johon kuuluu ainakin lääkäri, muistihoitaja, muistikoordinaattori ja sosiaalityöntekijä (Suhonen ym. 2008, Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito 2010). Muistihoitajat ovat terveydenhuollon koulutuksen omaavia ammattilaisia, joiden tehtävänä on yleensä testien avulla asiakkaan toimintakyvyn arviointi, tukipalveluiden kartoitus, lääkärin työparina toimiminen, *hoitoon ohjaus ja potilaan ja perheiden tukeminen* (Kuosma 2003, Manninen ym. 2005, Suhonen ym. 2008). Muistikoordinaattorit puolestaan ovat sosiaali- tai terveydenhuollon ammatin omaavia henkilöitä, joiden tehtävänä on diagnoosin jälkeinen seuranta ja yhteistyö potilaiden perheiden kanssa. Heillä on yleensä vastuu palveluiden tarpeiden kartoittamisesta, kotona asumisen tukemisesta, ongelmatilanteiden ennakoinnista sekä edunvalvonnasta eli avopalvelujen toteutumisen varmistaminen (Eloniemi-Sulkava & Rahkonen 2004, Suhonen ym. 2008).

Oikeanlainen *ohjaus ja tuki* ovat tärkeitä elementtejä muistipotilaan palveluiden varrella. Tiedon ja tuen lähteenä tulisi olla ammattihenkilö, jolla on riittävät tiedot muistisairauksista ja palveluista. (Heimonen & Tervonen 2001.) Kirjallisuutta tarkasteltaessa tärkeiksi henkilöiksi tiedon ja tuen antajana osoittautuvat juuri muistihoitajat ja muistikoordinaattorit (esim. Eloniemi-Sulkava & Rahkonen 2004, Suhonen ym. 2008).

Muistikoordinaattorien ja muistihoitajien olemassaolon on todettu myös helpottavan eri toimijoiden yhteistyötä muistipotilaan parhaaksi (Eloniemi-Sulkava & Rahkonen 2004, Manninen ym. 2005). Eloniemi-Sulkavan ym. (2010) mukaan moniammatilliset tietotaidot ovatkin edellytys muistisairauksien hyvälle hoidolle. Muistipotilaan onnistunut hoito- ja palvelupolku vaatiikin yhteistyöhön kykenevää ja hoito- ja palvelujärjestelmän tuntevaa ammattihenkilöstöä (Eloniemi-Sulkava ym. 2010), joskin yhteistyö eri toimijoiden välillä näyttää kuitenkin olevan muistipotilaan hoitopolulla haasteellista. Esimerkiksi Kämpersin ym. (2005) mukaan sekä Alankomaissa että Iso-Britanniassa erikoisalojen ja perusterveydenhuollon välinen kommunikointi muistipotilaan hoidon ja palveluiden polulla oli rikkonaista ja heikkoa. Myös McDonald ja Heath (2009) totesivat Iso-Britannian muistipalveluita tarkastellessaan eri toimijoiden yhteistyön olevan toimimatonta.

Muistipotilaiden *kotona asumista tukevat palvelut* ovat samoja kuin muidenkin ikääntyneiden. Näitä ovat esimerkiksi kotihoito, lyhytaikaishoito ja päivätoiminta (Granö ym. 2010.) Palveluiden voidaan katsoa olevan kuntouttavia, mikäli ne on suunnattu erityisesti muistipotilaille (Heimonen & Tervonen 2001). Kotona asuvat tukipalveluita saavat henkilöiden voidaan katsoa olevan muistisairauden lievässä tai keskivaikeassa vaiheessa (Heimonen & Tervonen 2001, Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito 2010). Muistihoitajien ja muistikoordinaattorien hyödyt terveydenhuollossa on osoitettu myös kotona asumisen tukemisen näkökulmasta. Eloniemi-Sulkavan ja Rahkosen (2004) tutkimuksessa osoitettiin, että muistikoordinaattorin antaman kokonaisvaltaisen tuen avulla muistipotilaat asuivat kotona jopa vuoden pidempään verrattuna kontrolliryhmään. Huomioitavaa on, että erityisesti vaikeasti dementoituneet hyötyivät tuesta eniten.

Omaishoitoa pyritään kehittämään muiden hoitomuotojen vaihtoehdoksi varmistamaan kotona asumisen mahdollisuus (Toljamo & Solovieva 2010). Tämä kuitenkin edellyttää *omaisten tukemista sekä tarpeiden huomioimista* (Heimonen & Tervonen 2001). Kotona asumista tukevilla palveluilla voidaan myös tukea omaishoitoa (Granö ym. 2010).

Muistisairauden edetessä kohti vaikeaa, muistipotilaan hoito ja palvelut järjestetään *asumispalveluiden ja pitkäaikaishoidon* tuella. (Suhonen ym. 2008, Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito 2010.) Hoito on ympärivuorokautista, joka vaatii erityisosaamista (Suhonen ym. 2008). Koska ympärivuorokautisen hoidon piirissä on runsaasti kognition alenemisesta kärsiviä (Noro 2005) eikä muistisairautta aina tunnusteta diagnoosiin asti (Stakes 2007a), tulee *muistisairaudesta* olla ammattihenkilöiden taholla asumispalveluissa ja pitkäaikaishoidossa kautta linjan. Hoitotyön tulisi olla edelleen kuntoutusta edistävää. (Suhonen ym. 2008, Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito 2010.) Muistisairaudesta osaamisen harjoittamiseen tulee antaa mahdollisuus esimerkiksi erilaisten koulutusten avulla (Heimonen & Tervonen 2001). Terveys- ja sosiaalialan ammattilaisten koulutus ja ohjeet muistihäiriöiden tunnistamiseksi ovat tärkeitä, sillä koulutus lisäsi muistisairaustietoisuutta esimerkiksi kotihoidon työntekijöiden keskuudessa, minkä myötä reagointi sairauden alkuvaiheisiin myös kotihoidossa tuntui lisääntyvän. (Manninen ym. 2005.)

4.4 Muistipotilaan hoito ja palvelut strategisella tasolla

Muistiliiton toteuttaman Muistibarometri 2010 –tutkimuksen (Granö ym. 2010) mukaan 82 %:lla (n = 113) kunnista oli olemassa voimassa oleva ikääntymispoliittinen strategia, muistiohjelma tai molemmat ja 72 % otti huomioon palveluja suunniteltaessa arviot alueen muistipotilaiden henkilöiden määrästä. Kunnan alueen väestön määrä oli vaikuttava tekijä muistipotilaiden määrän huomioimisessa, sillä isommissa kunnissa otettiin todennäköisemmin muistipotilaat huomioon palvelujen suunnittelussa. Erillinen muistiohjelma oli olemassa 29 %:lla kunnissa ja ne todennäköisimmin olivat Etelä-Suomen kuntia. Kuitenkin Toljamon ja Solovievan (2010) kuntien strategioiden sisältöä kuvaavassa tutkimuksessa todettiin, että vain kahdessa (n = 100) strategiassa todettiin kunnalla olevan erillinen muistiohjelma. Kunnat kuitenkin pyrkivät kehittämään erilaisia dementiahoitomalleja ja palveluketjuja esimerkiksi panostamalla muistineuvoloitten vakiinnuttamiseen. (Toljamo & Solovieva 2010.)

Muistisairauksien ennaltaehkäisy todettiin olevan varsin huonoissa kantimissa, sillä vain noin 25 % vastanneista kunnista (n = 113) huomioi ikääntymispoliittisissa strategioissaan tai muistihäiriö- ja dementia-työn ohjelmissaan ennaltaehkäisyn hyvin tai jokseenkin hyvin. 25 % vastanneista kunnista ei huomionnut ennaltaehkäisyä lainkaan tai arvioi tilanteen huonoksi. (Granö ym. 2010.) Toisaalta Toljamon ja Solovie-

van (2010) mukaan kuntien strategioista löytyi ennaltaehkäisevän toiminnan tärkeyden tunnistaminen. Strategioiden tarkastelussa muistisairauksien ennaltaehkäisy ja riskien tunnistaminen kuului osaksi vanhustyötä. Muistioireiden tunnistamisessa kotihoiton työntekijöiden koettiin olevan tärkeässä roolissa (Toljamo & Solovieva 2010). Kansainvälisesti esimerkiksi Australiassa, Englannissa ja Alankomaissa on myös kiinnitetty kansallisella tasolla muistisairauksien ennaltaehkäisyyn kansallisten suositusten muodossa. (Kümpers ym. 2005, Brodaty & Cumming 2010.) Myös Suomessa Suhonen ym. (2008) painottaa kansallisessa muistisairauksien hoidossa ennaltaehkäisyä ja toteaa sen olevan kaikkien tehtävä.

Strategioissa arvioitiin otettavan hyvin huomioon muistisairauden alkuvaiheessa muistipotilaan hoitoon ohjaus ja diagnosointi. Muistipoliklinikat tai muistineuvolat ovatkin lisääntyneet Suomessa viimeisen viiden vuoden aikana melko reippaasti, kun vuonna 2005 neljännes kunnista (n = 167) ilmoitti kunnassansa olevan muistipoliklinikka tai -neuvola. Vuonna 2010 (n = 113) jompikumpi löytyi jo 65 % kunnista. (Granö ym. 2010.) Kunnat myös tunnustavat tarpeen geriatriseen osaamiseen ja muistineuvojien tarpeeseen. Muistineuvojia tai heidän virkojaan näyttäisi strategioiden mukaan kunnilla olevan tai niitä oltiin perustamassa. (Toljamo & Solovieva 2010.) Muistihoitajia oli kuitenkin jopa 87 %:ssa kunnista (Granö ym. 2010). Muistikoordinaattoreita oli vielä varsin vähän, sillä Granön (ym. 2010) mukaan noin 25 %:lla kunnista oli muistikoordinaattori ja Toljamon ja Solovievan (2010) mukaan strategiatasolla heistä oli vain viisi mainintaa (5 %). Varhainen diagnoosi ja palvelutarpeen arviointi oli myös kansainvälisesti tärkeitä muistipotilaiden hoidon suosituksissa esimerkiksi Iso-Britanniassa, Alankomaissa ja Australiassa (Kümpers 2005, Brodaty & Cumming 2010).

Muistisairauteen liittyvän neuvonnan ja palveluiden alkuvaiheen saatavuus arvioitiin melko hyväksi kunnissa. Heikoiten kuitenkin arvioitiin olevan ensitietokursseja ja sopeutumisvalmennusta, kun ne puuttuivat noin joka kahdeksannelta kunnalta kokonaan. (Granö ym. 2010.)

Kotona asumista tukevista palveluista strategioissa huomioitiin heikoiten yöhoidon saatavuus. Lisäksi muistisairaiden päivätoiminnan huomioimista piti puutteellisena tai huonona yli 25 % kunnallisista vastaajista ja osasta kunnista se puuttui kokonaan.

(Granö ym. 2010.) Roiveen (2004) mukaan kuitenkin suurin osa ($n = 26$) muistipotilaista oli käyttänyt erilaisia tukipalveluita ennen pitkäaikaishoitopäätöstä. Toljamon ja Solovievan (2010) mukaan kuntien strategioissa on kuitenkin todettu muistisairaiden runsaasta määrästä selviytymisen ainoana ratkaisuna olevan kotona asumisen tukeminen ja avohoitoa tukevien ratkaisujen tavoittelu. Strategioista kävi ilmi, että jokaiselle sairastuneelle oli nimetty yhteyshenkilö ja häntä pyrittiin tukemaan esimerkiksi kotihoidon, omaishoidon tuen, Kelan etuuksien, kodin muutostöiden ja kuljetuspalvelujen avulla. Muistisairaiden lääkinnällinen kuntoutus oli kuitenkin heikkoa, kun vain sitä piti huonona tai täysin puutteellisena 38 % kunnista (Granö ym. 2010).

Omaishoitoa pyrittiin kunnissa kehittämään muiden hoitomuotojen vaihtoehdoksi. (Toljamo & Solovieva 2010.) Kuitenkin muistibarometrin mukaan omaishoidon tukea rahana oli kunnissa saatavilla hyvin tai jokseenkin hyvin noin puolella kunnista. Sekä rahana saatava että palvelun muodossa saatava tuki oli heikentynyt viiden vuoden aikana. Palvelusetelitarjonta omaishoitajille oli hyvin heikkoa, kun sitä oli saatavilla vain hieman alle puolella kunnista. (Granö ym. 2010.) Myös kansainvälisesti esimerkiksi Australiassa todettiin omaishoitajien roolin olevan merkittävä muistipotilaan kotona asumisen mahdollistajana. Omaishoitajien arvo pyritään myös tunnustamaan poliittisella tasolla. (Brodaty & Cumming 2010).

Parhaiten kunnat arvioivat ikääntymispoliittisissa strategioissaan ottavansa huomioon muistipotilaiden hoitoon ja asumiseen liittyvät tarpeet. Näistä parhaiten huomioidaan palveluasuminen ja pitkäaikainen hoito, kun kotihoito ja tukipalvelut ovat hieman pienemmällä huomiolla (Granö ym. 2010), vaikka Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen tavoitteissa strategiat tulisi keskittää erityisesti muistioireisten palvelujärjestelmän kehittämisen pääpainon kotona asumisen tukemiseen (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2008a). Kotona asumisen tukemista korostetaan myös kansainvälisesti eri maiden hoitosuosituksissa (Kümpers 2005, Brodaty & Cumming 2010). Suomessa asumispalveluita oli saatavilla kaikissa vastanneissa kunnissa vähintään kohtalaisesti. Muistipotilaille tarkoitetuissa asumispalveluyksiköissä asumispalveluita tarjottiin noin 70 %:ssa kunnista. Noin viidessä prosentissa ei ollut lainkaan muistipotilaille tarkoitettuja palveluasumisen yksiköitä, mutta tilanne on parantunut vuoteen 2005 verrattuna, jolloin hieman yli 20 %:lla ei ollut näitä lainkaan. Pitkäaikaishoidossa

muistipotilaille tarkoitettuja yksiköitä oli vähiten vanhainkodeissa, kun lähes 40 % kunnista ilmoitti, ettei muistipotilaille tarkoitettuja vanhainkotosastoja ole lainkaan tarjolla. Dementiayksiköissä tarjottavien pitkäaikaishoidon saatavuuden vähintään kohtalaiseksi arvioi noin 70 % kunnista. Dementiayksiköiden määrä on myös viiden vuoden aikana jonkin verran lisääntynyt. (Granö ym. 2010.) Brodatyn ja Cummingin (2010) mukaan Australiassa on suunnitteilla muistipotilaiden palliativisen hoidon yksiköitä elämän loppuvaiheeseen, jota ei suomalaisissa tarkastelluissa tutkimuksissa huomioitu lainkaan.

Granön ym. (2010) mukaan terveydenhuollon ammattihenkilöstö osasi parhaiten tunnistaa muistisairauksia ja kohdata muistipotilaita verrattuna muihin osaamisalueisiin. Ennaltaehkäisyntaidot olivat heikoiten arvioitu. Lisäksi kriittisimmin arvioitiin terveyskeskuksen henkilöstön ammatillista osaamista verrattuna kotihoitoon ja muihin ympärivuorokautisen hoidon yksiköihin. Erityisesti terveyskeskuksen henkilöstön taito kuntoutuksen huomioimisessa hoidossa arvioitiin huonoksi noin 25 %:ssa kunnista. Parhaiten arvioitiin ympärivuorokautisen hoidon henkilöstön osaaminen. Erityisen hyväksi arvioitiin muistipotilaiden käytösoireiden kohtaaminen sekä psyykinen tukeminen. (Granö ym. 2010.)

Strategioissa todettiin lisäksi kolmannen ja yksityisen sektorin rooli muistisairauksien ennaltaehkäisyssä merkittäväksi. Strategioissa oli myös huomioitu yksityisen ja kolmannen sektorin rooli ennaltaehkäisyssä toimintakykyä ylläpitävän toiminnan järjestäjinä (Toljamo & Solovieva 2010). Kolmas sektori on nimetty tärkeään rooliin muistisairauksien tunnistamista edistävissä tietoisuuskampanjoiden järjestämisessä (Brodaty & Cumming 2010). Myös Iso-Britanniassa järjestöt ovat täydentäneet muistipotilaille tarkoitettuja palveluita erityisesti maaseutualueilla, jonne julkisella terveydenhuollolla on ollut jonkin verran vaikeuksia tuottaa palveluita mm. pitkien välimatkojen takia (McDonald & Heath 2009). Asiakasnäkökulmasta Roiveen (2004) pro gradu -tutkielman mukaan esimerkiksi 65 % (n = 26) muistipotilaista oli ennen pitkäaikaishoitoon joutumistaan käyttänyt yksityisen lääkärin palveluja täydentääkseen perusterveydenhuollon lääkärin palveluita. Lisäksi yhdistyksillä on merkittävä rooli vertaistuen ja tiedon antajana sekä kuntouttavien tukipalveluiden järjestäjänä (Suhonen ym. 2008).

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän pro gradu -tutkielman tarkoituksena on kuvata suomalaisen muistipotilaan hoito- ja palveluketju kuntien strategisten asiakirjojen kuvaamana. Lisäksi tarkoituksena on verrata muistipotilaan hoito- ja palveluketjun eroja suuralueittain. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää muistipotilaan hoito- ja palveluketjukäytänteitä suomalaisessa palvelujärjestelmässä. Tutkimus on osa RightTimePlaceCare 2010–2013 -EU -tutkimushanketta.

Tämän pro gradu -tutkielman tutkimusongelmat ovat:

1. Millaisena suomalaisen muistipotilaan hoito- ja palveluketju näyttäytyy kuntien ikääntymispoliittisissa strategioissa?
2. Millaisena suomalaisen muistipotilaan hoito- ja palveluketjun erot näyttäytyvät kuntien ikääntymispoliittisissa strategioissa suuralueittain?

6 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS

6.1 Tutkimusmenetelmä

Tämä tutkimus on luonteeltaan kuvaileva etnografinen asiakirja-analyysi, sillä tutkimuksessa kuvaillaan tietyn kulttuurin (suomalaisen) hoito- ja palvelujärjestelmää suomalaisten kuntien ikääntymispoliittisten strategia-asiakirjojen perusteella (Brink & Wood 1998). Tutkimuksessa myös vertaillaan hoito- ja palvelujärjestelmien alueellisia eroja, mikä onkin etnografisen tutkimuksen yksi suuntauksista (Nikkonen ym. 2001). Tutkimus on kvalitatiivinen, mutta aineistoa ei kuitenkaan kerätä havainnoimalla, kuten etnografisessa tutkimuksessa yleensä tehdään, vaan aineisto koostuu kirjallisesta materiaalista (Nikkonen 1997, Burns & Grove 2001, Nikkonen ym. 2001).

6.2 Tutkimuksen kohderyhmä ja aineiston keruu

Tutkimuksen kohderyhmänä ovat suomalaiset kunnat ja niiden ikääntymispoliittiset strategiat. Strategioista tarkastellaan muistipotilaiden hoidon ja palvelujen nykytilan kuvauksia. Vuoden 2010 alussa Suomessa oli kuntia yhteensä 342 kappaletta (Halonen 2010). Yhteensä tarkasteluun otetaan 40 kuntaa ($N = 40$) ja niiden ikääntymispoliittista strategiaa eri puolilta Suomea.

Koska tarkoituksena on kuvata Suomessa asuvan muistipotilaan hoito- ja palveluketjua, on tärkeää pohtia otoksen kattavuutta ja kuvaavuutta. Ennako-oletuksena on, että kaikilla kunnilla on sosiaali- ja terveystieteiden (2008a) Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen mukaisesti olemassa ikääntymispoliittinen strategia, jossa on kuvattu muistipotilaan hoito ja palvelut. Tässä tutkimuksessa otosmenetelmänä käytetään satunnaistettua ositettua otantaa, jolloin otoksen keräämisessä huomioidaan kuntien sijoittuminen eri puolille Suomea, niiden tilastollinen kokomäärätelmä sekä erityisesti asukasluvumäärä suhteutettuna koko Suomen asukasluvumäärään. Näin kunnat ovat edustettuina samassa suhteessa eri puolilta Suomea verrattuna niiden asukasmäärään. (Burns & Grove 2001.) Vaihtoehtoisesti otos olisi voitu suhteuttaa kuntien lukumäärään, joka olisi kuitenkin tuottanut vääristyneen kuvan, sillä vaikka esimerkiksi kaikista kunnista maaseutukuntia on yli puolet (ks. taulukko 1), on niissä asukkaita vain 16 % koko Suomen väestöstä (taulukko 2). Lisäksi käytetään harkin-

nanvaraista otantaa niin, että kuntia ja niiden strategioita valitaan niin pitkään että saadaan ennalta päätetty otos $N = 40$ kuntaa ja niiden ikääntymispoliittista strategiaa täyteen.

Kuntia Suomessa 31.12.2009	342	
Ahvenanmaan kunnat	- 16	
Kuntia Manner-Suomessa yhteensä	326	
Joista kaupunkimaisia kuntia	61	19 %
Joista taajaan asuttuja kuntia	66	20 %
Joista maaseutumaisia kuntia	199	61 %
Yhteensä	326	100 %

Taulukko 1 Kuntien lukumäärät Suomessa tilastollisen kuntaryhmä- jaon mukaisesti

Asukkaita Suomessa 31.12.2009	5 351 427	
Ahvenanmaan asukaslukumäärä	- 27 734	
Asukkaita Manner-Suomessa yhteensä	5 323 693	
Joista kaupunkimaisessa kunnassa asui	3 633 368	68 %
Joista taajaan asutuissa kunnissa asui	851 259	16 %
Joista maaseutumaisissa kunnissa asui	839 066	16 %
Yhteensä	5 323 693	100 %

Taulukko 2 Asukaslukumäärän jakaantuminen kuntiin

Aineiston keruussa otettiin siis huomioon kuntien sijainti, joka perustuu viiteen suuralueeseen: Etelä-Suomi, Länsi-Suomi, Itä-Suomi, Pohjois-Suomi sekä Ahvenanmaa. (Tilastokeskus 2010b). Lisäksi kunnat edellisen suuraluejaon lisäksi jaettiin kaupunkimaisiin kuntiin, taajaan asuttuihin kuntiin sekä maaseutumaisiin kuntiin. Tilastokeskus määrittelee kaupunkimaiset kunnat seuraavasti: ”*Kaupunkimaisia kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä vähintään 90 % asuu taajamissa tai suurimman taajaman väkiluku on vähintään 15 000.*”. Taajaan asutut kunnat ovat kuntia, ”*joiden väestöstä vähintään 60 %, mutta alle 90 %, asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on vähintään 4 000 mutta alle 15 000*” ja maaseutumaiset kunnat ovat kuntia, ”*joiden väestöstä alle 60 % asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on alle 15 000, sekä kunnat, joiden väestöstä vähintään 60 %, mutta alle 90 %, asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on alle 4 000*” (Tilastokeskus 2009b). Kunnat oli löydettävissä jaoteltuina Excel-taulukoiden muodossa Kunnat.net-palvelusta (Halonen 2010). Otos rajattiin kuntiin, joissa ikääntymispoliittinen strategia on todennäköisesti kirjoitettu suomen kielellä, jolloin suuralueista Ahvenanmaa jäi pois. Näin ollen kaikkien kuntien määrä on $N = 326$, joiden kesken satunnaistettu ositettu otanta

suoritettiin. Näihin kuntiin viitataan käsitteellä Manner-Suomi. Otoksen suhteutus on osoitettu taulukossa 3.

Kuntien otos suhteutettuna Manner-Suomen asukaslukumäärään (5 323 693):			
Etelä-Suomi	As.lkm	% Manner-Suomen asukasluvusta	Kuntia otokseen:
Kaupunkimaiset kunnat	2 168 948	41 %	16
Taajaan asutut kunnat	303 442	6 %	2
Maaseutumaiset kunnat	199 800	4 %	2
yhteensä	2 672 190	51 %	20
Länsi-Suomi	As.lkm	% Manner-Suomen asukasluvusta	Kuntia otokseen
Kaupunkimaiset kunnat	770 093	14 %	6
Taajaan asutut kunnat	313 413	6 %	2
Maaseutumaiset kunnat	271 662	5 %	2
yhteensä	1 355 168	25 %	10
Itä-Suomi	As.lkm	% Manner-Suomen asukasluvusta	Kuntia otokseen
Kaupunkimaiset kunnat	325 075	6 %	2
Taajaan asutut kunnat	107 367	2 %	1
Maaseutumaiset kunnat	219 904	4 %	2
yhteensä	652 346	12 %	5
Pohjois-Suomi	As.lkm	% Manner-Suomen asukasluvusta	Kuntia otokseen
Kaupunkimaiset kunnat	369 252	7 %	3
Taajaan asutut kunnat	127 037	2 %	1
Maaseutumaiset kunnat	147 700	3 %	1
yhteensä	643 989	12 %	5
YHTEENSÄ:	5 323 693	100 %	40

Taulukko 3 Tutkimuksen otos suhteutettuna Suomen asukaslukuun

Ennen aineistonkeruuta kunnat siis ryhmiteltiin edellä kuvatulla tavalla. Lisäksi ne numeroitiin satunnaisjärjestyksessä. Aineisto kerättiin lokakuussa 2010. Mukaan valitut kunnat arvottiin niille annettujen numeroidentifikaatioiden perusteella. Oletuksena aineiston keruussa oli, että kuntien ikääntymispoliittiset strategiat löytyvät sähköisessä muodossa Internetistä. Kun kunta oli arvottu mukaan otokseen, etsittiin sen ikääntymispoliittinen strategia kunnan Internet-sivuilta. Aineiston keruussa rajattiin edelleen pois kunnat, joiden Internet-sivuilta ei löytynyt ikääntymispoliittista strategiaa, ohjelmaa tai muuta vastaavaa asiakirjaa. Lisäksi rajattiin pois mukaan arvotut kunnat, joissa strategia oli vanhentunut. Mikäli jompikumpi näistä poissulkukriteereistä täyttyi, arvottiin uusi kunta, kunnes saatiin yhteensä 40 (N = 40) kuntien ikääntymispoliittista strategiaa. Mukaan otettiin vielä vuoden 2010 voimassa olevat

strategiat. Lisäksi analyysivaiheessa tammikuussa 2011 tarkistettiin vielä, onko mukaan arvotuille kunnille tullut tuoreempia strategioita. Näin ei kuitenkaan yhdenkään kunnan kohdalla ollut. Ikääntymispoliittisten strategioiden ollessa julkisia asiakirjoja, tutkimuslupaa ei tässä tutkimuksessa tarvittu.

6.3 Aineiston analysointi

Aineisto analysoitiin deduktiivisella sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysi on yksi kvalitatiivisen tutkimuksen peruslähtökohdista, jota voidaan käyttää eri metodein kerätyn aineiston analyysiin. Kvalitatiivinen aineisto voidaan kerätä esimerkiksi haastattelemalla tai käyttämällä valmiita aineistoja. (Burns & Grove 2001, Eskola & Suoranta 2008.) Sisällönanalyysissä tutkimusaineisto tiivistetään lyhyeksi ja yleisesti kuvailtavaksi kokonaisuudeksi. Aineistosta etsitään yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia ja muodostetaan ne toisensa poissulkeviksi ja yksiselitteisiksi luokiksi. (Latvala & Vanhala-Nuutinen 2001.) Sisällönanalyysia voidaan käyttää esimerkiksi instituutioiden ja yhteiskunnan kulttuuristen mallien kuvaamiseen (Weber 1990), jonka vuoksi se menetelmänä sopii hyvin tämän tutkimuksen aineiston analyysiin, sillä tarkoituksena on kuvata muistipotilaan hoito- ja palveluketjua Suomessa kuntien ikääntymispoliittisten strategioiden kuvaamana.

Ennen varsinaisen analyysin aloittamista strategioista litteroitiin muistipotilaaseen viittaavat osiot alkuperäismuodossaan yhteen asiakirjaan. Strategiat numeroitiin kuntien satunnaistamisnumeroinnin mukaisesti 1, 2, 3..., jotta tarvittaessa voidaan palata alkuperäisen aineistoon takaisin. Aineisto käsitellään mahdollisimman anonyymisti, jolloin kunnat eivät suoraan ole tunnistettavissa eivätkä ohjaa analyysia tutkijan mahdollisten ennakko-oletusten mukaisesti. Sisällönanalyysi etenee vaiheittain (Elo & Kyngäs 2008) ja analyysi aloitetaan analyysiyksikön valinnalla (Latvala & Vanhala-Nuutinen 2001). Graneheimin ja Lundmanin (2004) mukaan analyysiyksiköiden tulee olla tarpeeksi laajoja kattamaan tutkittavaa kokonaisuutta, mutta kuitenkin tarpeeksi pieniä muistettavaksi. Analyysiyksiköksi voidaan ottaa esimerkiksi aineistoyksikkö, kuten ohjelma, organisaatio, haastattelu kokonaisuudessaan, dokumentti (Graneheim & Lundman 2004) tai analyysiyksikkö voi olla aineiston yksikön sana tai lause (Latvala & Vanhala-Nuutinen 2001). Tässä tutkielmassa analyysiyksiköksi valittiin kuntien ikääntymispoliittisissa strategioissa esiintyvät muistipotilaan hoitoon ja palveluihin viittaavat kokonaisuudet, kappaleet tai lauseet (Polit & Beck 2004),

joka on perusteltua hoito- ja palveluketjun muodostuessa hoito- ja palveluprosessien kokonaisuudesta (Stakes 2002). Lisäksi aineisto luettiin useaan otteeseen ja todettiin, että sieltä tulee poimia muistipotilaan olemassa oleva hoidon ja palveluiden kuvaus ja erottaa se strategisesti suunnitelluista hoidosta ja palveluista, jolloin aineisto kuvaa parhaiten hoidon ja palvelujen nykytilaa. Näin aineisto on myös helpommin käsiteltävissä.

Tässä tutkimuksessa aineiston analyysimenetelmänä käytettiin deduktiivista sisällönanalyysia, jossa aineistoa tarkastellaan aiemman tiedon perusteella (Elo & Kyngäs 2008) jonkin teorian tai teorian käsitteiden kautta (Latvala & Vanhala-Nuutinen 2001, Eskola & Suoranta 2008), ja muodostetaan tämän avulla strukturoitu tai väljä analyysirunko (Latvala & Vanhala-Nuutinen 2001). Analyysirunko muodostettiin Muistisairauksien diagnostiikan ja lääkehoidon Käypä hoito-suosituksesta (2010), Muistibarometri 2010:stä (Granö ym. 2010), Alzheimer-tutkimusseuran suosituksesta hyvistä hoitokäytännöistä muistisairauksien kaikissa vaiheissa (Suhonen ym. 2008) sekä Alzheimer-keskusliiton (nykyinen Muistiliitto) (Heimonen & Tervonen 2001) julkaisusta seitsenkohtaiseksi teoreettiseksi ajatusmalliksi (kuvio 2) muistipotilaan mahdollisesta hoito- ja palveluketjusta. Kyseessä on tutkijan laatima konstruktio (Eskola & Suoranta 2008). Mikäli aineistosta jää jotain tutkijan mielestä olennaista jäljelle tähän malliin sovittamisen jälkeen, voidaan se analysoida induktiivisesti (Elo & Kyngäs 2008).

1. Muistisairauksien ennaltaehkäisy (Suhonen ym. 2008, Käypä hoito 2010, Muistibarometri 2010)
2. Muistipoliklinikat, -neuvolat ja erityishenkilöstö (Suhonen ym. 2008, Käypä hoito 2010, Muistibarometri 2010)
3. Muistisairauteen liittyvä tiedonsaanti, palvelu, ohjaus ja neuvonta (Heimonen & Tervonen 2001, Käypä hoito 2010, Muistibarometri 2010)
4. Muistipotilaan kotona asumista tukevat palvelut, kuten päivätoiminta tms., lyhytaikaishoito, kotiin saatavat palvelut (Heimonen & Tervonen 2001, Muistibarometri 2010)
5. Muistipotilaan omaisten tuki ja palvelut (Heimonen & Tervonen 2001, Muistibarometri 2010)
6. Muistipotilaan asumispalvelut ja pitkäaikaishoito (Muistibarometri 2010)
7. Muistipotilaiden kanssa työskentelevien ammattihenkilöiden osaaminen ja sen kehittäminen (Muistibarometri 2010)
8. Muut muistipotilaan hoitoon ja palveluihin viittaavat lausumat (induktiivinen analyysi)

Kuvio 2 Deduktiivinen analyysirunko

Analyysin seuraavassa vaiheessa aineisto pelkistettiin käyttäen yhä mahdollisimman paljon alkuperäisilmaisuja (Graneheim & Lundman 2004). Tässä tutkimuksessa aineistoa pelkistettiin niin, että muistisairaiden hoitoon viittaavat kappaleet eroteltiin lauseiksi. Erottelun jälkeen lauseiden pelkistämistä jatkettiin, mikäli tarpeellista. Huomioitavaa on aineiston laatu, sillä strategiset asiakirjat ovat jo melko pelkistettyjä. Näin ollen jo yksinkertaistettuja lauseita ei lähdetty pelkistämään liikaa, jolloin aineisto olisi pilkkoutunut liian pieniin ja vaikeasti hallittaviin osiin. Kuitenkin yhdessä lauseessa saattoi olla muistipotilaan hoitoon ja palveluihin kaksi tai useampaa eri asiaa tarkoittavaa viittausta, jolloin lauseet eroteltiin kahdeksi erilliseksi lauseeksi. Mukana kuljetettiin alusta lähtien koodeja, joista numero on satunnaisesti arvottu tunnustusviite tutkijalle ja K = kaupunkimainen kunta, T = taajaan asuttu kunta ja M = maaseutumainen kunta.

Esimerkki pelkistämisestä:

Alkuperäislause	Pelkistys
<i>"Muistisairaiden omaishoitoa tukeva päivätoiminta on perusteltua siirtää päiväsairaalaan päivätoimintakeskuksiin."</i> 1K	1K Päivätoiminta tukee muistisairaiden omaishoitoa. 1K Muistisairaiden päivätoiminta toteutetaan päiväsairaalassa.

Pelkistämisen jälkeen aineistosta alettiin systemaattisesti etsiä analyysirunkoon sopivia muistipotilaan tämän hetkistä hoitoa kuvaavia lauseita. Vielä tässä kohtaa listatusta aineistosta löytyi lausumia, jotka tarkemman tarkastelun jälkeen eivät viitanneet muistipotilaan hoidon ja palveluiden nykytilaan ja ne hylättiin aineistosta. Kyseessä saattoi olla esimerkiksi jonkin projektin tulokset, joissa käsiteltiin vain ikääntyneisiin kuntalaisiin viittaavia tuloksia eikä eritelty muistipotilaita lainkaan. Analyysirunko ohjasi ryhmittelyä ja valitut analyysirungon otsaketta kuvaavat pelkistykset sijoitettiin runkoon sopivien otsakkeiden alle. Analyysia ohjasivat myös tutkimuskysymykset, joissa pyritään kuvaamaan muistipotilaan hoito- ja palveluketjua koko maan kannalta sekä alueellisesti. Aineistoa analysoitiin näin ollen niin kahteen kertaan eri näkökulmasta kuvaamaan muistipotilaan hoito- ja palveluketjua Suomessa sekä suuralueittain Etelä-, Länsi-, Itä- ja Pohjois-Suomessa.

Deduktiivinen analyysi mahdollistaa myös aineiston kvantifioinnin, jolloin voidaan laskea kunkin otsakkeen alle tulleet esimerkiksi pelkistettyjen mainintojen määrät. Tällöin kyseessä on analyysitriangulaatio. Mikäli analyysirungon kategorioiden alle muodostuu runsaasti lausumia, voidaan ne ryhmitellä ja abstrahoida selvyuden luomiseksi. (Burns & Grove 2001, Latvala & Vanhala-Nuutinen 2001.) Analyysin aikana havaittiin, että oli kuvaavampaa käsitellä aineistoa kvantifioinnin kautta, jolloin analyysirungon kategorioiden alle pystyttiin ryhmittelemään lausumia ja nimeämään muutamia alakategorioita.

Esimerkki kvantifioinnista ja tunnisteista:

Analyytirungon kategoriat:	Pelkistetyt ilmaukset (N = 299)	Esimerkki pelkistyksestä (Tunnistenro, K = kaupunki, T = Taajama, M = maaseutu)
1. Muistisairauksien ennaltaehkäisy	1 %	38K Liikunnan muistihäiriöitä ennaltaehkäisevän vaikutuksen vuoksi liikuntatoimi tarjoaa useita ikääntyville suunnattuja liikuntaryhmiä
2. Muistipoliklinikat ja –neuvolat, erityishenkilöstö tms.	28 %	148M Perusterveydenhuollon yhdyshenkilö muistipotilaille

Ryhmittelyssä ja abstrahoinnissa pelkistetyistä lausumista on muodostettu tarpeen mukaan yhdistäviä kategorioita ja näistä alakategorioita analyysirungon kategorioita kuvaamaan. Ryhmittelyt ja kategorioihin abstrahoinnit ovat luettavissa liitteissä 3-6. Analyysirungon lisäksi löytyi myös useita lausumia, jotka analysoitiin induktiivisesti. Mahdollinen induktiivinen analyysi toteutettiin suuralueittain.

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Muistipotilaan hoito- ja palveluketjun nykykuvaus koko Suomessa

Koko Manner-Suomea kuvaamaan arvottiin kuntia taulukon 3 mukaisella tavalla (ks. taulukko 3). Mukaan arvottujen 40 kunnan (N = 40) joukossa oli mukana kuusi kuntaa, joissa ei oltu kuvattu hoidon ja palvelujen nykytilaa. Näistä oli eteläsuomalaisia kaupunkimaisia kuntia yksi, länsisuomalaisia maaseutumaisia kuntia yksi, itäsuomalaisia kaupunkimaisia kuntia kaksi ja pohjoissuomalaisia kaupunkimaisia ja taajaan asuttuja kuntia kutakin yksi. Näin ollen otoskoko on $n = 34$, joista 23 on kaupunkimaisia kuntaa, viisi taajaan asuttua kuntaa ja kuusi maaseutumaisia kuntaa. Kunnista 19 on Etelä-Suomesta, yhdeksän Länsi-Suomesta, kolme Itä-Suomesta ja kolme Pohjois-Suomesta.

Kuntien strategiat olivat voimassa aikaisintaan vuodesta 2002 pisimmillään vuoteen 2030 asti. Strategioiden voimassaoloajat vaihtelivat kolmesta 21 vuoteen, ollen keskimäärin noin seitsemän vuotta. Tuoreimmat strategiat löytyivät Itä-Suomesta, jossa vanhin strategia oli vain vuodelta 2008 alkaen. Kaupunkimaisissa kunnissa asui vuoden 2009 lopulla keskimäärin 62 000 asukasta vaihdellen Länsi-Suomen noin 7500 asukkaan kaupunkimaisesta kunnasta Etelä-Suomen noin 244 000 asukkaan kaupunkimaiseen kuntaan. Taajaan asutuissa kunnissa asui keskimäärin 19 000 asukasta vaihdellen Pohjois-Suomen taajaan asutun noin 7400 asukkaan kunnan ja Länsi-Suomen noin 25 000 asukkaan taajaan asutun kunnan välillä. Maaseutumaisissa kunnissa puolestaan asui keskimäärin 6300 asukasta Etelä-Suomen noin 2000 maaseutumaisen kunnan asukkaasta Pohjois-Suomen noin 8900 asukkaan maaseutumaiseen kuntaan.

Eri palvelujen määrät kunnissa vaihtelivat siis palvelujen kuvaamattomuudesta kaikkiin seitsemään tarjottavaan palveluun (ks. taulukko 4). Useimmassa kunnassa tarjottiin kolmea eri palvelua. Kuntamuodoista kaupunkimaisista kunnista ja taajaan asutuista kunnista tarjottiin eniten kolmea eri palvelua. Kaupunkimaisissa kunnissa palveluita on määrällisesti saatavilla melko tasaisesti yhdestä kolmeen tai neljästä seitsemään eri palvelua. Taajaan asutuissa ja maaseutumaisissa kunnissa kuitenkin eri palveluita on pääasiallisesti saatavilla vain kolmea tai vähemmän. Maaseutumaisissa kunnissa on tyypillisimmin saatavilla kahta eri palvelua.

Eri palveluiden määrät	Kunnat	Kaupunkimainen	Taajaan asuttu	Maaseutumainen
7	1	1	-	-
6	3	2	1	-
5	4	4	-	-
4	2	2	-	-
3	10	7	2	1
2	7	2	1	4
1	7	5	1	1
Yhteensä	n = 34	23	5	6
0	6	4	1	1
<i>Yhteensä</i>	<i>N = 40</i>	27	6	7

Taulukko 4 Analyysirungon mukaiset eri palvelut tilastollisen kuntaryhmittymän mukaisesti

Muistisairauksien ennaltaehkäisyä, muistisairauteen liittyvää tiedonsaantia, palvelua, ohjausta ja neuvontaa, omaisten tukea ja palveluita tai ammattihenkilöiden osaamista ja koulutusta ei oltu huomioitu yhdessäkään maaseutumaisessa kunnassa. Vain yhdessä maaseutumaisessa kunnassa oli ympärivuorokautista hoitoa terveyskeskuksen vuodeosastolla, muutoin näissä kunnissa asumispalvelut olivat tehostettua tai ryhmäkotiasumista. Muistipoliklinikoita puolestaan ei ollut yhdessäkään taajaan asutussa tai maaseutumaisessa kunnassa, mutta osassa oli muistineuvola. Muissa kuntaryhmittymissä eri palvelut huomioitiin ainakin yhden kunnan toimesta.

Tarkastelluissa 34 strategiassa oli yhteensä 299 analyysirungon mukaista mainintaa muistipotilaan hoitoon ja palveluihin liittyen (taulukko 5). Eniten mainintoja oli koskien asumispalveluita ja pitkäaikaishoitoa, joita oli yhteensä 107 mainintaa eli 35 % kaikista. Toiseksi eniten (29 %), oli viittauksia muistipoliklinikoihin, neuvoloihin ja erityishenkilöstöön. Vähiten mainintoja oli koskien ennaltaehkäisyä, johon viitattiin vain prosentilla kaikista maininnoista. Muistipotilaiden kanssa työskentelevien ammattihenkilöiden osaaminen ja sen kehittäminen sekä ylläpitäminen oli myös varsin heikosti mainittu. Vain 3 % kaikista analyysirungon mukaisista maininnoista viittasi tähän.

Analyysirungon yläkategoriat	Pelkistetyt ilmaukset (N = 299)
1. Muistisairauksien ennaltaehkäisy	1 %
2. Muistipoliklinikat ja -neuvolat, erityishenkilöstö tms	29 %
3. Muistisairauteen liittyvä tiedonsaanti, palvelu, ohjaus ja neuvonta	6 %
4. Muistipotilaan kotona asumista tukevat palvelut	19 %
5. Muistipotilaan omaisten tuki ja palvelut	6 %
6. Muistipotilaan asumispalvelut ja pitkäaikaishoito	36 %
7. Muistipotilaiden kanssa työskentelevien ammattihenkilöiden osaa- minen ja sen kehittäminen	3 %
Yhteensä:	100 %

Taulukko 5 Analyysirungon kategorioiden mukainen pelkistettyjen ilmausten jakauma

Analyysirungon kategorioiden mukaiset maininnat kunnittain vastasivat niiden määrää eri kuntien lausumana (ks. taulukko 6). Lähes 90 %:ssa kunnista, eli yhteensä 30 kunnassa, mainittiin asumispalvelut ja pitkäaikaishoito. Toiseksi useimmassa kunnassa mainittiin muistipoliklinikat ja -neuvolat sekä erityishenkilöstö. Tämän mainitsi 65 % kunnista. Ennaltaehkäisy oli heikoiten mainittu, vain 9 % kunnista oli ottanut huomioon tämän. Tämä vastaa siis vain kolmea kuntaa 34:stä.

Analyysirungon yläkategoriat:	Kunnat (n = 34)
1. Muistisairauksien ennaltaehkäisy	9 %
2. Muistipoliklinikat ja -neuvolat, erityishenkilöstö tms	65 %
3. Muistisairauteen liittyvä tiedonsaanti, palvelu, ohjaus ja neuvonta	32 %
4. Muistipotilaan kotona asumista tukevat palvelut	59 %
5. Muistipotilaan omaisten tuki ja palvelut	29 %
6. Muistipotilaan asumispalvelut ja pitkäaikaishoito	88 %
7. Muistipotilaiden kanssa työskentelevien ammattihenkilöiden osaa- misen ylläpitäminen ja kehittäminen	21 %

Taulukko 6 Kuntien strategioissa olevat analyysirungon mukaiset lausumat

7.1.1 Muistisairauksien ennaltaehkäisy

Muistisairauksien ennaltaehkäisy oli vähiten mainittu kaikista muistipotilaan hoitoon ja palveluihin viittaavista tekijöistä (taulukko 7). Vain 9 % kaikista tarkastelluista kunnista eli yhteensä kolme kuntaa oli huomionnut muistipotilaan hoidossa muistisairauksien ennaltaehkäisyn. Kaikista maininnoista tämä vastasi noin yhtä prosenttia.

1. Muistisairauksien ennaltaehkäisy	Kunnat	% (N = 34)	Pelkistetyt ilmaukset	% (N = 3)
1.1 Aivoterveiden ylläpitäminen	1	3 %	1	33 %
1.2 Liikuntapalvelut muistisairauksien ennaltaehkäisyn tukena	1	3 %	1	33 %
1.3 Muistihoitaja ennaltaehkäisyn kehittäjänä	1	3 %	1	33 %
Yhteensä	n = 3	9 %	3	100 %

Taulukko 7 Muistisairauksien ennaltaehkäisy

Näistä kunnista kaksi oli kaupunkimaista kuntaa ja yksi taajaan asuttu. Ennaltaehkäisyä olivat aivoterveiden ylläpitäminen ja liikunnan huomioiminen palveluissa. Lisäksi todettiin ennaltaehkäisyn olevan muistihoitajan tehtävä. Yhdessäkään maaseutumaisessa kunnassa ei ollut mainintaa ennaltaehkäisystä. Muut tilastolliset kuntaryhmät olivat edustettuina.

7.1.2 Muistipoliklinikat, -neuvolat ja erityishenkilöstö

Muistipoliklinikoita ja neuvoloita kuvattiin toiseksi eniten niin mainintojen määrän puolesta kuin useimman kunnankin puolesta. 65 % kunnista eli yhteensä 22 kuntaa viittasi tähän kategoriaan yhteensä 86 erillisellä maininnalla. Kaikista maininnoista tämä vastasi 29 %:a. Muistipoliklinikat, -neuvolat ja erityishenkilöstö pystyttiin kategorisoimaan yhdeksään kategoriaan (ks. taulukko 8).

2. Muistipoliklinikat, -neuvolat ja erityishenkilöstö	Kunnat	% (N = 34)	Pelkistetyt ilmaukset	% (N = 86)
2.1 Muistipoliklinikka	8	24 %	20	23 %
2.2 Muistineuvola	2	6 %	2	2 %
2.3 Perusterveydenhuollon geriatrinen, neurologinen tai vanhuspsykiatrinen poliklinikka muistisairaudesta tutkijana ja seuraajana	3	9 %	5	6 %
2.4 Erikoissairaanhoidon geriatrinen, psykogeriatrinen tai neurologinen poliklinikka muistisairaudesta tutkijana ja kuntouttajana	4	12 %	6	7 %
2.5 Muistipotilaan lääkärinä geriatri tai neurologi	4	12 %	4	5 %
2.6 Muistihoitaja muistisairaudesta seuraajana ja muistipotilaan tutkijana	13	38 %	33	38 %
2.7 Muistikoordinaattori muistipotilaan ohjaajana ja tukena	2	6 %	5	6 %
2.8 Dementianeuvoja muistisairaudesta seuraajana ja muistipotilaan tutkijana	2	6 %	8	9 %
2.9 Muistineuvoja, sairaanhoitaja tai perusterveydenhuollon yhdyshenkilö muistipotilaalle	3	9 %	3	4 %
Yhteensä	n = 22	65 %	86	100 %

Taulukko 8 Muistipoliklinikat, -neuvolat ja erityishenkilöstö

Muistipoliklinikoita oli kahdeksassa eri kaupunkimaisessa kunnassa. Yhdessäkään taajaan asutussa tai maaseutumaisessa kunnassa ei muistipoliklinikkaa ollut. Muistipoliklinikkakunnista yhdessä oli perusterveydenhuollon geriatrinen, neurologinen tai vanhuspsykiatrinen poliklinikka toiminnan tukena esimerkiksi diagnoosin tekemistä ja jatkohoidon suunnittelua varten. Lisäksi näitä poliklinikoita käytettiin ensisijaisena

muistihäiriöiden tutkimus- ja seurantapaikkoina. Muistipoliklinikoilla oli tavoitteena tunnistaa ja hoitaa muistihäiriöt mahdollisimman varhain ja niiden todettiin säästäneen kustannuksia, koska muutoin palvelut olisi pitänyt ostaa erikoissairaanhoidosta. Kolme kuntaa käytti muistipoliklinikan lisäksi muistisairauksien tutkimuksissa myös erikoissairaanhoidon geriatrista, psykogeriatrasta tai neurologista poliklinikkaa. Osassa kunnista jatkotutkimukset tehtiin suoraan erikoissairaanhoidossa. Toisaalta myös kuntoutuspalvelut nimettiin myös erikoissairaanhoidon tehtäväksi.

Neljässä kunnassa muistipotilaan lääkärinä toimi geriatri tai neurologi. Nämä lääkärit toimivat joko muistipoliklinikalla tai muistineuvolassa. Lääkäripalvelut olivat osittain myös ostopalveluina hankittavia.

Muistihoitajia puolestaan toimi jopa 38 %:ssa kunnista. Muistihoitajilla oli olennainen rooli muistisairauden seurannassa esimerkiksi muistitestejä tehden sekä potilaiden tukena hoitoa ja palveluita suunnitellen. Muutamissa kunnissa muistihoitaja keskittyi vain alkuvaiheen seurantaan aikaresurssien puutteesta johtuen. Muistihoitajien tehtävät vaihtelivat hyvin laajasta palveluntarpeen arvioinnista, potilaiden ja omaisten tukemisesta sairaanhoidollisiin toimintakyvyn ja muistin arvioimistehtäviin verrattuna esimerkiksi muistikoordinaattorin tehtäviin. Muistikoordinaattorit toimivat lähinnä palveluntarpeen suunnittelijoina ja sopivien palvelujen neuvojina. Dementia-neuvoja puolestaan toimi kahdessa eri kunnassa, mutta heidän tehtävänsä vastasivat pitkälle muistihoitajan tehtäviä. Toisaalta yhdessä kunnassa toimi sekä muistihoitaja että dementianeuvoja. Yhdessäkään samassa kunnassa ei ollut sekä muistihoitajia että muistikoordinaattoreita. Lisäksi kolmessa kunnassa muistipotilaiden kanssa toimi muistineuvoja, sairaanhoitaja tai perusterveydenhuollon yhdyshenkilö.

”Dementianeuvojan työ koostuu monesta eri osiosta; kotikäynneistä, puhelinneuvonnasta, Cerad- ja MMSE-testeistä sekä lääkäreiden että kotihoidon kanssa tehtävästä yhteistyöstä. Kotona asuville asiakkaille tehdään muistiseurantaa ja vuosikontrollit.”

290M

7.1.3 Muistisairauteen liittyvä tiedonsaanti, palvelu, ohjaus ja neuvonta

Muistisairauteen liittyvää tiedonsaantia, palvelua, ohjausta ja neuvontaa oli saatavilla 11 kunnassa eli 32 % kunnista. Tiedonsaanti, palvelu, ohjaus ja neuvonta mainittiin 19 kertaa ja ne pystyttiin kategorisoimaan kuuteen kategoriaan (taulukko 9).

3. Muistisairauteen liittyvä tiedonsaanti, palvelu, ohjaus ja neuvonta	Kunnat	% (N = 34)	Pelkistetyt ilmaukset	% (N = 19)
3.1 Muistikoordinaattori tukipalvelujen järjestäjänä	1	3	1	5 %
3.2 Dementianeuvoja palveluneuvojana	1	3	1	5 %
3.3 Muistihoitajat palveluntarpeen ja hoidon arvioijana, tiedottajana ja neuvojana	5	15	6	32 %
3.4 Muistipoliklinikka neuvojana	2	6	2	11 %
3.5 Terveyskeskuksen vuodeosasto tukijana	1	3	1	5 %
3.6 Kolmas ja yksityinen sektori muistihäiriöistä informoijana ja muistipotilaiden tukijoina	4	12	8	42 %
Yhteensä	n = 11	32 %	19	100 %

Taulukko 9 Muistisairauteen liittyvä tiedonsaanti, palvelu, ohjaus ja neuvonta

Muistihoitajat olivat useimmassa kunnassa tiedon antajina ja muistipotilaiden tukena, mutta myös kolmas sektori oli isossa roolissa muistisairauksista tiedottajana. Muistipoliklinikka antoi neuvontapalveluita kahdessa kunnassa ja yksittäisiä mainintoja oli muistikoordinaattoreista tukipalvelujen järjestäjinä sekä dementianeuvojista palveluiden neuvojina. Yhdessä kunnassa muistihoitajan lisäksi terveyskeskus tuotti ympärivuorokautisesti tukea ja ohjausta muistisairauksista. Kolmas sektori puolestaan tuki muistisairaita esimerkiksi ensitietopäiviä ja sopeutumisvalmennuskursseja järjestämällä.

”Yhdistys järjestää luentotilaisuuksia ja mm. ensitietopäiviä ja vertaistukitoimintaa.” 54K

7.1.4 Muistipotilaan kotona asumista tukevat palvelut

Muistipotilaan kotona asumista tukevia palveluita oli saatavilla 59 %:ssa kuntia ja ne mainittiin kuntien strategioissa yhteensä 57 kertaa. Kotona asumista tukevat palvelut pystyttiin kategorisoimaan kuuteen alakategoriaan (Taulukko 10).

4. Muistipotilaan kotona asumista tukevat palvelut	Kunnat	% (N = 34)	Pelkistetyt ilmaukset	% (N =57)
4.1 Kotiin tuotavat tukipalvelut muistipotilaan kotona asumisen tukena	10	29 %	12	21 %
4.2 Omaishoitopalvelut muistipotilaan kotona asumisen tukijana	1	3 %	1	2 %
4.3 Kolmas sektori päivätoiminnan, -hoidon ja lyhytaikaishoidon mahdollistajana	3	9 %	6	11 %
4.4 Muistipotilaiden päivähoito ja päivätoiminta kotona asumisen tukena	9	26 %	19	33 %
4.5 Muistipotilaiden lyhytaikaishoito muistisairauksiin erikoistuneissa palveluasumisen yksiköissä kotona asumisen tukijana	4	12 %	7	12 %
4.6 Muistipotilaiden lyhytaikaishoito laitospainotteisessa ympäristössä terveyskeskuksessa ja vanhainkodissa	8	24 %	12	21 %
Yhteensä	n = 20	59 %	57	100 %

Taulukko 10 Muistipotilaan kotona asumista tukevat palvelut

Kotiin tuotavat tukipalvelut olivat muistipotilaan kotona asumisen tukena kymmenessä kunnassa. Näitä tukipalveluita olivat erityisesti kotihoidon palvelut omaishoidon tuen ja muiden määrittelemättömien tukipalveluiden kanssa. Yhdessä kunnassa kotihoidossa todettiin asiakkaita 60 % olevan muistisairaita. Kotihoitoon oli myös nimetty erityiset muistisairauksiin perehtyneet työparit, joiden asiakkaiksi muistipotilaat nimettiin. Kotihoidon lisäksi yhdessä kunnassa todettiin omaishoidon palvelujen olevan tärkeä muistipotilaan kotona asumisen tukija.

Kolmas sektori oli kuntien apuna muistipotilaiden asiantuntevan päivätoiminnan, päivähoitoon ja lyhytaikaishoidon mahdollistajana. Kahdessa kunnassa kolmas sektori järjesti asiakaslähtöisesti esimerkiksi ruotsinkielisille muistipotilaille päivätoimintaa. Lisäksi kolmas sektori tuotti erilaisia projekteja, joilla voitiin mahdollistaa muistipotilaan kotona asuminen.

Muistipotilaan kotona asumista tuettiin kunnissa toiseksi eniten päivähoitoon ja päivätoimintaan avulla. Päivähoitoa ja -toimintaa järjestettiin yhdeksässä kunnassa muistipotilaille tarkoitetuissa dementiayksiköissä tai muistipotilaille tarkoitetuissa ryhmässä ryhmien profiloituen muistisairausasteen mukaisesti. Muistipotilaiden päivä-

hoito oli toimintakykyä tukevaa, kuntouttavaa ja virikkeellistä. Yhdessä kunnassa päivätoiminta oli ainoa kotona asumista tukeva palvelu.

Kotona asumista tukevista palveluista myös lyhytaikaishoito oli merkittävä. Lyhytaikaishoitoa järjestettiin niin muistisairaiden hoitoon erikoistuneissa palveluasumisen yksiköissä kuin laitosmaisessakin ympäristössä terveyskeskuksessa ja vanhainkodissa. Palveluasumisessa muistisairauksiin erikoistuneissa yksiköissä lyhytaikaishoitoa järjestettiin 12 %:ssa kunnista kun taas laitospaikoissa yksiköissä lyhytaikaishoitoa järjestettiin 24 %:ssa kunnista. Lyhytaikaishoito laitospaikoissa ympäristössä vanhainkodeissa ja terveyskeskuksissa oli negatiivissävytteistä, koska niiden todettiin olevan muistipotilaille sopimattomia suurten osastojen vuoksi. Puutteeksi koettiin muistipotilaiden oman lyhytaikaishoito-osaston puuttuminen. Viidessä kunnassa kahdeksasta kuitenkin ainakin mainittiin erillisen dementiaosaston yhteydessä olevat lyhytaikaishoidon paikat. Neljässä kunnassa laitospaikoissa lyhytaikaishoito oli ainut muistipotilaan kotona asumista tukeva muoto.

”Lyhytaikaishoito vanhainkodin 30-paikkaisella osastolla on todettu muistisairaiden kannalta ongelmalliseksi: osasto on liian suuri... ..Omaisilta on tullut palautetta, etteivät halua vanhustaan lyhytaikaiseen hoitoon vanhainkotiin.” 9K

7.1.5 Muistipotilaan omaisten tuki ja palvelut

Muistipotilaan omaisten tuki ja palvelut mainittiin 17 kertaa kymmenen kunnan strategiassa. Lausumat pystyttiin kategorisoimaan kolmeen alakategoriaan (taulukko 11).

5. Muistipotilaan omaisten tuki ja palvelut	Kunnat	% (N = 34)	Pelkistetyt ilmaukset	% (N = 17)
5.1 Päivätoiminta, lyhytaikaishoito ja kotihoito muistipotilaiden omaishoitajien jaksamisen tukena	5	15 %	5	29 %
5.2 Muistisairauksien erityistyöntekijät omaisten tukena	4	12 %	4	24 %
5.3 Muistiin erikoistunut kolmas sektori muistipotilaiden omaisten selviytymisen tukena sekä vertaistuen ja virikkeellisen toiminnan järjestäjänä	5	15 %	8	47 %
Yhteensä	n = 10	29 %	17	100 %

Taulukko 11 Muistipotilaan omaisten tuki ja palvelut

Muistipotilaan omaiset saivat tukea jaksamiseensa muistipotilaiden päivätoiminnan, lyhytaikaishoidon ja kotihoidon avulla 15 %:ssa kunnista. Pääasiallisesti näillä palveluilla mahdollistettiin omaishoitajan jaksamista tukevat vapaapäivät. Tukipalveluiden lisäksi omaiset saivat tukea muistisairauksien erityistyöntekijöiltä 24 %:ssa kunnista.

Erityistyöntekijöitä olivat muistikoordinaattori, muistihoitaja ja dementianeuvoja, joiden työn tarkoituksena oli tukea omaisten jaksamista ja ohjata heitä. Kolmantena tukena ja palveluna oli kolmas sektori, joka järjesti omaisille vertaistukea ja virikkeellistä toimintaa. Lisäksi kolmannen sektorin muistihäiriöihin perehtynyt edustaja valvoi jäsentensä ja heidän omaistensa yhteiskunnallisia etuja.

Kolmessa kunnassa neljästä oli omaisten tukena päivätoiminnan lisäksi joko muistisairauksien erityistyöntekijä tai kolmas sektori. Muissa kunnissa omaisten tukena oli vain yksi vaihtoehto.

*”Vapaapäivien ajaksi hoidettava voi tällä hetkellä saada hoitopaikan...
...dementiaosasto xxx:stä tai päiväkeskuksesta.” 66T*

7.1.6 Muistipotilaan asumispalvelut ja pitkäaikaishoito

Muistipotilaan asumispalvelut ja pitkäaikaishoito olivat eniten mainittu asia kuntien ikääntymispoliittisissa strategioissa. 36 % kaikista maininnoista 88 %:ssa kunnista koski asumispalveluita ja laitoshoidoa. Näistä lausumista muodostettiin yhteensä kahdeksan alakategoriaa (taulukko 12).

6. Muistipotilaan asumispalvelut ja pitkäaikaishoito	Kunnat	% (N = 34)	Pelkistetyt ilmaukset	% (N =107)
6.1 Muistipotilaiden ympärivuorokautinen hoito ostopalveluna yksityiseltä tai kolmannelta sektorilta	12	35 %	18	17 %
6.2 Muistipotilaiden ympärivuorokautinen hoito tehostetussa palveluasumisessa	13	38 %	25	23 %
6.3 Muistipotilaiden ympärivuorokautinen hoito dementiaryhmä-kodissa	7	21 %	10	9 %
6.4 Muistipotilaiden ympärivuorokautinen hoito vanhainkodissa	13	38 %	20	19 %
6.5 Muistipotilaiden ympärivuorokautinen hoito terveyskeskuksen vuodeosastolla	8	24 %	16	15 %
6.6 Muistipotilaiden ympärivuorokautinen hoito laitospainissa muistisairauksiin erikoistuneessa ympäristössä	6	18 %	10	9 %
6.7 Ympäri vuorokautinen hoito puutteellista	2	6 %	3	3 %
6.8 Asiakaslähtöinen ympärivuorokautinen hoito muistipotilaille	3	9 %	5	5 %
Yhteensä	n = 30	88 %	107	100 %

Taulukko 12 Muistipotilaan asumispalvelut ja pitkäaikaishoito

Muistipotilaiden ympärivuorokautista hoitoa ostaa 35 % kunnista yksityiseltä tai kolmannelta sektorilta. Näistä ostopalvelupaikoista noin kaksi kolmasosaa on erityisesti muistipotilaille tarkoitettuista yksiköistä, kuten dementiakodeista tai dementiaikeskuksista, ostettuja. Noin kolmasosa kunnista ei joko eritelletyt ostopalvelupaikan

yksikköä erikseen tai kertoi ostopalvelupaikan olevan palveluasumisen piiristä yleisesti.

Eniten mainintoja muistipotilaiden asumispalveluista oli ympärivuorokautisesta hoidosta palveluasumisen piirissä. 38 % kunnista tarjosi muistipotilaille asumispalvelut palveluasumisena. Yhteensä 11 kuntaa tarjosi palveluasumisen muistipotilaille tarkoitetuissa noin 9–13-paikkaisissa yksiköissä. Vain kahdessa kunnassa tehostettu palveluasuminen oli niin sanotuissa yleisyksiköissä. Palveluasuminen oli tarkoitettu lievää tai keskivaikeaa muistisairautta sairastaville muistipotilaille, jotka kuitenkin tarvitsivat ympärivuorokautista hoitoa. Muutama kunta kuvasi yksiköiden olevan pääosin yhden hengen huoneilla varustettuja, mutta osin epäkäytännöllisiä esimerkiksi hygieniatilojen puutteellisuuden takia. Henkilöstömitoitukset olivat tehostetun palveluasumisen dementiayksiköissä riittävät.

Muistipotilaiden ympärivuorokautista hoitoa oli myös dementia-ryhmäkodeissa. Tällä nimikkeellä asumispalveluita tarjosi yhteensä 21 % kunnista. Dementia-ryhmäkodit olivat pääosin myös tehostettua palveluasumista. Osasta dementia-ryhmäkodeista ei voida sanoa, olivatko ne tehostettua palveluasumista vai laitosmaista hoivapalvelua. Ryhmäkodeissa kuitenkin kuvattiin olevan yksiöitä ja niissä hoidettiin keskivaikeaa tai vaikeaa dementiaa sairastavia muistipotilaita. Ryhmäkodit olivat tarkoitettu myös erityisesti käytöshäiriöisille tai levottomille asiakkaille, jotka tarvitsivat ympärivuorokautista valvontaa. Osa ryhmäkodeista oli suljettuja yksiöitä.

Laitoksissa eli vanhainkodeissa, terveyskeskuksissa sekä muutoin erittelemättömissä laitosisissa yksiköissä muistipotilaita hoidettiin yhteensä 22:ssa eri kunnassa eli 65 %:ssa kaikista kunnista. Näistä vanhainkodeissa muistipotilaita hoidettiin 13 kunnassa, terveyskeskuksen vuodeosastolla kahdeksassa kunnassa ja muutoin laitosisissa yksiköissä kuudessa kunnassa. Vanhainkodeissa muistipotilaille tarkoittamattomissa eli niin sanotuissa yleisyksiköissä muistipotilaita hoidettiin viidessä kunnassa. Näissä kunnissa vanhainkodeissa arvioitiin muistisairauksista kärsiviä olevan noin 70 % kaikista vanhainkotien asukkaista. 11:ssä kunnassa kuitenkin osoitettiin vanhainkodissa olevan dementiaosasto, jossa muistipotilaat hoidettiin. Osastojen koot vaihtelivat seitsenpaikkaisesta 25 -paikkaiseen osastoon.

Kahdeksassa kunnassa muistipotilaita hoidettiin terveyskeskuksen vuodeosastoilla. Näistä vain yhdessä kunnassa terveyskeskuksessa oli dementiaosasto, muissa kunnissa muistipotilaat olivat muistisairauksiin erikoistumattomilla osastoilla. Tämä todettiin ongelmalliseksi, sillä muistipotilaat laitostuivat helposti terveyskeskuksessa ja osastot olivat liian suuria muistipotilaiden hyvän hoidon toteuttamiseksi. Terveyskeskusten vuodeosastojen asukkaista noin 80 % todettiin olevan keskivaikeasti tai vaikeasti dementoituneita.

Vanhainkotien ja terveyskeskusten lisäksi osassa kunnista oli muita laitospalveluita tarjoavia yksiköitä, jotka olivat muistihäiriöisten hoitamiseen erikoistuneita. Tällaisia nimikkeitä olivat esimerkiksi dementiaokeskus, pitkäaikaishoidon dementiaosasto sekä psykiatrisen osaston dementiayksikkö. Laitosmainen hoito todettiin kalleimmaksi hoitomuodoksi, jossa henkilöstömäärä oli osin riittämätön.

Ympäri vuorokautisen hoidon puutteita yleisesti nimettynä oli kahdessa kunnassa. Muistisairauksiin erikoistuneiden yksiköiden tarjoamien hoitopaikkojen vähyys olivat jopa uhka ikääntyneiden hoidolle. Lisäksi todettiin ympärivuorokautisen hoidon piirissä olevan runsaasti muistihäiriöisiä asukkaita, jotka olisivat oikeutettuja asumaan esimerkiksi dementiayksiköissä kuntoisuutensa puolesta. Asiakaslähtöisiä asumispalveluita puolestaan oli kolmessa eri kunnassa. Näissä asumispalveluita tarjottiin esimerkiksi äidinkielen perusteella suomen- tai ruotsinkielisistä yksiköistä. Lisäksi todettiin, että muistihäiriöinen henkilö saa asua yksikössä, jossa on asunut pidempään, vaikka sairastuisi vasta myöhemmin muistisairauteen.

”(terveyskeskus) Ongelmana on se, että käytöshäiriöillä oireilevat ovat kaikkien muiden potilaiden kanssa isoilla sekaosastoilla. Tämän hetken suurin ongelma on se, että dementoituneet laitostuvat terveyskeskuksessa nopeasti.” 9K

7.1.7 Muistipotilaiden kanssa työskentelevien ammattihenkilöiden osaaminen ja sen kehittäminen

Muistipotilaiden kanssa työskentelevien ammattihenkilöiden osaamisen ylläpitämistä ja kehittämistä oli seitsemässä kunnassa ja ne mainittiin yhteensä kymmenen kertaa. Näistä lausumista muodostettiin neljä alakategoriaa (taulukko 13).

7. Muistipotilaiden kanssa työskentelevien ammattihenkilöiden osaaminen ja sen kehittäminen	Kunnat	% (N = 34)	Pelkistetyt ilmaukset	% (N = 10)
7.1 Ammattihenkilöt muistisairauksien tunnistajia	2	6 %	4	40 %
7.2 Asumispalveluiden henkilökunta koulutettu muistisairauksiin liittyen	2	6 %	2	20 %
7.3 Muistihoitajat kouluttavat ammattihenkilöitä	2	6 %	2	20 %
7.4 Muistiin erikoistunut kolmas sektori kouluttaa ammattihenkilöitä	2	6 %	2	20 %
Yhteensä	n = 7	21 %	10	100 %

Taulukko 13 Muistipotilaiden kanssa työskentelevien ammattihenkilöiden osaaminen ja sen kehittäminen

Muistipotilaiden kanssa työskentelevien ammattihenkilöiden osaaminen osoitettiin seitsemän kunnan strategiassa. Ammattihenkilöiden tuli osata tunnistaa muistisairaudet, sillä he usein olivat avainasemassa asiakkaan tutkimuksiin saattamisessa. Lisäksi asumispalveluiden henkilökunta oli erityisesti koulutettu muistisairauksien asiantuntijoiksi. He työskentelivätkin muistipotilaita hoitavissa yksiköissä. Ammattihenkilöitä kouluttivat muistihoitajat. Lisäksi kolmannella sektorilla oli kahdessa kunnassa rooli ammattihenkilöstön kouluttajana.

”...palvelukeskus on remontoitu puitteiltaan muistihäiriöisten hoitoon sopivaksi ja koko henkilökunta on saanut myös dementia-koulutuksen” 27K

7.2 Muistipotilaan hoito- ja palveluketju suuralueittain

Suuralueittain tarkasteltavia muistipotilaan hoitoa ja palvelujen nykytilaa kuvaavia strategioita oli Etelä-Suomesta yhteensä 19 (N = 19) ja Länsi-Suomessa yhdeksän (N = 9). Itä-Suomesta tarkastellaan kolmen kunnan tilannetta (N = 3) sekä Pohjois-Suomen kolmen kunnan (N = 3) muistipotilaan hoitoa ja palveluita.

Etelä-Suomen 20:sta mukaan arvotusta kunnasta yhdessä kaupunkimaisessa kunnassa ja Länsi-Suomen 10:stä mukaan arvotusta kunnasta yhdessä maaseutumaisessa kunnassa ei oltu kuvattu muistipotilaan palvelujen nykytilaa huolimatta siitä, että se oli alle vuoden vanha strategia. Lisäksi kyseinen strategia oli kuntayhtymän strategia, jolloin sen alaisuuteen kuului lisäksi seitsemän muutakin (maaseutumaista) kuntaa. Lisäksi jo muutoinkin vähäisissä Itä-Suomen viiden kunnan strategioissa kummassakaan mukaan arvoituista kahdessa kaupunkimaisessa kunnassa ei oltu kuvattu muistipotilaiden hoidon ja palveluiden nykytilaa. Pohjois-Suomen osalta viiden kunnan yhdessä kaupunkimaisessa ja ainoassa mukaan valitussa taajaan asutussa kunnassa ei ollut nykytilan kuvausta. Näistä kuudesta nykytilan kuvauksen puuttuneiden kuntien strategioissa kuitenkin Pohjois-Suomen kaupunkimaisessa, Itä-Suomen toisessa kaupunkimaisessa ja taajaan asutuissa kunnissa oli suunnitelmia muistipotilaan hoidosta. Muissa strategioissa ei ollut suunnitelmia tai nykytilan kuvausta, vaikka esimerkiksi Itä-Suomen toisen kaupunkimaisen sekä Länsi-Suomen maaseutumaisen kunnan strategiat olivat julkaistu alle vuosi sitten.

Eri palvelujen määrät kunnissa vaihtelivat palvelujen kuvaamattomuudesta kaikkiin seitsemään tarjottavaan palveluun (ks. taulukko 14). Vain yksi Etelä-Suomen kaupunkimainen kunta tarjosi kaikkia analyysirungon mukaisia palveluita. Useimmassa kunnassa tarjottiin kolmea eri palvelua ja kunnat olivat pääosin Etelä-Suomessa. Kahta eri palvelua tarjottiin toiseksi eniten ja maalaismaisissa kunnissa oli kahta eri palvelua eniten kaikista. Kaiken kaikkiaan voidaan todeta, että kunnissa on muistipotilaille tarjolla erityyppisiä palveluita tarjolla kolme tai vähemmän.

Eri palveluiden määrät	Kunnat	Etelä-Suomi	Länsi-Suomi	Itä-Suomi	Pohjois-Suomi
7	1	1	-	-	-
6	3	1	1	1	-
5	4	3	-	-	1
4	2	-	2	-	-
3	10	7	2	-	1
2	7	3	2	2	-
1	7	4	2	-	1
Yhteensä	n = 34	19	9	3	3
0	6	1	1	2	2
<i>Yhteensä</i>	<i>N = 40</i>	<i>20</i>	<i>10</i>	<i>5</i>	<i>5</i>

Taulukko 14 Analyysirungon mukaiset eri palvelut kunnissa suuralueittain

Analyysirunkoon sopimattomia muistipotilaan hoitoon ja palveluihin viittaavia lausumia oli Etelä-, Länsi- ja Pohjois-Suomessa. Etelä-Suomen lausumat pystyttiin induktiivisesti ryhmittelemään ja kategorisoimaan kahteen yläkategoriaan: Muistipotilaiden palvelujen ja hoidon haasteet sekä muistipotilaan hoito perusterveydenhuollossa tunnistamisesta jatkoseurantaan. Länsi-Suomessa lausumat pystyttiin induktiivisesti ryhmittelemään ja kategorisoimaan yhteen yläkategoriaan: Muistihäiriöiden seulonta ja hoidon kehittäminen. Tämän lisäksi kerrottiin edunvalvonnasta sekä ikääntyneiden kiinnostuksesta muistihäiriöistä. Pohjois-Suomessa analyysirungon ulkopuolelle jäivät muistipotilaan tutkiminen ja kuntoutus. Itä-Suomen strategioista ei löydetty analyysirungon ulkopuolisia lausumia.

Tulokset käsitellään pääosin suuralueellisten muistipotilaiden palveluiden painotusten olennaisten erojen ja yhteneväisyyksien välillä, sillä palvelujen sisältö on kuvattu jo aiemmassa osiossa. Suuralueiden sisällönanalyysiprosessi on luettavissa liitteissä 3-6. Kuvausta analyysistä ei ole, mikäli kyseessä on ollut vain yksi kunta tai yksi lausuma. Näin on erityisesti Pohjois-Suomen kohdalla (liite 6).

7.2.1 Muistisairauksien ennaltaehkäisy

Muistisairauksia ennaltaehkäistiin kolmella suuralueella (taulukko 15). Pohjois-Suomessa ei ennaltaehkäisyyn strategiatasolla viitattu lainkaan. Kullakin suuralueella muistisairauksia ennaltaehkäisi yksi kunta, joka vastasi 5–11 % kunkin suuralueen kunnista.

N = Suuralueen kunnat	1. MUISTISAIRAUKSIEN ENNALTAEHKÄISY	Kunnat (n)	% (N = suuralueen kunnat)	Pelkistetyt ilmaukset
N = 19	Etelä-Suomi	1	5 %	1
	1.1 Aivoterveysten ylläpitäminen, kotihoidon ennakoivat kotikäynnit ja ikääntyneiden sosiaalipalvelujen tarpeen arvioinnit ennaltaehkäisevinä toimina	1	5 %	1
N = 9	Länsi-Suomi	11	58 %	43
	1.1 Liikuntaryhmät muistisairauksia ennaltaehkäisemässä	1	11 %	1
N = 3	Itä-Suomi	6	32 %	10
	1.1 Muistihoidajan vastuu	1	11 %	1
N = 3	Pohjois-Suomi	13	68 %	41
	-	-	-	-

Taulukko 15 Muistisairauksien ennaltaehkäisy suuralueittain

7.2.2 Muistipoliklinikat ja -neuvolat sekä erityishenkilöstö

Muistipoliklinikat ja -neuvolat sekä erityishenkilöstö -kategoriaan kuuluvia lausumia löytyi jokaiselta suuralueelta (taulukko 16). Muistipoliklinikoita ja -neuvoloita oli Etelä- ja Länsi-Suomessa ja samoilla suuralueilla käytettiin myös erikoissairaanhoidon muistipotilaiden tutkimusten tukena. Muistikoordinaattoreita oli vain Etelä-Suomen alueella. Muistihoitajia puolestaan löytyi jokaiselta suuralueelta, joskin Pohjois-Suomessa vain yhdestä kunnasta.

N = Suuralueen kunnat	2. MUISTIPOLIKLINIKAT JA -NEUVOLAT, ERITYISHENKILÖSTÖ	Kunnat (n)	% (N = suuralueen kunnat)	Pelkistetyt ilmaukset
N = 19	Etelä-Suomi	6	58 %	43
	2.1 Muistipoliklinikka	5	26 %	11
	2.2 Muistineuvola	1	5 %	2
	2.3 Muistikoordinaattorit	2	11 %	4
	2.4 Dementia- ja muistineuvoja	2	11 %	2
	2.5 Muistihoitaja	4	21 %	16
	2.6 Perusterveydenhuollon erikoisalat muistipotilaan jatkotutkimuksissa	3	16 %	5
	2.7 Erikoissairaanhoidon muistipotilaan jatkotutkimuksissa	2	11 %	3
N = 9	Länsi-Suomi	6	67 %	28
	2.1 Muistineuvola tai -poliklinikka	4	44 %	17
	2.2 Muistihoitaja	5	56 %	8
	2.3 Erikoissairaanhoidon muistihäiriöiden tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen toteuttajana	2	22 %	3
N = 3	Itä-Suomi	3	100 %	13
	2.1 Dementianeuvoja	1	33 %	6
	2.2 Muistihoitaja	2	67 %	7
N = 3	Pohjois-Suomi	2	67 %	2
	2.1 Muistihoitaja	1	33 %	1
	2.2 Perusterveydenhuollon muistisairauksiin perehtynyt yhdyshenkilö	1	33 %	1

Taulukko 16 Muistipoliklinikat, -neuvolat ja erityishenkilöstö suuralueittain

Etelä-Suomessa muistipoliklinikoista erityistä oli se, että ne olivat kahdessa kunnassa osana kotisairaanhoidoa. Länsi-Suomessa puolestaan muistipoliklinikat pyrkivät toimimaan yhteistyössä omaisten sekä kolmannen sektorin kanssa.

”Omainen tai muu läheinen otetaan tiivistä mukaan poliklinikkatoimintaan.” 36 (L-S)

”Muistipoliklinikan toiminnan tavoitteena on selvittää yli 65-vuotiaiden muistihäiriöiden syy ja aloittaa hoito mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, jotta sairaudesta johtuvaa toimintakyvyn laskua voidaan hidastaa.” 23 (E-S)

Erityishenkilöstöstä muistikoordinaattoreita oli vain Etelä-Suomessa kahdessa kunnassa ja he toteuttivat työtään erityisesti muistipotilaiden ja heidän omaistensa tukijana pitäen asiakkaisiinsa säännöllisesti yhteyttä. Lisäksi muistikoordinaattorit työskentelivät yhteistyössä lääkärin ja fysioterapeuttien kanssa. Muistihoitajia oli puolestaan jokaisella suuralueella. Tavoitettavuus oli esimerkiksi Länsi- ja Itä-Suomessa heikohkoa, kun kerrottiin muistihoitajien olevan tavoitettavissa kerran tai kaksi viikossa. Muistihoitajan toiminta oli osa-aikaista huolimatta siitä, että tehtäväkenttä oli

laaja muistisairauksien tunnistamisessa, hoitoon ohjauksessa, kokonaistilanteen arvioinnissa ja moniammatillisen yhteistyön toteuttamisessa. Dementia-neuvojia oli Etelä- ja Länsi-Suomessa.

7.2.3 Muistisairauteen liittyvä tiedonsaanti, palvelu, ohjaus ja neuvonta

Muistisairauteen liittyvä tiedonsaanti, palvelu, ohjaus ja neuvonta olivat löydettävissä jokaiselta suuralueelta (taulukko 17). Yhteisenä tekijänä Etelä-, Länsi- ja Itä-Suomessa oli erityishenkilöstön, kuten muistihoitajien rooli tiedonantajana. Lisäksi muilla paitsi Itä-Suomessa todettiin kolmannen ja/tai yksityisen sektorin olevan merkittävä tekijä tiedon ja tuen antajana.

N = Suuralueen kunnat	3. MUISTISAIRAUTEEN LIITTYVÄ TIEDONSAANTI, PALVELU, OHJAUS JA NEUVONTA	Kunnat (n)	% (N = suuralueen kunnat)	Pelkistetyt ilmaukset
N = 19	Etelä-Suomi	6	32 %	10
	3.1 Erityishenkilöstö ja muistipoliklinikka palveluneuvojana, ohjaajana ja tiedottajana	6	32 %	7
	3.2 Kolmannen sektorin rooli muistipotilaiden palvelujen järjestäjänä, neuvojana ja tukijana	1	5 %	3
N = 9	Länsi-Suomi	3	33 %	7
	3.1 Muistihäiriöihin erikoistuneet hoidolliset yksiköt tiedon ja tuen antajana	2	22 %	2
	3.2 Muistihoitaja tiedon ja tuen antajana	1	11 %	1
	3.3 Yksityinen ja kolmas sektori tiedon ja tuen antajana	1	11 %	3
	3.4 Ensitetopäivät muistisairauksista vuosittain	1	11 %	1
N = 3	Itä-Suomi	1	33 %	1
	3.1 Muistihoitajan vastuu neuvonantajana	1	33 %	1
N = 3	Pohjois-Suomi	1	33 %	1
	3.1 Kolmannen sektorin vastuu tiedon antajana	1	33 %	1

Taulukko 17 Muistisairauteen liittyvä tiedonsaanti, palvelu, ohjaus ja neuvonta

Muistihoitajilta oli mahdollista saada tietoa, palveluiden ohjausta ja neuvontaa. Lisäksi he toimivat muistipotilaiden tukena. Itä-Suomessa muistihoitaja oli ainoa tiedonantaja. Kolmas sektori puolestaan järjesti Etelä- ja Pohjois-Suomessa ensitietokursseja ja sopeutumisvalmennuskursseja tiedon, palveluiden, ohjaamisen ja neuvonnan antamiseksi. Länsi-Suomessa erityistä olivat muistihäiriöihin erikoistuneiden yksiköiden tiedon ja tuen antaminen jopa ympärivuorokautisesti.

”Muistihoitajan työn tavoitteena on... ..myös tiedottaa ja ohjata dementoituneita, omaisia, läheisiä ja ammattihenkilöitä sekä tukea kotona selviytymistä moniammatillisen yhteistyön avulla.” 87 (I-S)

7.2.4 Muistipotilaan kotona asumista tukevat palvelut

Muistipotilaan kotona asumista tukevia palveluita kuvattiin prosentuaalisesti eniten Etelä- ja Länsi-Suomen kunnista (taulukko 18). Itä- ja Pohjois-Suomessa vain yksi kunta kummassakin kuvasi näitä palveluita.

N = Suuralueen kunnat	4. MUISTIPOTILAAN KOTONA ASUMISTA TUKEVAT PALVELUT	Kunnat (n)	% (N = suuralueen kunnat)	Pelkistetyt ilmaukset
N = 19	Etelä-Suomi	13	68 %	41
	4.1 Kotiin tuotavat tukipalvelut ja omaishoito kotona asumista mahdollistavana	9	47 %	11
	4.2 Kolmas sektori muistipotilaan palvelujen kehittäjänä, päivätoiminnan ja lyhytaikaishoidon järjestäjänä	2	11 %	5
	4.3 Asiakaslähtöinen kuntouttava muistipotilaille tarkoitettu päivätoiminta	8	42 %	12
	4.4 Lyhytaikaishoito palveluasumisyksiköissä ja laitoksissa	5	26 %	13
N = 9	Länsi-Suomi	5	56 %	13
	4.1 Kotona asumisen tukeminen asiakaslähtöisellä päivätoiminnalla ja lyhytaikaishoidolla	3	33 %	9
	4.2 Lyhytaikaishoito laitospöytätyössä ympäristössä	3	33 %	4
N = 3	Itä-Suomi	1	33 %	1
	4.1 Muistihoidajan vastuu tukea kotona asumista	1	33 %	1
	4.2 Muistikerho kotihoidon toimesta	1	33 %	1
N = 3	Pohjois-Suomi	1	33 %	1
	4.1 Karkailevan muistipotilaan lyhytaikaishoito vanhainkodissa	1	33 %	1

Taulukko 18 Muistipotilaan kotona asumista tukevat palvelut suuralueittain

Etelä-Suomessa oli erityisesti kotiin tuotavia tukipalveluita kun niitä tuotti 47 % eteläsuomalaisista kunnista ja näissä painotettiin kotona asumisen tukemista muistipotilaiden hoidossa. Myös tekniset apuvälineet huomioitiin kotona asumisen tukena. Kotiin tuotavia tukipalveluita ei muilla suuralueilla kuvattu lainkaan.

”...on olemassa kotona selviytymistä edistäviä teknisiä hälytysjärjestelmiä, jotka mahdollistavat myös jonkin verran muistamattoman henkilön selviytymisen kotioloissa.” 238 (E-S)

Länsi-Suomessa kotona asumista tukevat palvelut keskittyivät pääasiallisesti päivätoimintaan ja lyhytaikaishoitoon. Lyhytaikaishoitoa oli tarjolla sekä muistisairauksiin erikoistuneissa yksiköissä, mutta myös erikoistumattomissa. Lyhytaikaishoitoa oli tarjolla niin palveluasumisen piirissä kuin laitospöytätyössä ympäristössä terveyskeskuksessa ja vanhainkodissa. Pohjois-Suomessa ainoa maininta muistipotilaan kotona asumista tukeviin palveluihin oli karkailevien muistipotilaiden lyhytaikaishoito vanhainkodissa.

”Karkailevien dementoituneiden potilaiden lyhytaikainen hoito pyritään järjestämään xxx:n vanhainkodissa.” 148 (P-S)

Itä-Suomessa puolestaan ei lyhytaikaishoitoa kuvattu lainkaan, vaan kotona asumisen tukeminen oli muistihoidajan vastuulla. Lisäksi kotihoito järjesti päivätoimintaa muistipotilaille.

7.2.5 Muistipotilaan omaisten tuki ja palvelut

Muistipotilaan omaisten tuki ja palvelut oli kuvattu muilla suuralueilla lukuun ottamatta Itä-Suomea (taulukko 19).

N = Suuralueen kunnat	5. MUISTIPOTILAAN OMAISTEN TUKI JA PALVELUT	Kunnat (n)	% (N = suuralueen kunnat)	Pelkistetyt ilmaukset
N = 19	Etelä-Suomi	7	37 %	11
	5.1 Muistipotilaan omaishoitajan vapaapäivän järjestäminen tukipalveluiden avulla	4	21 %	4
	5.2 Kotihoito omaisten tukena	1	5 %	1
	5.3 Muistisairauksiin perehtyneet erityistyöntekijät omaisten tukena	4	21 %	4
	5.4 Kolmas sektori muistipotilaiden omaisten tukena	2	11 %	2
N = 9	Länsi-Suomi	2	22 %	5
	5.1 Kolmas sektori muistipotilaan ja hänen omaistensa edunvalvojana ja tiedon ja tuen antajana	2	22 %	4
	5.2 Kurssitoiminta muistipotilaiden omaisille	1	11 %	1
N = 3	Itä-Suomi	-	-	-
	-	-	-	-
N = 3	Pohjois-Suomi	1	33 %	1
	5.1 Kolmas sektori omaisten tukena	1	33 %	1

Taulukko 19 Muistipotilaan omaisten tuki ja palvelut

Etelä-Suomessa omaisten tuki ja palvelut painottuivat omaishoitajan vapaapäivän järjestelyihin tukipalveluiden avulla. Muistipotilaan omaisten vapaapäivää pyrittiin järjestämään erilaisten tukipalvelujen avulla, kuten päivätoiminnan, lyhytaikaishoidon, omaishoidon hoitajien ja tilapäisen kotipalvelun avulla.

Länsi- ja Pohjois-Suomessa puolestaan omaisten tuki painottui kolmannen sektorin toimintaan tukijana. Kolmas sektori järjesti omaisille sopeutumisvalmennustoimintaa, vertaistukea, virikkeellistä toimintaa, tukivat muistipotilaiden omaisten selviytymistä ja hyvinvointia sekä projektin seurauksena antoivat muistipotilaiden perheille mahdollisuuden omaan aikaan ja henkiseen tukeen.

7.2.6 Muistipotilaan asumispalvelut ja pitkäaikaishoito

Muistipotilaiden asumispalveluita ja pitkäaikaishoitoa oli saatavilla suuralueilla noin 90–100%:ssa alueen kunnista (taulukko 20).

N = Suuralueen kunnat	6. MUISTIPOTILAAN ASUMISPALVELUT JA PITKÄAIKAISHOITO	Kunnat (n)	% (N = suuralueen kunnat)	Pelkistetyt ilmaukset
N = 19	Etelä-Suomi	18	95 %	62
	6.1 Muistisairauksia runsaasti ympärivuorokautisen hoidon piirissä	5	26 %	13
	6.2 Muistipotilaiden ympärivuorokautisen hoitopaikkoja jonkin verran ja odotusaika pitkä	3	16 %	4
	6.3 Muistipotilaiden ympärivuorokautinen hoito ostopalveluna	6	32 %	9
	6.4 Muistipotilaiden tehostettu palveluasuminen muistiyksiköissä	10	53 %	12
	6.5 Pitkäaikaishoito muistipotilaille suunnatussa laitospäiväyksessä	8	42 %	14
	6.6 Muistipotilaiden hoito vanhainkodin muistisairauksiin erikoistuneilla osastoilla	7	37 %	10
N = 9	Länsi-Suomi	8	89 %	27
	6.1 Muistipotilaan palveluasuminen ostopalveluna	4	44 %	7
	6.3 Asiakaslähtöinen palveluasuminen ja hoito	5	56 %	8
	6.2 Muistipotilaan pitkäaikaishoito laitospäiväyksessä	7	78 %	12
N = 3	Itä-Suomi	3	100 %	9
	6.1 Dementia(ryhmä)koti tehostetun palveluasumisen muotona	3	100 %	8
	6.2 Vanhainkoti muistipotilaiden laitospäiväyksenä hoitona	1	33 %	1
N = 3	Pohjois-Suomi	3	100 %	10
	6.1 Tehostettu palveluasuminen dementiayksiköissä	3	100 %	9
	6.2 Muistipotilaiden tehostettu palveluasuminen ostopalveluna	1	33 %	1

Taulukko 20 Muistipotilaan asumispalvelut ja pitkäaikaishoito suuralueittain

Muistipotilaan asumispalveluissa ja pitkäaikaishoidossa painotukset vaihtelivat suuralueittain, mutta pääosin painotettiin palveluasumista. Etelä-Suomessa myös laitospäiväyksiset ja vanhainkodit olivat melko laajalti tarjottuja hoitopaikkoja. Myös Länsi-Suomen kunnissa laitospäiväyksinen ympäristö oli vahvasti esillä. Pohjois-Suomessa puolestaan ei kuvattu pitkäaikaishoidon, kuten vanhainkoteja tai terveyskeskusosastoja lainkaan.

Etelä -, Länsi- ja Pohjois-Suomessa palveluasumista ostettiin yksityiseltä tai kolmantelta sektorilta. Osan ostopalvelupaikoista mainittiin olevan erityisesti muistisairauksien hoitoon perehtyneitä yksiköitä.

”Kunnan oman toiminnan täydentäjänä on ostettu asiakaskohtaisen maksusitoumuksen perusteella palveluasumista myös Dementiakeskus...sta, jos ...sta ei ole pystytty järjestämään määrääjassa hoitopaikkaa sairaalasta tulleelle dementoituneelle henkilölle.” 238 (E-S)

Asiakaslähtöistä hoitoa oli Länsi-Suomessa, jossa viitattiin erityisesti asiakkaiden äidinkielen perustana olevaan jaotteluun eli mahdollisuuteen päästä suomen- tai ruotsinkielisen palveluasumisen piiriin. Tosin myös Etelä-Suomessa yhdessä kunnassa oli vastaavanlainen mahdollisuus.

7.2.7 Muistipotilaiden kanssa työskentelevien ammattihenkilöiden osaaminen ja sen kehittäminen

Muistipotilaiden kanssa työskentelevien ammattihenkilöiden osaaminen ja sen kehittäminen oli kauttaaltaan varsin heikkoa kuntien strategiatasolla. Kaikilla suuralueilla tämä on kuitenkin huomioitu (taulukko 21).

N = Suuralueen kunnat	7. MUISTIPOTILAIDEN KANSSA TYÖSKENTELEVIEN AMMATTIHENKILÖIDEN OSAAMINEN JA SEN KEHITTÄMINEN	Kunnat (n)	% (N = suuralueen kunnat)	Pelkistetyt ilmaukset
N = 19	Etelä-Suomi	4	21 %	7
	7.1 Palveluiden tuntemus ja muistisairauksien tunnistus muistipotilaiden hoidon edellytys	2	11 %	4
	7.2 Henkilökunta muistisairauksien asiantuntijoita	2	11 %	1
	7.3 Kolmas sektori muistiosaamisen kouluttajana	1	5 %	2
N = 9	Länsi-Suomi	1	11 %	1
	7.1 Muistihoitaja osallisena koulutuksissa	1	11 %	1
N = 3	Itä-Suomi	1	33 %	1
	7.1 Muistihoitaja ohjaa ammattihenkilöitä	1	33 %	1
N = 3	Pohjois-Suomi	1	33 %	1
	7.1 Kolmas sektori kouluttaa ammattihenkilöstöä	1	33 %	1

Taulukko 21 Muistipotilaiden kanssa työskentelevien ammattihenkilöiden osaaminen ja sen kehittäminen suuralueittain

Ammattihenkilöiden osaaminen ja sen kehittäminen oli parhaiten huomioitu eteläsuomalaisissa kunnissa, kun neljä eri kuntaa sen huomioi. Etelä-Suomessa painotettiin muistisairauksien tuntemista sekä sitä, että henkilöstö on muistisairauksien asiantuntijoita muistisairausyksiköissä.

Muistihoitajan toimenkuva oli Länsi- ja Itä-Suomessa ammattihenkilöstön ohjaajana merkittävä ja ainoa tekijä. Pohjois- ja Etelä-Suomessa huomioitiin myös kolmas sektori kouluttajana. Kolmannella sektorilla viitattiin esimerkiksi muistisairausyhdistyksiin.

7.2.8 Muistipotilaiden hoitamisen ja palveluiden erityishuomiot

Analyysirungon ulkopuolelle jäi muutamia lausumia niin Etelä-, Länsi- kuin Pohjois-Suomessakin. Nämä koskivat pääasiallisesti muistipotilaan hoidollista puolta, jotka eivät istuneet analyysirunkoon. Myös muita huomioita oli strategioissa kuvattu. Itä-Suomessa puolestaan tällaisia palveluita ei ollut. Etelä-Suomessa painotettiin muistipotilaan hoitamista perusterveydenhuollossa tunnistamisesta jatkoseurantaan, Länsi-Suomessa puolestaan huomioitiin muistihäiriöiden seulonnat sekä hoidon kehittäminen ja Pohjois-Suomessa muistipotilaan tutkiminen ja kuntoutus. Lisäksi suuralueilla muistipotilaiden hoidossa todettiin olevan erilaisia haasteita.

Eteläsuomalaisissa kunnissa muistihäiriöiden varhainen tunnistaminen todettiin tärkeäksi ja keskeiseksi asiaksi. Varhaisen tunnistamisen edistämiseksi oli perustettu myös työryhmiä edistämään saumattomuutta ja yhteistyötä muistipotilaan hoitoon ohjaamiseksi. Perusterveydenhuolto oli monessa kunnassa vastuussa muistihäiriöiden alkuselvittelijänä. Perusselvittelyt ja alkututkimukset tehtiin terveysasemalla omalääkärin määräämänä. Myös muistitestit tehtiin perusterveydenhuollossa. Länsisuomalaisissa kunnissa puolestaan muistihäiriöiden seulominen muistitestistöjen avulla tapahtui niin muistihoitajien, yhdistysten kuin yksityisten palveluntuottajat toimesta. Kotihoidossa uusien asiakkaiden muisti seulottiin MMSE -testillä. Etelä- ja Pohjois-Suomessa muistisairausediagnoosin tutkimiseen oli mahdollista käyttää apuna esimerkiksi terveyskeskusten tai vanhainkodin tarjoamaa lyhytaikaishoitoa tai päiväsaalaa.

Eteläsuomalaisissa kunnissa jatkohoito muistipoliklinikalla tehdyn diagnoosin jälkeen oli usein perusterveydenhuollon vastuulla. Muistidiagnoosin jälkeinen hoito oli perusterveydenhuollon omalääkärin vastuulla ja hänen tehtävänsä olivat muun muassa asiakkaan säännöllinen seuranta muistihäiriön asteesta riippuen tietyn väliajoin ja oireen mukaisen hoidon toteuttaminen.

Muistipotilaan kuntouttaminen ja toimintakyvyn ylläpitäminen oli Etelä- ja Pohjois-Suomessa hoidon yhtenä osa-alueena. Toimintakykyä ja kuntoutusta pyrittiin toteuttamaan kaikissa muistipotilaan palveluissa. Pohjois-Suomessa muistipotilaan kuntoutuksessa tärkeä rooli oli kolmannen sektorin edustajalla, jonka kerrottiin kuntouttavan muistipotilaita. Kuntoutuksen todettiin toisaalta olevan myös riittämätöntä Etelä-Suomen alueella.

”Muistisairaiden kuntoutus ja virikkeellinen toiminta ovat puutteellisia, fyysisen kuntoutuksen lisäksi tarvittaisiin toimintaterapiaa, henkilöstöllä on mielestään riittämättömästi aikaa keskusteluun, muisteluun, virikkeisiin ja taitojen ylläpitämiseen.” 9K

Muistipotilaiden hoidossa oli myös haasteita. Eteläsuomalaisissa kunnissa muistipotilaiden palvelujen haasteita olivat palvelujen piirissä olevien muistipotilaiden runsas määrä. Esimerkiksi kotihoidon todettiin olevan auttamattomasti riittämätön, mikäli henkilö sairastuu vakava-asteiseen muistihäiriöön. Länsi-Suomessa muistipotilaiden lisääntynyt määrä oli lisännyt edunvalvonnan tarvetta. Lisäksi palveluiden riittämättömyyttä kuvasi muistipotilaiden kanssa työskentelevän henkilöstön näkemys siitä, ettei heillä ole tarpeeksi aikaa asiakkaille. Myös kuntoutuksen ja virikkeellisen toiminnan puutteellisuus oli haaste.

Hoidon haasteellisuuden lisäksi eräs eteläsuomalainen kunta totesi eettisten arvojen kunnioittamisen olevan tärkeää, koska muistipotilaat ovat yleensä sairaudestaan johtuen kykenemättömiä huolehtimaan oikeuksistaan. Ikäihmiset olivat myös kiinnostuneita muistisairauksista, kuten todettiin yhden länsisuomalaisen kunnan ikääntyneisiin kohdistuneiden ennaltaehkäisevien kotikäyntien osoittaneen.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

8.1 Tulosten yhteenveto

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata muistipotilaan hoito- ja palveluketju eri kunnissa koko Suomen alueella sekä koottuna suuralueittain. Tutkimusaineistona käytettiin 40 kunnan ikääntymispoliittista strategiaa, joista tarkasteltiin muistipotilaan hoidon ja palveluiden nykytilannetta. Suunnitelmien tasolla olevat toimet rajattiin tarkastelusta pois. Aineisto analysoitiin deduktiivisella sisällönanalyysillä, jossa apuna käytettiin tutkijan luomaa konstruktiota muistipotilaan hoidosta ja palveluista. Deduktiivinen ote mahdollisti myös aineiston kvantifioinnin.

Tarkastelluista strategioista muistipotilaan hoitoon viittasi 34 kuntaa eli 85 % kunnista. Tämä vastaa Muistiliiton Muistibarometri 2010 -tutkimuksen tuloksia, jossa 82 % kunnista (n = 113) ilmoitti kunnassa olevan ikääntymispoliittinen strategia tai muistiohjelma. 29 % ilmoitti kunnassansa olevan erillinen muistiohjelma (Granö ym. 2010.) Tässä tutkimuksessa hyväksyttiin myös muistiohjelma tarkastelun kohteeksi, mikäli sellainen oli sähköisesti löydettävissä, mutta vain yhdessä kunnassa tarkasteltava dokumentti oli dementiatyön strategia. Tämä tulos puolestaan vastaa Toljamon ja Solovievan (2010) tutkimuksen tuloksia, jossa sadasta kunnasta kahdella todettiin olevan dementiatyön strategia. Tämän tutkimuksen kannalta tosin saattaa olla mahdollista, että kunnissa on erilliset muistiohjelmat, mutta niitä ei ole sähköisesti julkaistu.

Kunnissa tarjottiin muistipotilaille keskimäärin kolmea eri palvelua. Parhaiten erilaisia palveluja tarjottiin kaupunkimaisissa kunnissa sekä Etelä- ja Länsi-Suomessa. Muistisairauksien ennaltaehkäisy on vielä varsin heikosti huomioitu. Esimerkiksi Pohjois-Suomessa ei ennaltaehkäisyä huomioitu lainkaan huolimatta niin Muistisairauksien diagnostiikan ja lääkehoidon Käypä hoito- (2010) kuin muistisairauksien hyvien hoitokäytäntöjen (Suhonen ym. 2008) suosituksista. Tulokset vastaavat Muistibarometrin (Granö ym. 2010) tuloksia, jossa kunnat arvioivat huomioivansa muistisairauksien ennaltaehkäisyn heikoiten. Luvuissa on kuitenkin eroja, sillä ennaltaehkäisyn jätti huomioimatta Muistibarometrin mukaan 25 % kunnista, kun tämän tutkimuksen mukaan ennaltaehkäisyn jätti huomioimatta 91 % kunnista. Toljamo ja

Solovieva (2010) tosin havaitsivat kuntien tunnistavan ennaltaehkäisyn tärkeyden suunnitelmissaan, tämä tosin ei ollut tämän tutkimuksen tarkastelun kohteena.

Muistipoliklinikoita, -neuvoloita (tai muuta vastaavia) ja erityishenkilöstöä löytyi 65 % kunnista. Muistipoliklinikoita ja -neuvoloita oli noin 30 %:lla kunnista, joskaan Itä- ja Pohjois-Suomessa näitä ei ollut lainkaan. Lisäksi kunnissa oli erikoisalojen poliklinikoita perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa. Luku on jonkin verran pienempi, kuin Muistibarometrin mukaan, jossa muistipoliklinikoita ja -neuvoloita oli noin 65 %:lla kunnista (Granö ym. 2010). Muistihoitajia oli 38 %:lla kunnista, kun muistikoordinaattoreita, dementia-neuvojia tai muistineuvojia tai vastaavia oli 6–9 %:lla kunnista. Muistikoordinaattoreita oli vain Etelä-Suomen kunnissa. Myös Toljamon ja Solovievan (2010) mukaan muistikoordinaattoreista löytyi sadan kunnan strategiatarkastelussa vain viisi mainintaa, vaikka muistikoordinaattoreiden on todettu pidentävän muistipotilaiden kotona asumista (Eloniemi-Sulkava & Rahkonen 2004).

Muistisairauteen liittyvää tiedonsaantia, palvelua, ohjausta ja neuvontaa oli saatavilla 32 %:ssa kunnista ja ne painottuivat muistihoitajien tehtäviin. Esimerkiksi Itä-Suomessa muistihoitaja oli ainoa tiedon lähde. Lisäksi kolmas ja yksityinen sektori olivat tärkeitä tiedonantajia ja tukijoita. Kolmas sektori mainittiin ensitietopäivien ja sopeutumisvalmennuskurssien järjestäjänä, joskin vain muutamissa kunnissa. Myös Muistibarometrin kyselyn mukaan nämä osa-alueet puuttuivat useasta kunnasta (Granö ym. 2010).

Muistipotilaan kotona asumista tukevia palveluita oli 59 %:lla kunnista. Heikoiten arvioitiin omaishoitopalvelut kotona asumisen tukena (3 %), kun yöhoito oli Muistibarometrin mukaan heikoiten arvioitu kotona asumista tukeva palvelu (Granö ym. 2010). Toisaalta tulos vastaa myös tämän tutkimuksen tulosta, sillä tarkastelluissa strategioissa ei mainittu kertaakaan erityisesti muistipotilaille tarkoitettua yöhoidon mahdollisuutta. Muistipotilaiden päivätoiminta puuttui 74 %:sta kunnista eikä Itä- tai Pohjois-Suomessa ollut päivätoimintaa lainkaan. Lyhytaikaishoitoa järjesti muistisairauksiin erikoistuneiden asumispalveluiden piirissä vain 12 % kunnista. 24 % kunnista järjesti lyhytaikaishoitoa laitospäivätoimintaympäristössä, joista kuitenkin yli puolella kunnista tämä oli järjestetty muistisairauksiin erikoistuneella osastolla. Tulos on jon-

kin verran heikompi verrattuna Muistibarometrin (Granö ym. 2010) lukuihin, kun kunnista 95 % kertoi järjestävänsä lyhytaikaishoitoa muistipotilaille. Toljamo ja Solovieva (2010) puolestaan kertoi tutkimuksensa osoittaneen, että jokaiselle muistipotilaille oli nimetty oma yhdyshenkilö kotona asumista tukemaan, jota ei tässä tutkimuksessa voida vahvistaa.

Muistipotilaiden omaisia tuettiin 29 %:ssa kunnista pääosin edellä mainittujen tukipalveluiden avulla. Lisäksi muistiin erikoistuneet kolmannen sektorin edustajat olivat merkittävässä roolissa omaisten tukena. Omaisten tukemista ja palveluita kuvattiin lomapäivien mahdollistamisena tukipalveluiden avulla sekä muistiin erikoistuneiden erityishenkilöstön tukipalveluina. Itä-Suomessa ei eritelty muistipotilaan omaisten tukea tai palveluita lainkaan. Muistibarometrin mukaista erittelyä omaishoidon tuen saajista ja palveluseleleistä (Granö ym. 2010) ei tutkimuksen tuloksissa pystytty tarkastelemaan, sillä tämän kaltaiset kuvaukset puuttuivat strategioista muistipotilaiden omaisia kuvaavina kokonaan. Myöskään Toljamo ja Solovieva (2010) eivät tutkimuksessaan olleet löytäneet strategioista tällaista erottelua.

Suomessa kaiken kaikkiaan voidaan todeta muistipotilaan hoidon ja palveluiden olevan painotettu asumispalveluihin ja pitkäaikaishoitoon. Tämä ei vielä kuvasta Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a) mukaista tavoitetta laitoshoidon ja terveyskeskustaikkojen vapauttamista akuuttihoitoon käyttöön. Toisaalta melko paljon painotetaan myös kotona asumista tukevia palveluita, joka puolestaan on kyseisen laatusuosituksen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a) mukaista. Vastaavankaltaisia painotuksia on nähtävillä Australian ja Iso-Britannian muistityössä, joissa kotona asumista tuetaan esimerkiksi omaishoitoa painottamalla poliittisessa päätöksenteossa (Kümpers ym. 2005, Broadty & Cumming 2010).

Muistipotilaan asumispalvelut ja ympärivuorokautinen hoito mainittiin 88 %:ssa kuntien strategioissa. Eniten tarjottiin laitospaikkaista hoitoa (65 %) verrattuna tehostettuun palveluasumiseen (38 %). Pohjois-Suomessa ei ollut pitkäaikaishoitoa lainkaan. Palveluasumisen luvut ovat pienemmät kuin Muistibarometrin (Granö ym. 2010) mukaan, kun esimerkiksi tehostettua palveluasumista oli saatavilla vähintään kohtalaisesti jopa 83 %:lla kunnista. Erot saattavat johtua myös tulosten käsittelyn eroista, kun tämän tutkimuksen mukaan jopa 35 % kunnista osti ympärivuorokautisen hoidon

palveluita ja osa näistä saattaa puuttua tehostetun palveluasumisen luvuista. Itä-Suomessa yksikään kunta ei tarjonnut asumispalveluita tai pitkäaikaishoitoa ostopalveluna. Muistibarometrin (Granö ym. 2010) mukaan 40 %:sta vanhainkodeista puuttui muistisairauksiin erikoistunut osasto kun vastaavasti tämän tutkimuksen mukaan se puuttui vain 15 %:sta kunnista. Terveyskeskuksista puolestaan jopa 85 %:sta puuttui muistisairaiden erikoisyksikkö.

Muistipotilaiden kanssa työskentelevien ammattihenkilöiden osaaminen ja sen kehittäminen huomioitiin 21 %:ssa kunnista. Ammattihenkilöt olivat muistisairauksien tunnistajia ja erityisesti asumispalveluiden henkilökunta oli koulutettu muistisairauksiin liittyen, joskin vain kuudessa prosentissa kunnista, jotka kaikki sijaitsivat Etelä-Suomessa. Myös Muistibarometrin (Granö ym. 2010) tulokset tukevat tätä näkemystä, jossa myönteisimmät arviot annettiin ympärivuorokautisen hoidon henkilöstölle. Muistihoitajat ja muistiin erikoistunut kolmas sektori olivat ammattihenkilöstön kouluttajia. Kouluttaminen oli kuitenkin melko huonosti huomioitu osa-alue, vaikka esimerkiksi Suhosen ym. (2008) mukaan ammattihenkilöstön muistisairauksien ja palveluiden kokonaisvaltainen osaaminen ovat edellytys onnistuneeseen hoitoketjuun.

Suomessa ei vielä ole kansallista muistiohjelmaa (Muistiliitto 2010), kansainvälisesti näitä on kuitenkin tehty eri maissa, kuten Australiassa (Brodaty & Cumming 2010), Iso-Britanniassa (McDonald & Heath 2009) ja Alankomaissa (Kümpers & ym. 2005). Suomessa suositukset muistipotilaiden hoidosta painottavat muistisairauksien tunnistamista ja hoitoon ohjausta (Suhonen ym. 2008, Muistisairauksien diagnoosi ja lääkehoito 2010) ja vastaavanlaisia painotuksia on muuallakin maailmassa (esim. Brodaty & Cumming 2010). Muistibarometrin (Granö ym. 2010) mukaan kunnat kokevatkin huomioivansa muistipotilaan hoitoon ohjauksen ja diagnosoinnin hyvin. Myös tässä tutkimuksessa tätä näkemystä voidaan tukea strategioista löytyneiden muistipotilaiden hoidon ja palveluiden erityishuomioiden perusteella, jossa todettiin perusterveydenhuollon olevan päävastuussa muistisairauksien havaitsemisessa, testaamisessa ja jatkohoidon seurannassa diagnoosin jälkeen. Muistipoliklinikat olivat vastuussa muistisairauksien diagnosoinnista ja niitä löytyikin useasta kunnasta. Muistibarometrin (Granö ym. 2010) mukaan muistipoliklinikat ovatkin viimeisen viiden vuoden aikana lisääntyneet kunnassa.

Muistipotilaan hoidon ja palveluiden erityishuomioina olivat varhaisen tunnistamisen ja jatkohoidon lisäksi muistipotilaan kuntouttaminen. Kuntouttavaa ja toimintakykyä ylläpitävää hoitoa pyrittiin ylläpitämään ja kolmannella sektorilla oli osittainen vastuu tästä. Tosin kunnissa arvioitiin kuntoutuksen olevan myös riittämätöntä, mikä tukee Muistibarometrin (Granö ym. 2010) tulosta, jonka mukaan kunnat arvioivat ottavansa huonosti huomioon lääkinnällisen kuntoutuksen.

Kolmannen ja yksityisen sektorin voidaan todeta täydentävän useita tarkasteltuja palveluita. Kolmannen ja yksityisen sektorin palveluita täydennettiin muistipotilaan kotona asumista tukevissa palveluissa, omaisten tukemisessa ja palveluissa, asumis- palveluissa ja pitkäaikaishoidossa sekä ammattihenkilöiden osaamisen kehittäjinä. Lisäksi kolmas sektori myös kuntoutti muistipotilaita. Vastaavanlaisia huomioita on myös Suhosen ym. (2008) suosituksessa. Myös Toljamo ja Solovieva (2010) havaitsi kuntien hyödyntävän kolmatta sektoria toimintakykyä ylläpitävän toiminnan järjestäjinä. Roiveen (2004) mukaan muistipotilaat käyttivät esimerkiksi yksityisiä lääkäripalveluja kotona asuessaan. Myös esimerkiksi Iso-Britanniassa kolmas sektori on täydentänyt erityisesti maaseutualueiden palveluita (McDonald & Heath 2009).

8.2 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi

Tutkimus toteutettiin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2004) mukaisen hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Tutkimuksen toteuttamisessa, tulosten käsittelyssä ja esittämisessä sekä tulosten arvioinnissa noudatettiin huolellisuutta, tarkkuutta ja rehellisyyttä. Kuntia käsitellään mahdollisimman anonyymisti tutkijan ennako-oletusten minimoimiseksi ja näin ollen analyysin luotettavuuden lisäämiseksi.

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida tutkimus- ja analyysiprosessin luotettavuutta tarkastelemalla. Luotettavuutta voidaan tarkastella uskottavuuden (credibility), vahvistettavuuden (dependability) ja siirrettävyyden (transferability) avulla. (Graneheim & Lundman 2004.)

Tutkimuksen uskottavuuden tarkastelussa katsotaan, että tutkimuksen aineisto ja analyysiprosessi vastaavat aiottua tarkoitusta (Graneheim & Lundman 2004). Tässä tut-

kimuksessa tarkoitus oli siis kuvata muistipotilaan hoito- ja palveluketjua strategioista käsin. Valtakunnallisena sosiaali- ja terveysministeriön (2008b) tavoitteena on, että kaikilla kunnilla on ikääntymispoliittinen strategia, ja suositus on, että strategioissa käsitellään muistioireisten ikääntyneiden palveluita omana osionaan. Näin ollen voitiin olettaa, että strategioissa muistipotilaan hoito- ja palveluketju näyttäytyy tavalla tai toisella. Kunnat satunnaistettiin niiden tilastollisen kuntaryhmityksen mukaan, jolloin kaiken kokoisia kuntia tuli otokseen mukaan antamaan kattavan kuvan Suomen tilanteesta. Ikääntymispoliittisten strategioiden tuli olla voimassaolevia, jolloin tarkasteltavat nykypalvelut olisivat myös voimassa olevia ja kuvaisivat nykytilannetta. Tästä syystä osa arvotuista kunnista jouduttiin hylkäämään niiden esitellessä Internet-sivuillaan vanhentuneita strategioita. Otoksokoa voi tietysti pohtia, onko se riittävä kuvaamaan koko Suomea. Toisaalta tutkimuksen ollessa kvalitatiivinen on otoskoko riittävä suuntaa antavan kuvauksen muodostamiseksi.

Graneheimin ja Lundmanin (2004) mukaan tutkimuksen uskottavuudessa tulee tarkastella myös analyysiyksiköiden valinnan sopivuutta. Tässä tutkimuksessa analyysiyksiköksi valittiin kappale tai lause, joka kuvaa muistipotilaan hoitoa tai palvelua. Analyysiyksikkö vaikutti sopivalta, sillä alkuperäisaineistossa yhdessä lauseessa saattoi olla monta asiaa, jotka eivät olisi kuitenkaan ilmenneet analyysiyksikön ollessa sana tai osa lauseesta. Toisaalta pohdintaa aiheutti analyysiyksikön laajuus, sillä yksiköiden pilkkominen pelkistetyiksi ilmauksiksi tuotti osittain melko laajan aineiston, joka tuntui rikkovan analyysin järkevän kokonaisuuden ja josta saattoi osittain kadota eri sävyjä, jotka kuvasivat palveluita kokonaisuutena. Tässä kuitenkin auttoi aineiston identifioiminen, jonka avulla voitiin palata alkuperäisaineistoon tarkistamaan vastasiko analyysi alkuperäisaineiston kuvausta hoidosta ja palveluista. Lisäksi alkuperäisaineistoon palaamisella voitiin varmistaa joidenkin käsitteiden alkuperäistarkoitus. Mikäli alkuperäisaineisto ei tätä tietoa tuottanut, tarkastettiin asia esimerkiksi kyseisen kuntien Internet-sivuilta.

Aineiston ollessa laaja, muodostettiin deduktiivinen sisällönanalyysirunko helpottamaan analyysia. Oletettu muistipotilaan hoito- ja palveluketju pystyttiin muodostamaan ja asettamaan se strategioihin ja poimimaan strategioista runkoa vastaavia asioita. Samankaltaisuudet ja erot voitiin näyttää todeksi analyysin avulla ja alkuperäisaineistosta nostetuina esimerkein, mikä lisää uskottavuutta (Graneheim & Lundman

2004.) Rungon ulkopuolelle jäi alkuperäisaineistosta tutkijan mielestä tärkeää dataa, mikä osaltaan heikentää analyysirungon luotettavuutta ja kattavuutta. Toisaalta pääosin nämä lausumat pystyttiin osittain analysoimaan induktiivisesti vain muutamiiin kategorioihin, mikä osoitti analyysirungon kuitenkin toimineen pääosin.

Vahvistettavuus (dependability) tarkoittaa sitä, tutkija osaa tarkastella aineistoaan mahdollisimman objektiivisesti, mutta tiedostaa omat ennakkokäsityksensä ja niiden vaikutuksen aineiston analyysiin. Kvalitatiivisen tutkimuksen analyysi kuitenkin on aina tutkijan tekemiä tulkintoja. (Graneheim & Lundman 2004, Eskola & Suoranta 2008.) Tässä tapauksessa tutkijan ennako-oletukset muodostettiin osaksi analyysirunkoa, mikä helpotti aineiston tarkastelua objektiivisesti. Toisaalta kyseessä on myös asiakirja-analyysi, jolloin tulkinnan varaa aineistossa ei juuri ole. Lisäksi aineisto numeroitiin tunnistamattomaksi, jolloin mahdolliset ennakkokäsitykset erilaisista kunnista eivät vaikuttaneet analyysiin. Vahvistettavuudella tarkoitetaan myös sitä, että aineiston analyysi on jäljitettävissä (Lincoln & Guba 1985). Tässä tutkimuksessa analyysia voidaan myös seurata alkuperäisaineistosta annettujen esimerkkien mukaan sekä aineiston kuvauksesta alkuperäisilmaisuiden ryhmittelystä alakategorioihin abstrahointiin ja siitä edelleen analyysirungon yläkategorioihin.

Graneheim & Lundman (2004) tarkoittavat aineiston siirrettävyydellä tulosten siirtämistä toiseen asetelmaan tai ryhmään. On kuitenkin huomioitava, että kvalitatiivinen tutkimus ei tähtää tulosten yleistettävyyteen vaan ilmiöiden syvällisempään tarkasteluun (Eskola & Suoranta 2008). Tämän tutkimuksen tulokset toisaalta pyrkivät kuvaamaan Suomessa tapahtuvaa muistipotilaan hoito- ja palveluketjua, jolloin tietyn varovaisuuksin voidaan ajatella tulosten kuvaavan ainakin jollain tasolla suomalaista hoitokulttuuria ja muistipotilaan huomioimista palvelujärjestelmässä. Toisaalta kyseessä on strategisten asiakirjojen analyysi, eikä näiden asiakirjojen voida väittää täysin varmasti kuvaavan todellista tilannetta. Osa strategioista oli julkaistu 2000-luvun alkupuolella, joten palvelut ovat voineet myös muuttua vuosien saatossa. Tuloksia ei kuitenkaan esimerkiksi voida siirtää kansainvälisesti tutkimusfokuksen ollessa Suomi, mutta niitä voidaan vertailla kansainvälisiin tutkimuksiin. Aikaisemmat suomalaisia kuntia käsitelleet vastaavat tutkimukset tukivat tämän tutkimuksen tuloksia, mikä osaltaan lisää luotettavuutta.

8.3 Pohdinta

Tämän tutkielman tarkoituksena oli kuvata muistipotilaan hoito- ja palveluketju Suomessa. Tukena käytettiin pitkälti Muistiliiton julkaisemaa Muistibarometri 2010 - tutkimusta (Granö ym. 2010), jossa kunnat arvioivat itse palveluitaan. Tämän tutkimuksen tulokset vastasivat melko hyvin Muistibarometrin tuloksia, joskin muutamia poikkeuksia painotuksissa ja määrissä oli löydettävissä. Kunnat kuitenkin painottavat hoidossa ja palveluissa kotona asumisen tukemista sekä asumispalveluita ja pitkäaikaishoitoa. Heikoimmalle huomiolle jäävät muistisairauksien ennaltaehkäisy sekä ammattihenkilöstön osaaminen ja sen kehittäminen.

Alueellisesti Etelä-Suomessa muistipotilaan hoito ja palvelut näyttäisivät olevan parhaiten kuvattu. Tilastollisten kuntaryhmittymien osalta voidaan maaseutumaisilla kunnilla olevan heikoiden palveluita ja kaupunkimaisissa kunnissa parhaiten eri palveluita. Nämä toisaalta kuvastavat tilannetta jossa palvelut painottuvat sinne missä ihmisetkin ovat.

Muistisairauksien ennaltaehkäisy vähentäisi mitä todennäköisimmin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin kohdistuvaa kuormitusta ja samalla myös muistisairauksista aiheutuvia kustannuksia. Varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus ovat tärkeitä elementtejä kustannusten vähentämiseen ja muistipotilaiden tarpeita vastaavaan hoitoon. Nämä asiat ovatkin kunnissa melko hyvin huomioitu perusterveydenhuollon vastuuna tunnistamisesta sekä muistipoliklinikoiden ja muistihoitajien lisäämisellä. Tosin ammattihenkilöstön muistisairausosaaminen ja sen kehittäminen ovat hyvin heikolla huomiolla, mikä osaltaan todennäköisesti vähentää muistisairauksien varhaista tunnistamista. Kuitenkin erityishenkilöstöä, kuten muistihoitajia on melko runsaasti. Muistihoitajilla on myös laajat tehtäväkuvat muistisairauksien ennaltaehkäisystä tunnistamiseen ja seulomiseen, ammattilaisten koulutukseen sekä muistipotilaiden palveluiden koordinoimiseen ja perheiden tukemiseen.

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a) suosittaa kintia keskittymään kotona asumisen tukemiseen ja pitkäaikaishoidon laitospaismisen asumisen vähentämiseen. Myös muut ikäihmisten hoitoa ja palveluita ohjaavat valtakunnalliset suositukset (esimerkiksi Terveys 2015, KASTE) painottavat ikäihmisten kotona asumisen ja toimintakyvyn ylläpitämisen tukemista (Sosiaali- ja terve-

ysministeriö 2001b, 2008b). Kotona asumista tuetaan erilaisin tukipalveluin, mutta samalla todettiin, että keskivaikeiden ja vaikeiden muistipotilaiden kotona asumisen tukeminen on mahdotonta. Samalla on kuitenkin huomioitava, ettei esimerkiksi muistipotilaiden omaishoitajia ole erityisen hyvin huomioitu strategioiden osana. Myös kotihoidon muistisairauksien erityisosaaminen todettiin vain parissa kunnassa, jossa kotihoidossa oli erityinen työpari muistipotilaita varten. Tukipalveluista yöhoidon mahdollisuutta erityisesti muistipotilaille ei strategioissa kuvattu lainkaan. On kuitenkin huomioitava, että kuntien yöhoidon piirissä todennäköisesti on runsaasti muistipotilaita, vaikka kyseistä tukipalvelua ei asiakasryhmäkohtaisesti eriteltaisikään. Ammattihenkilöstön kouluttamisen lisäksi erityinen muistisairauksiin erikoistunut työpari olisi varmasti hyvä käytäntö kotihoidon palveluiden lisäksi asumisen painottuessa yhä enemmän kotiin ja kotiin annettavien tukipalveluiden lisäämisen myötä.

Kotihoidon lisäksi kotona asumista tuetaan kunnissa päivätoiminnan ja lyhytaikais-hoidon avulla. Useassa kunnassa muistipotilaat pääsevät heille tarkoitettuihin ryhmiin ja osastolle, mutta yhä on kuntia, joissa muistipotilaat ovat muiden iäkkäiden kanssa samoissa ryhmissä. Voidaankin pohtia, palveleeko tällöin päivätoiminta tai lyhytaikaishoito muistipotilaan toimintakykyä, johon nämä yleensä on tarkoitettu. Toki näiden palveluiden tarkoituksena on myös mahdollistaa omaishoitajien vapaa- hetket, mutta mikäli hoidettava omainen ei hyödy tukipalveluista voidaan olettaa niiden olevan melko hyödyttömiä myös omaishoitajille.

Mikäli muistipotilaalla ei ole omaista hoitamassa, eikä hän enää tukipalveluiden avulla pärjää, on todennäköistä, että hän siirtyy esimerkiksi tehostetun palveluasumisen piiriin. Kunnissa onkin melko hyvin huomioitu tehostetussa palveluasumisessa muistisairauksien erityisosaaminen ja erityisyksiköt. Näitä ovat muun muassa dementiaryhmäkodit, jotka on tarkoitettu keskivaikeaa muistisairautta sairastaville henkilöille. Suosituksista huolimatta yllättävänkin monessa kunnassa yhä vanhainkodit ja terveyskeskusten vuodeosastot ovat jopa pääasiallisena hoitomuotona muistipotilaille. Huolestuttavaa on myös näissä palveluissa muistisairauksiin erikoistuneiden osastojen puutteellisuus ja osastojen liian isot koot muistipotilaiden hoitoon. Myös henkilöstön todettiin joissakin tapauksessa olevan vähäinen, jolloin esimerkiksi kuntouttava työote koettiin mahdottomaksi toteuttaa.

Huomioitava seikka on myös se, ettei muistipotilaiden loppuvaiheen hoitoa tai kuolemaa huomioitu strategiatasolla lainkaan. Voidaan kuitenkin pohtia onko tarpeen, että muistipotilailla yleensä on omankaltaisensa saattohoitopalvelunsa, kuten Australiassa suunnitellaan, vai riittääkö niin sanotusti tavallinen saattohoito, jota on muillekin ikäihmisille tarjolla.

Tutkimuksen tuloksia tarkastellessa tulee olla kriittinen, sillä tulokset ovat suuntaa antavia muistipotilaan hoito- ja palveluketjua kuvaavina. Muistipotilaat ovat myös ikääntyneitä ihmisiä, joten on mahdollista, että kunnilla on laajemmat muistipotilaan palvelut, kuin mitä strategioihin kirjataan. Lisäksi tarkastellut strategiat vaihtelivat laajuudeltaan hyvin paljon, muutamasta muistipotilasta kuvaavasta sanasta hyvinkin laajaan palveluiden kuvaamiseen. On mahdollista, että esimerkiksi tarkasteltaessa kuntien kotisivuja, voitaisiin saada tarkempi ja ehkä laajempi kuvaus muistipotilaille tarkoitetuista palveluista.

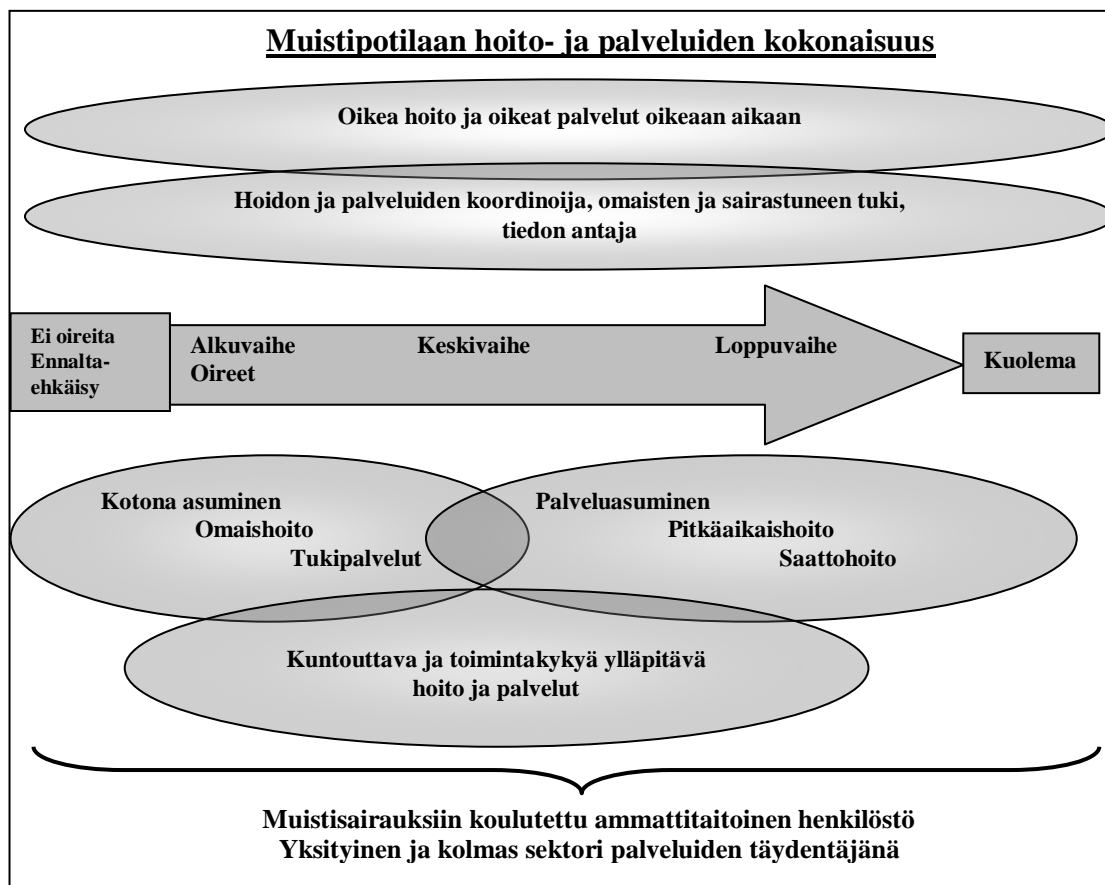
Käsitteellisesti muistisairauksien ja muistipotilaiden tarkastelun voidaan sanoa olevan haastavaa. Muistipotilaista voidaan puhua lähteestä riippuen esimerkiksi muistipotilaina, muistisairaina, muistihäiriöisinä tai dementiapotilaina. Osa termeistä on määritelty, mutta esimerkiksi dementia-alkuiset käsitteet ovat hyvin laajoja ja jopa löyhästi käytettyjä kaikkien muistihäiriöisten kuvaamiseksi. Näin ollen ei aina voida olla varmoja mitä niillä tarkoitetaan. Käsitteiden kirjavuus näkyy myös tässä tutkielmassa kirjallisuuskatsauksessa, mutta sitä on pyritty yhdenmukaistamaan tulosten käsittelyssä. Tässä tutkimuksessa päädyttiin käyttämään sanaa muistipotilas Muistisairauksien diagnostiikan ja lääkehoidon Käypä hoito -suosituksen (2010) mukaan.

Tutkimuksen tulosten ja kirjallisuuden perusteella muistipotilaan hoito- ja palveluketju voisi kuitenkin ideaalitapauksessa olla kuvion 3 mukainen. Kuviossa nuoli edustaa muistisairauden etenemistä. Yläpuolella korostetaan ideaalitulannetta, jossa oikean hoidon ja palveluiden oikea-aikaisuuden toteutumista auttaa hoidon ja palveluiden koordinoija, joka toimii samalla sairastuneen ja omaisten tukena ja tiedonantajana. Tällainen henkilö voisi olla esimerkiksi muistihoitaja, muistikoordinaattori tai muistiin erikoistunut kolmannen tai yksityisen sektorin edustaja. Oikea aikaista hoitoa ja palvelua ovat esimerkiksi perusterveydenhuollon tarjoamat muistisairauksien

tunnistaminen ja tutkiminen sekä hoitoon ohjaus. Myös muistipoliklinikoiden diagnoosi- ja tukipalvelut ovat näitä.

Kuvion alaosa kuvaa muistisairaahan henkilön ideaalista hoitopaikkaa sairauden vaiheen mukaisella tavalla. Alku- ja keskivaiheella henkilö todennäköisesti pystyy asumaan vielä kotona tukipalveluiden ja omaishoidon avulla. Sairauden edetessä hän luultavasti joutuu muuttamaan palveluasumisen piiriin tai pitkäaikaishoitoon. Näitä palveluita pyritään tukemaan kuntouttavalla ja toimintakykyä ylläpitävällä hoidolla, joilla mahdollistetaan muistipotilaan paras mahdollinen ja tarvetta vastaava hoito. Mikäli kunnat järjestävät vastaisuudessa palveluita yhä enemmän suositusten mukaan, voidaan pitkäaikaishoidon osuutta hoito- ja palveluketjussa muuttaa palveluasumista tukevaksi.

Kuvion mukaisen hoito- ja palveluketjun toteutumiseksi vaaditaan ammattitaitoista sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöä joka palveluun. Lisäksi yksityinen ja kolmas sektori on syytä huomioida kunkin palvelun täydentäjänä.



Kuvio 3 Muistipotilaan hoito- ja palveluketjuehdotelma

Tutkimusten tulosten perusteella voidaan siis todeta, että Suomen kuntien tulisi huomioida muistipotilaiden hoito ja palvelut nykyistä laajemmin ikääntymispoliittisissa strategioissaan koko Suomen alueella. Asian esille nostaminen tulosten perusteella erityisesti Itä- ja Pohjois-Suomessa on merkityksellistä. Merkitystä korostaa myös se, että näillä kahdella suuralueella oli vuonna 2005 eniten muistipotilaita palvelujen piirissä verrattuna muihin alueisiin (Stakes 2007b).

Muistipotilaiden palveluissa kuntien tulisi kiinnittää huomiota erityisesti muistisairauksien ennaltaehkäisyyn keinoihin, omaishoitajien tukemiseen ja palveluihin sekä muistipotilaita kohtaavien sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten koulutukseen. Kiinnittämällä muistipotilaan hoidon ja palveluiden kokonaisuuteen huomiota voidaan tarjota muistisairaille kuntalaisille parasta mahdollista kokonaisvaltaista hoitoa ja palveluita vähentäen hoidosta ja palveluista johtuvia kustannuksia.

Jatkotutkimusehdotuksena kuntien muistipotilaiden hoito- ja palveluketjua voisi tarkastella huomioiden kuntien keinot, kuten kuntayhtymät, yhteistoiminta-alueet tai ostopalvelut, palvelujen tuottamisessa. Erityisen tärkeätä olisi kuitenkin muistipotilaan hoito- ja palveluketjun tarkastelu ketjun läpikäyneiden muistipotilaiden näkökulmasta, jotta nähtäisiin kuntien tarjoamien hoidon ja palveluiden realistinen kokonaisuus.

LÄHTEET

- Brink P J & Wood M J. 1998. Advanced design in nursing research. 2nd edition. Sage Publications: California.
- Brodaty H & Cumming A. 2010. Dementia services in Australia. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 25, 887-895.
- Burns N & Grove S. 2001. *The Practice of Nursing Research. Conduct, Critique and Utilization*. 4th Edition. W.B. Saunders Company: Philadelphia.
- Eduskunta. 2010. Hallituksen esitys terveydenhuoltolaiksi sekä laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon lain muuttamiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamiseksi. Luettu 3.1.2011.
<http://www.eduskunta.fi/faktatmp/utatmp/akxtmp/ev_244_2010_p.shtml>
- Elo S & Kyngäs H. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62 (1): 107–115.
- Eloniemi-Sulkava U, Rahkonen T, Erkinjuntti T, Karhu K, Pitkälä K, Pietilä T, Vuori U & Suhonen J. 2010. Moniammatilliset tietotaidot ovat muistisairauksien hyvän hoidon edellytys. *Suomen Lääkärilehti* 65(39), 3144–3146.
- Eloniemi-Sulkava U & Rahkonen T. 2004. Dementiakoordinaattori tukee dementiapotilaiden kotihoitoa. *Sairaanhoitaja* 77(4), 17–19.
- Eloniemi-Sulkava U, Sormunen S & Topo P. 2008. Dementia on erityiskysymys. Teoksessa: Sormunen S. & Topo P. (toim.) *Laadukkaat dementiapalvelut. Opas kunnille*. Stakes-oppaita 72. Stakes: Jyväskylä. 9–14.
- Erikoissairaanhoidolaki. 1989. 1.12.1989/1062. Luettu 3.1.2011.
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>>
- Erkinjuntti T. 2010. Dementian käsite. Teoksessa: Erkinjuntti T, Rinne J & Soininen H. (toim.) *Muistisairaudet*. Duodecim: Helsinki. 86–90.
- Erkinjuntti T, Alhainen K, Rinne J & Huovinen M. 2006. Muistihäiriöt. *Duodecim: Jyväskylä*.
- Erkinjuntti T & Pirttilä T. 2010. Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen. Teoksessa: Erkinjuntti T, Rinne J & Soininen H. (toim.) *Muistisairaudet*. Duodecim: Helsinki. 142–158.
- Eskola J & Suoranta J. 2008. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. 8. painos. Vastapaino: Jyväskylä.

- Finne-Soveri H & Noro A. 2006. Kotihoidon asiakasrakenne. Teoksessa: Finne-Soveri H, Björkgren M, Vähäkangas P & Noro A. (toim.) Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu – RAI-järjestelmä vertailukehittämässä. Stakes: Vaajakoski. 61–86.
- Granheim U H & Lundman B. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24 (2), 105–112.
- Granö S, Tamminen A, Eronen A, Londén P & Siltaniemi A. 2010. Muistibarometri 2010. Muistiliiton julkaisusarja. Tulostettu 1.10.2010. <[http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;374;36984;31661](http://www.muistiliitto.fi/fin/muistiliitto/ajankohtaista/muistintila_2010_/></p>
<p>Halonen J. 2010. Kuntapohjaiset aluejaot, kuntanumerot ja kuntien lukumäärä. Kuntaliitto. Luettu 10.7.2010. <
- Heimonen S & Tervonen S. (toim.) 2001. Kymmenen tarkastuspistettä muistihäiriöisten ja dementoituvien hoidon ja palvelujen arviointiin. Raportti. Alzheimer-keskusliiton julkaisusarja 3. Helsinki.
- Heyn P, Abreu B C & Ottenbacher K J. 2004. The Effects of Exercise Training on Elderly Persons With Cognitive Impairment and Dementia: A Meta-Analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 85, 1694–1704.
- Hill J W, Futterman R, Duttgupta S, Mastey V, Lloyd J R & Fillit R. 2002. Alzheimer's disease and related dementias increase costs of comorbidities in managed Medicare. *Neurology* 58, 62–70.
- Kansanterveyslaki. 1972. 28.1.1972/66. Luettu 14.10.2010. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>>
- Karppi P, Rahkonen T, Rissanen A, Puuronen S, Kallipohja K & Suhonen J. 2010. Käypä hoito-suositusten toteutuminen Keski-Suomen muistipotilaiden hoitoketjussa. *Suomen Lääkärilehti* 65(20), 1833–1838.
- Kuntaliitto. 2007. Kunta- ja palvelurakennemuutos. Kunnat toteuttavat uudistuksen. 2. painos. Luettu 3.1.2011. <<http://hosted.kuntaliitto.fi/intra/julkaisut/pdf/p070328134837D.pdf>>
- Kuntaliitto. 2010a. Yhteistoiminta-alueet. Kuntayhtymät. Luettu 3.1.2011. <http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;55264;55275;117031;117102>
- Kuntaliitto. 2010b. Kuntaliitokset. Luettu 3.1.2011. <http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;348;4827>

- Kuosma K. 2003. Dementian selvitysmallin kehittäminen Aalborgissa. Jänteviä päätöksiä ja selkeä vastuunjako. *Sairaanhoitaja* 76(8), 24–25.
- Kümpers S, Mur I, Maarse H & van Raak A. 2005. A Comparative Study of Dementia Care in England and the Netherlands Using Neo-Institutionalist Perspective. *Qualitative Health Research* 15, 1199–1230.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta. 1992. 3.8.1992/733. Luettu 3.1.2011. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920733>>
- Latvala E & Vanhanen-Nuutinen L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa: Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY: Helsinki. 21–43.
- Lincoln Y S & Guba E G. 1985. *Naturalistic inquiry*. Sage Publications: California.
- Manninen M, Winblad I, Viramo P, Remes A, Liuska E & Hynninen M. 2005. Dementiahoitajien kokemuksia hoitomallin kehittämisestä. *Muisti* 18(1), 7–9.
- McDonald A & Heath B. 2009. Developing services for people with dementia. *Working With Older People* 13(3), 18–21.
- Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito. 2010. Käypä hoito-suositus. Duodecim. Tulostettu 14.10.2010 <<http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50044.pdf>>
- Muistiliitto. 2010. Muistiliitto ry. Luettu 14.10.2010. <<http://www.muistiliitto.fi/>>
- Nikkonen M. 1997. Etnografinen malli. Teoksessa: Paunonen M. & Vehviläinen-Julkunen K. (toim.) *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY: Helsinki. 136–151.
- Nikkonen M, Janhonen S & Juntunen A. 2001. Hoitokulttuurin tutkimuksesta: etnografia hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Teoksessa: Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. WSOY: Helsinki. 44–80.
- Noro A. 2005. Asiakasrakenne pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Teoksessa Noro A, Finne-Soveri H, Björkgren M & Vähäkangas P. (toim.) *Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus -RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä*. Stakes: Saarijärvi. 48–63.
- Perustuslaki. 1999. 11.6.1999/731. Luettu 3.1.2011. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>>

- Pirttilä T & Erkinjuntti T. 2010. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja diagnoosi. Teoksessa: Erkinjuntti T, Rinne J & Soininen H. (toim.) Muistisairaudet. Duodecim: Helsinki. 121–141.
- Pitkälä J, Eloniemi-Sulkava U, Huusko T, Laakkonen M-L, Pietilä M, Raivio M, Routasalo P, Saarenheimo M, Savikko N, Strandberg T & Tilvis R. 2007. Miten ikääntyneiden kuntoutusta tulisi kehittää? Suomen Lääkärilehti 62(47), 3851–3856.
- Polit D F & Beck C T. 2004. Nursing research: principles & methods. 7th edition. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia.
- RightTimePlaceCare 2010-2013. 2010. Luettu 14.10.2010. <<http://www.righttimeplacecare.eu/index.php?id=14214>>
- Roive V. 2004. Dementoituvan henkilön palveluketju -asiakirja- ja läheisen henkilön näkökulma. Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Sosiaalihuoltolaki. 1982. 17.9.1982/710. Luettu 14.10.2010. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710>>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001a. Sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteiset palvelut. 2001:7. Helsinki. Luettu 3.1.2011. <<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/lakispalvelut.pdf>>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001b. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 – kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Helsinki. Luettu 17.1.2011. <<http://www.terveys2015.fi/terveys2015.pdf>>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Hyvinvointi 2015 -ohjelma. Sosiaalialan pitkän aikavälin tavoitteita. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:3. Helsinki. Luettu 17.1.2011. <http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3640.pdf&title=Hyvinvointi_2015__ohjelma__Sosiaalialan_pitkan_aikavalin_tavoitteita_fi.pdf>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008a. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. 2008:3. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008b. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma Kaste 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2008:6. Helsinki. Luettu 17.1.2011. <http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3683.pdf&title=Sosiaali__ja_terveydenhuollon_kansallinen_kehittamisohjelma_KASTE_2008_2011_fi.pdf>

- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Ikäihmisten palvelut. Luettu 14.10.2010.<http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/ikaihmiset>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010a. Palvelut ja etuudet ikääntyneille. Luettu 3.1.2011. <http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/ikaihmiset/palvelut_ja_etuudet>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010b. Ikäihmisten palvelua ja etuuksia koskevaa lainsäädäntöä. Luettu 3.1.2011. <http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/ikaihmiset/lainsaadanto>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010c. Terveydenhuoltolaki. Luettu 3.1.2011. <http://www.stm.fi/vireilla/lainsaadantohankkeet/sosiaali_ja_terveydenhuolto/terveydenhuoltolaki>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010d. Tukipalvelut kotipalvelulle. Luettu 9.1.2011. <http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut/tukipalvelut>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010e. Asumispalvelut ja asunnon muutostyöt. Luettu 9.1.2011. <http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/asumispaivelut>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010f. Laitoshoito. Luettu 9.1.2011. <http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/laitoshoito>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010g. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen. Peruslinjauksia valmisteleavan työryhmän raportti. Selvityksiä 2010:34. Luettu 3.1.2011. <http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-13703.pdf>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011a. Kotihoito tukee kotona selviytymistä. Luettu 9.1.2011. <http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011b. Omaishoidon tuki. Luettu 9.1.2011. <http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/omaishoitto>
- SotkaNet. 2011. Tilastot ja indikaattorit. Luettu 9.1.2011. <<http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu>>

- Stakes. 2002. Sosiaali- ja terveydenhuollon käsitteitä tietojärjestelmien suunnittelua varten. Luettu 2.12.2010.
<http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/0C799961-C977-45DE-B0F6-7C92DA1D38B9/4017/http___wwwstakesfi_oske_terminologia_sanastot_kasi.pdf>
- Stakes. 2007a. Ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalot 2005. Suomen virallinen tilasto, Sosiaaliturva 2007. Stakes: Helsinki.
- Stakes. 2007b. Dementia-asiakkaat sosiaali- ja terveystalot 2001, 2003 ja 2005. Tilastotiedote 20/2007. Luettu 29.11.2010
<<http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Ikaantyneet/dementia.htm>>
- Suhonen J, Alhainen K, Eloniemi-Sulkava U, Juhela P, Juva K, Löppönen M, Makkonen M, Mäkelä M, Pirttilä T, Pitkälä K, Remes A, Sulkava R, Viramo P & Erkinjuntti T. 2008. Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa. Suomen Lääkärilehti 63(10), 9–22.
- Sulkava R. 2006. Muistisairauksien taloudelliset vaikutukset. Erikoislääkäri 16(5), 217–220.
- Tilastokeskus. 2009a. Väestöennuste 2009. Luettu 14.10.2010.
<http://www.stat.fi/til/vaenn/2009/vaenn_2009_2009-09-30_tau_001_fi.html>
- Tilastokeskus. 2009b. Tilastollinen kuntaryhmitys 2009. Luettu 14.10.2010 <
<http://www.stat.fi/meta/luokitukset/kuntaryhmitys/001-2009/index.html>>
- Tilastokeskus. 2010a. Väestötilastot. Luettu 14.10.2010.
<http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html>
- Tilastokeskus. 2010b. Suuralueet 2010. Luettu 12.10.2010.
<<http://www.stat.fi/meta/luokitukset/suuralue/001-2010/index.html>>
- Toljamo M & Solovieva N. 2010. Miten kunnat tukevat muistisairaita? Premissi 4, 26–28.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2004. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. 2. painos. Edita Prima Oy: Helsinki.
- Viramo P & Sulkava R. 2010. Muistioireiden ja dementian epidemiologia. Teoksessa: Erkinjuntti T, Rinne J & Soininen H. (toim.) Muistisairaudet. Duodecim: Helsinki. 28–36.
- Weber R P. 1990. Basic Content Analysis. 2nd edition. Sage Publications: California.

Wimo A, Jönsson L, Gustavsson A, McDaid D, Ersek K, Georges J, Gulácsi L, Karpáti K, Kenigsberg P & Valtonen H. 2010. The economic impact of dementia in Europe in 2008 – cost estimates from the Eurocode project. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. Wiley Online Library. Luetu 29.11.2010. <
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/gps.2610/abstract>>

HAKUPROSESSI

Hakukoneet	Rajaus	Valintakriteerit	Hakusanat	Tulokset	Valittu	Käytetty
Medic	Vuodelta 2000-2010 Asiakirjojen synonyymit käytössä	Artikkeli on tutkimus tai kuvaus palveluista. Käsittelee muistipotilaita sekä muistipotilaiden palveluita. Ei lääketieteellistä diagnostiikkaa. Yli 65-vuotiaat.	muistis* muistih* muistip* alzhem* AND palvel* hoitok* hoito*	74	11	3
			muistis* demen* AND hoitop*	125	2	0
PubMed (MEDLINE)	Published in the last 10 years Only items with links to full text Only items with abstracts English Field: Title/Abstract	Artikkeli on länsimainen tutkimus tai kuvaus palveluista, joka osoitetaan otsikossa tai abstraktissa Käsittelee muistipotilaita sekä muistipotilaiden palveluita. Ei lääketieteellistä diagnostiikkaa. Yli 65-vuotiaat.	("Memory Disorders"[Mesh] OR ("Dementia"[Mesh] OR "Alzheimer Disease"[Mesh])) AND "Delivery of Health Care"[Mesh]	192	5	0
			national services AND ("Dementia"[Mesh] OR "Alzheimer Disease"[Mesh] OR "Memory Disorders"[Mesh])	56	6	0
			national AND dementia services	63	2	0
			(("service evaluation")) AND (((("Dementia"[Mesh] OR "Alzheimer Disease"[Mesh])) OR "Memory Disorders"[Mesh]))	4	2	0
			"social support" AND ("Dementia"[Mesh] OR "Alzheimer Disease"[Mesh] OR "Memory Disorders"[Mesh])	110	2	0
CINAHL, SocINDEX with Full Text (EBSCO)	Date of Publication 2000-2010, Full Text, English language, Research Article, Scholarly (Peer Reviewed), Journals, References available, Search modes - Boolean/Phrase, (Expanders - Apply related words, Search modes - Find all my search terms)	Artikkeli on länsimainen tutkimus, joka osoitetaan otsikossa tai abstraktissa Käsittelee muistipotilaita sekä muistipotilaiden palveluita/hoitoa. Ei lääketieteellistä diagnostiikkaa. Yli 65-vuotiaat.	AB "memory disorders" or AB dementia and AB "delivery of health care"	10	0	0
			AB national and (AB dementia OR "memory disorder") and AB services	11	5	1
			AB service evaluation and AB dementia or AB "memory disorder"	3	1	0
			AB social support and AB dementia	44	1	0

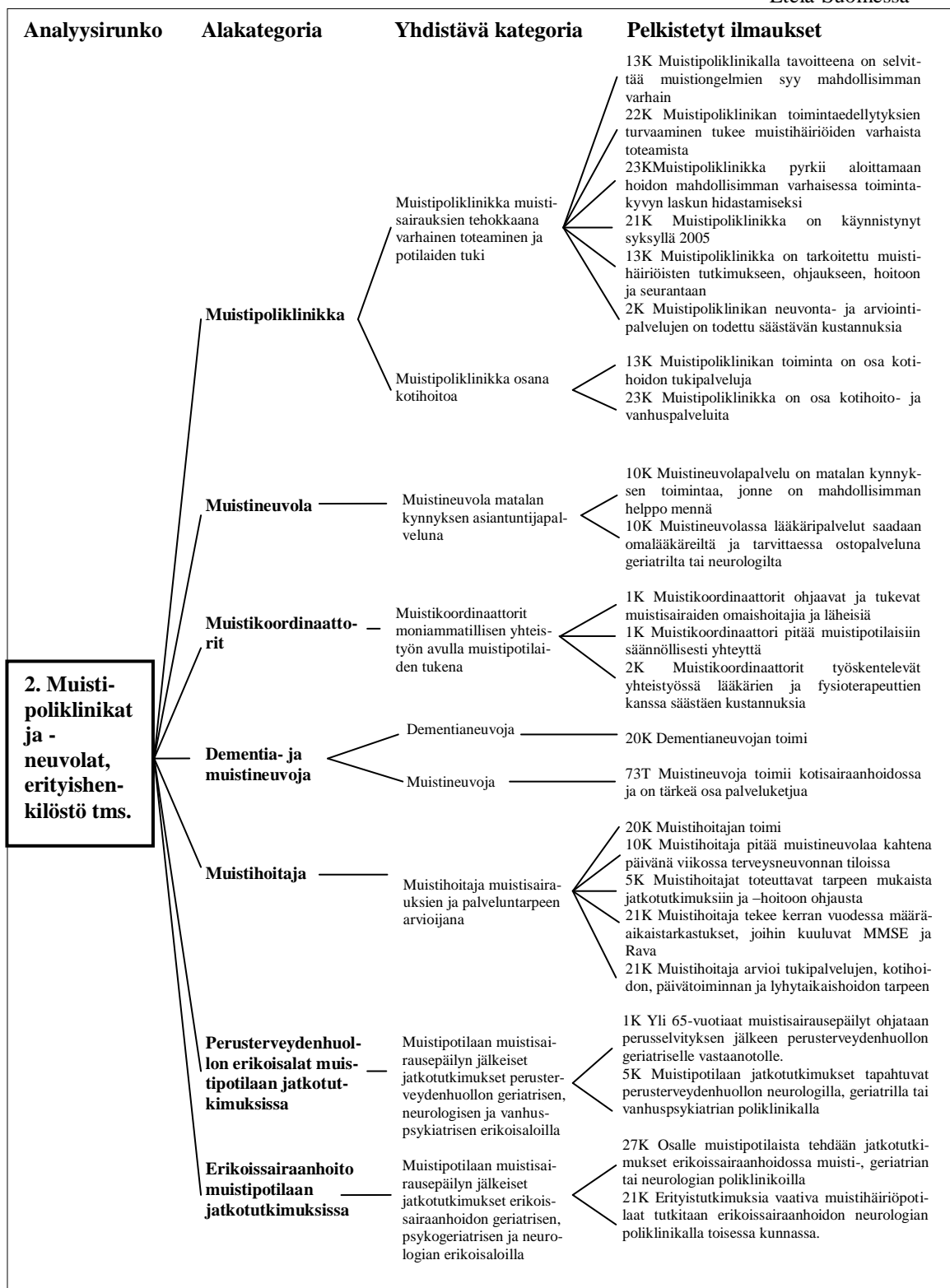
Hakukoneet	Rajaus	Valintakriteerit	Hakusanat	Tulokset	Valittu	Käytetty
Ovid (MEDLINE)	Abstract English language Full text Year 2000 – 2010 (Map Term to Subject Heading)	Artikkeli on länsimainen tutkimus, joka osoitetaan otsikossa tai abstraktissa Käsittelee muistipotilaita sekä muistipotilaiden palveluita/hoitoa. Ei lääketieteellistä diagnostiikkaa. Yli 65-vuotiaat.	Community Health Services/ and Dementia/	32	3	0
			"Delivery of Health Care"/og [Organization & Administration] and Dementia/ or Memory disorders/	3	1	0
			national services and Dementia/ or Memory disorders/	27	7	-
			service evaluation and Dementia/ or Memory disorders/	46	3	0
			social support and Dementia/ or Memory disorders/	86	1	0
Manuaalinen haku		Artikkeli on länsimainen tutkimus, joka osoitetaan otsikossa tai abstraktissa Käsittelee muistipotilaita sekä muistipotilaiden palveluita/hoitoa. Ei lääketieteellistä diagnostiikkaa. Yli 65-vuotiaat.			10	3
Yhteensä				989	54	7

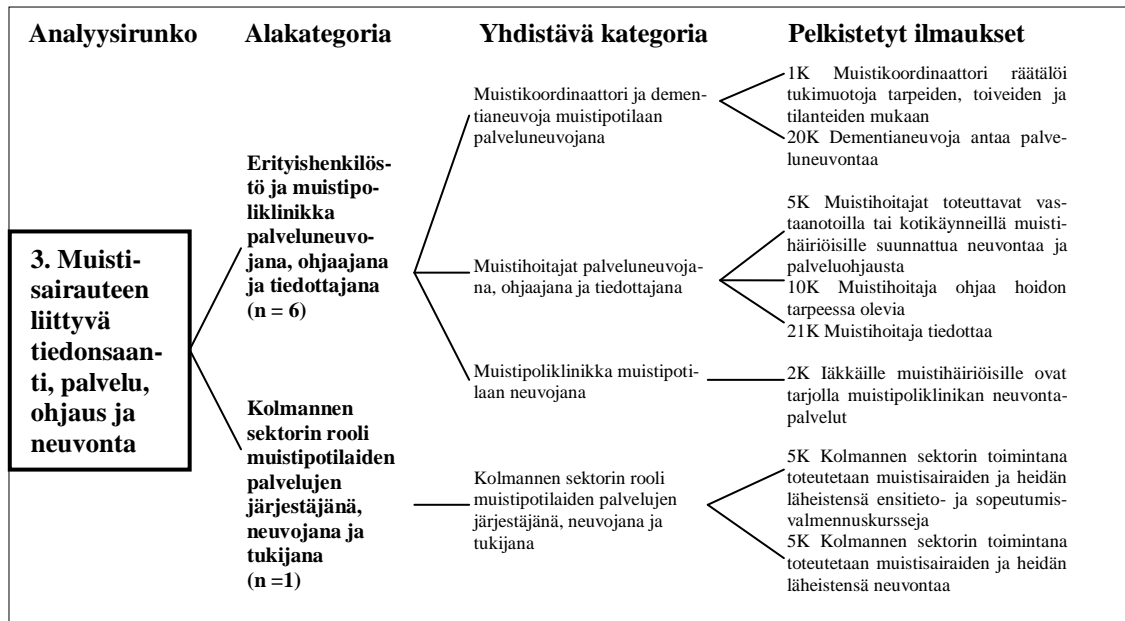
TUTKIMUSTAULUKKO

Tekijä, vuosi, maa mistä löytyi	Tarkoitus	Otos, menetelmä ja aineiston-analyysimenetelmä	Keskeiset tulokset
Roive 2004 Suomi Medic	Kuvata dementoituvan henkilön palveluketjua kahden vuoden ajalta ennen pitkäaikaiseen laitoshoitoon siirtymistä.	n = 26 yhden vanhustenkeskuksen dementiaosaston asukasta Potilasasiakirja-analyysi n = 25 dementiaosaston asukkaan läheistä Haastattelu Kvalitatiivinen aineiston analyysi	Ennen pitkäaikaishoitopäätöstä suurin osa tutkituista oli asunut kotona ja sairasti pääosin keskivaikeaa dementiaa. Suurin osa käytti tukipalveluita. Yksityisen palveluntuottajan palveluita oli käyttänyt 65 % ja 19 % järjestöjen tuottamia palveluita. Pitkäaikaishoitopäätös oli kolmannekselle tehty lyhytaikais-hoidossa.
Kümpers, Mur, Maarse & van Raak 2005 Iso-Britannia & Alankomaat Manuaali	Verrata kahden maan dementiahoitoa (hoitopolkuja).	Kirjallisuuskatsaus Asiakirja-analyysi n = 8 dementia työn asiantuntijaa Haastattelu Kvalitatiivinen aineiston analyysi	Kummassakin maassa on suositukset dementiapotilaan hoitoon. Erityisesti kiinnitetään huomiota varhaiseen diagnoosiin ja oireiden tunnistamiseen, palvelutarpeen arviointiin ja jatko-seurantaan. Englannissa keskitytään tukemaan kotona pärjäämistä, Alankomaissa puolestaan laitoshoidon on toivottavampaa potilaiden näkökulmasta. Hoitopolun koordinoiminen heikkoutena ovat usein erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyön puute.
Suhonen, Alhainen, Eloniemi-Sulkava, Juhela, Juva, Löppönen, Makkonen, Mäkelä, Pirttilä, Pitkälä, Remes, Sulkava, Viramo & Erkinjuntti, 2008, Suomi, Medic	Kuvata hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa.	Katsausartikkeli	Suositus terveydenhuoltoon, muistipotilaan hoitopolun kuvaus etenevänä prosessina: mm. muistisairauksien ehkäisy, hoito ja hoidon koordinoiminen, yksityissektori ja kolmas sektori muistipotilaan palvelun tuottajina. Hoidon onnistumisen edellytyksenä on saumaton hoitoketju oikea-aikaisen hoidon onnistumiseen erityisesti muistikoordinaattorin avulla.

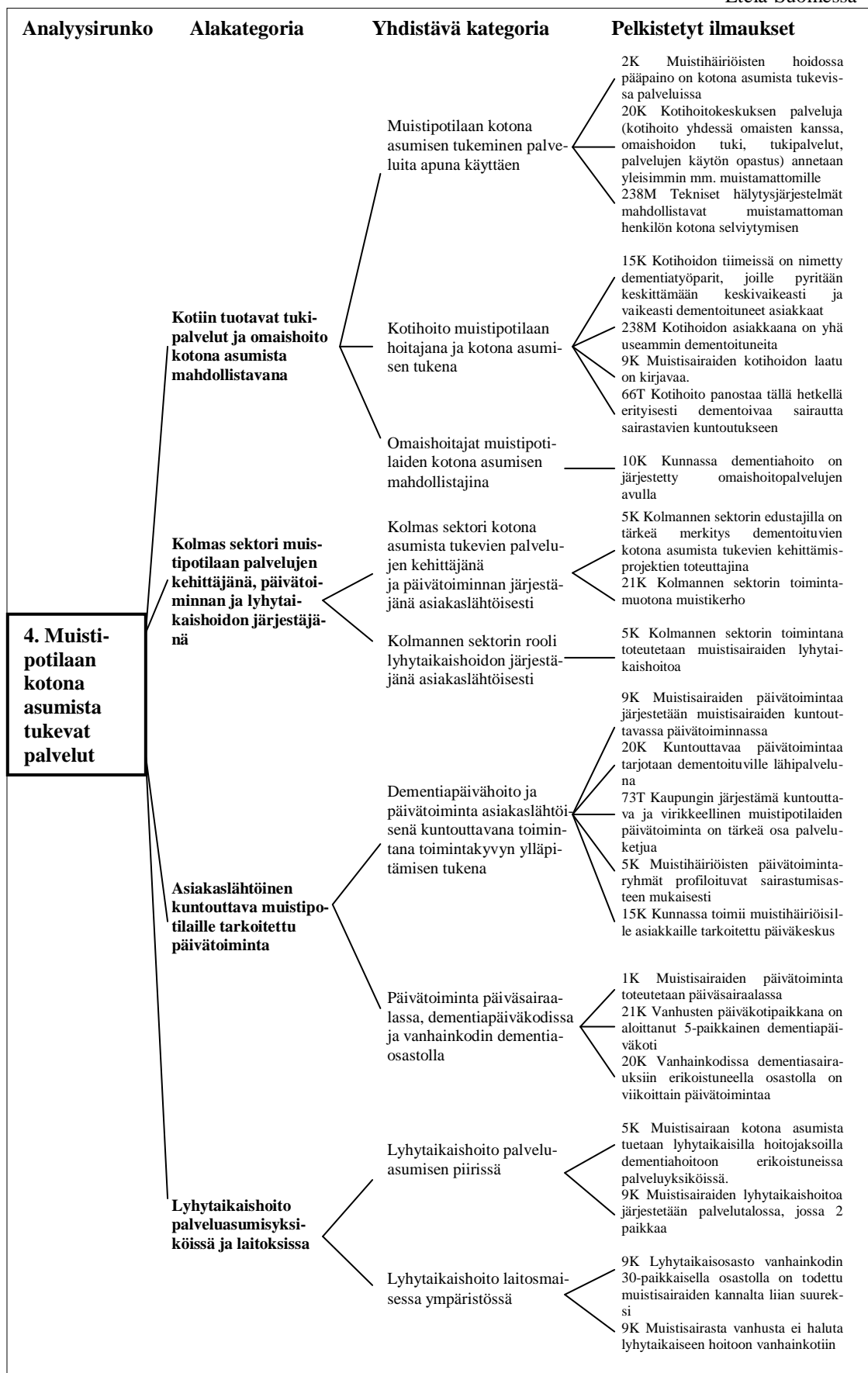
Tekijä, vuosi, maa mistä löytyi	Tarkoitus	Otos, menetelmä ja aineiston-analyysimenetelmä	Keskeiset tulokset
McDonald & Heath 2009 Iso-Britannia Ebsco	Kuvata miten palvelut dementiapotilaille ja heidän omaishoitajilleen on toteutunut kansallisen strategian suositusten mukaisesti maaseutualueella.	n = 3 maakuntaa, joista valtiollista, yksityistä ja vapaaehtoissectoria haastateltu Haastattelu Kvalitatiivinen aineiston analyysi	Dementiapalvelut ovat huonosti kehittyneet verrattain ikääntyneiden palveluihin. Palvelut ovat hyvin hajanaiset, koska ne on kehitetty myös paikallisväestön tarpeiden mukaisesti. Lisäksi yhteistyö eri sektoreiden välillä on heikkoa. Yksityinen ja vapaaehtois-sektori ovat täydentämässä valtiollisen palveluiden puutteita.
Brodsky & Cumming 2010 Australia Manuaali	Kuvata Australian dementiapalvelut.	Rajoitettu katsaus ajankohtaisista hallituksen politiikasta ja olennaisista asiakirjoista.	Dementiaa ennaltaehkäistiin tietoisuuskampanjoiden avulla. Perusterveydenhuollon lääkärit ovat keskeisessä roolissa jatkohoidon ja palveluiden koordinoinnissa. Potilaat voivat saada rahallista tukea lääkitykseen ja kotiin dementiaan erikoistuneet palvelut. Omaishoitajien rooli on huomattava. Dementiaan erikoistuneita pitkäaikaishoidon yksiköitä on vähän. Suunnitteilla on dementiapotilaiden palliatiivisen hoidon yksiköitä elämän loppuvaiheeseen. Poliittiset painotukset ovat kotona asumisen tukemisessa ja omaishoidon arvon tunnustamisessa.
Granö, Tamminen, Eronen, Londén, Siltaniemi 2010 Suomi Manuaali	Selvittää ja kuvata muistisairauksiin liittyvää ajankohtaista tilannetta muistisairauksien huomioimisessa kuntien sosiaali- ja terveystaloudessa, muistisairaiden ja heidän läheistensä hoidon laatua ja saatavuutta, asiakaspalautetta, ammattihenkilöstön osaamista ja tulevaisuutta Suomessa kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon näkökulmasta.	n = 113 kuntaa, vastaajina sosiaali- ja terveydenhuollosta tai vanhustyöstä vastaava johto Kysely Kvantitatiivinen aineiston analyysi	Muistityötä ohjaavat strategiat ovat yleistyneet ja ne huomioivat tutkimuksiin ohjaamisen, diagnosoinnin, palveluasumisen ja ympärivuorokautisen hoidon. Ennaltaehkäisy ja kuntoutus ovat vähemmällä huomiolla. Muistipoliklinikoiden määrä on noussut kunnissa. Systemaattista asiakaspalautetta kerätään vähän. Tukipalveluista kotihoito on parhaiten saatavilla, puutteita eniten on yöhoidossa. Ammattihenkilöstön osaaminen arvioitiin positiiviseksi. Resurssien vastaavuus muistisairaiden ihmisten määrään oli tulevaisuuden haaste

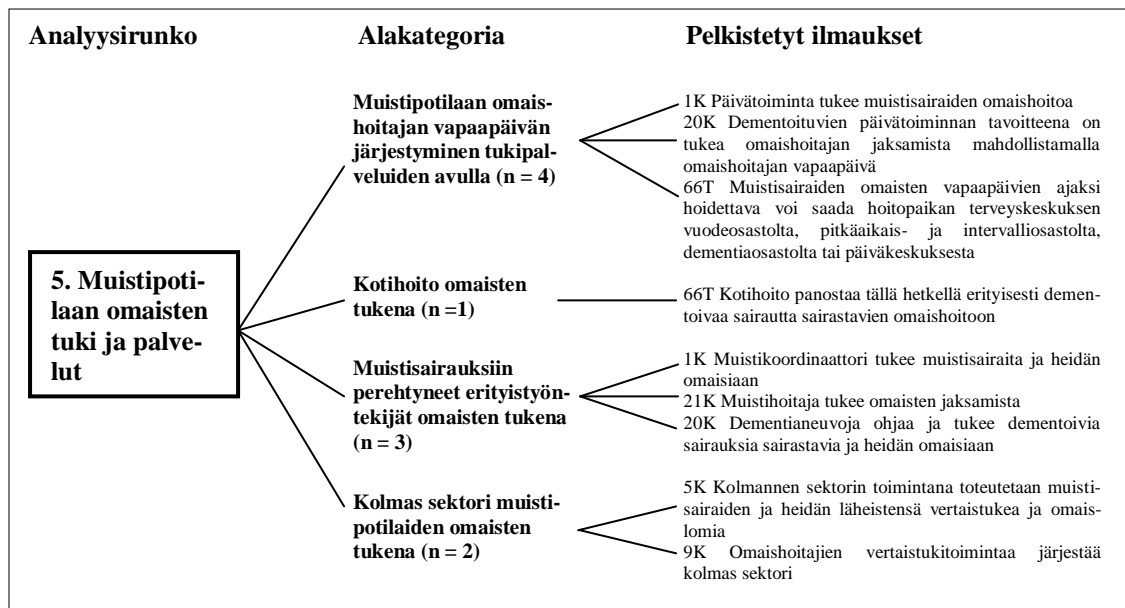
Tekijä, vuosi, maa mistä löytyi	Tarkoitus	Otos, menetelmä ja aineiston-analyysimenetelmä	Keskeiset tulokset
Toljamo & Solovieva 2010 Suomi Medic	Analysoida kuntien voimassaolevat linjaukset ja keinot muistisairaiden ihmisten kotona asumisen tukemiseksi.	n = 100 ikääntymispoliittista strategiaa 94 kunnasta ja kuudesta seutukunnasta Asiakirja-analyysi Kvalitatiivinen aineiston analyysi	Muistineuvolat ovat keskeinen tekijä muistiongelmiin tunnistamisessa ja hoitomallien kehittämisessä. Toimintakyvyn ylläpitämistä tuetaan mm. kotikäynnein, ikäihmisten ja omaisten tukemisella. Sairastuneelle on paljon tukipalveluita, vertaistukiryhmiä järjestetään sekä palvelunohjausta. Yhteistyötä eri toimijoiden kesken palvelujärjestelmän toimimiseksi korostetaan. Sairastuneille on nimetty yhteyshenkilö palvelujen koordinoimiseksi. Omaishoidon kehittämistä korostetaan.

Muistipotilaan hoito- ja palveluketjuanalyysi
Etelä-Suomessa

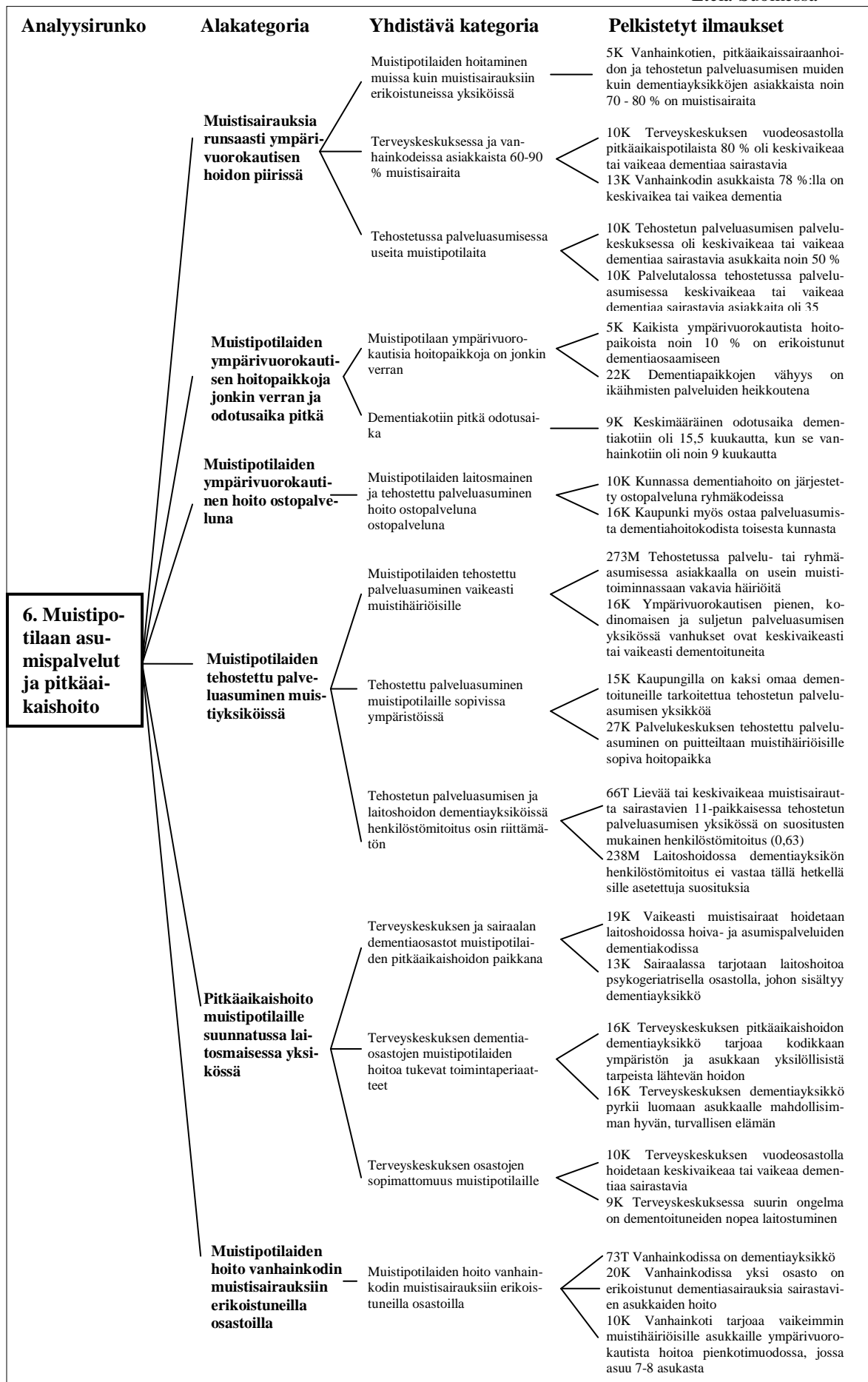


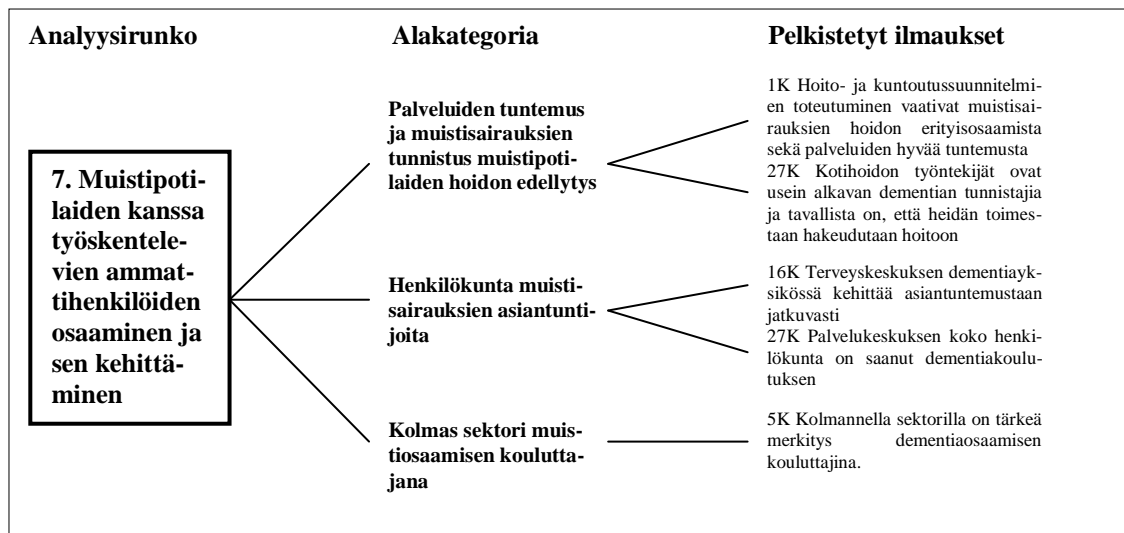
Etelä-Suomi



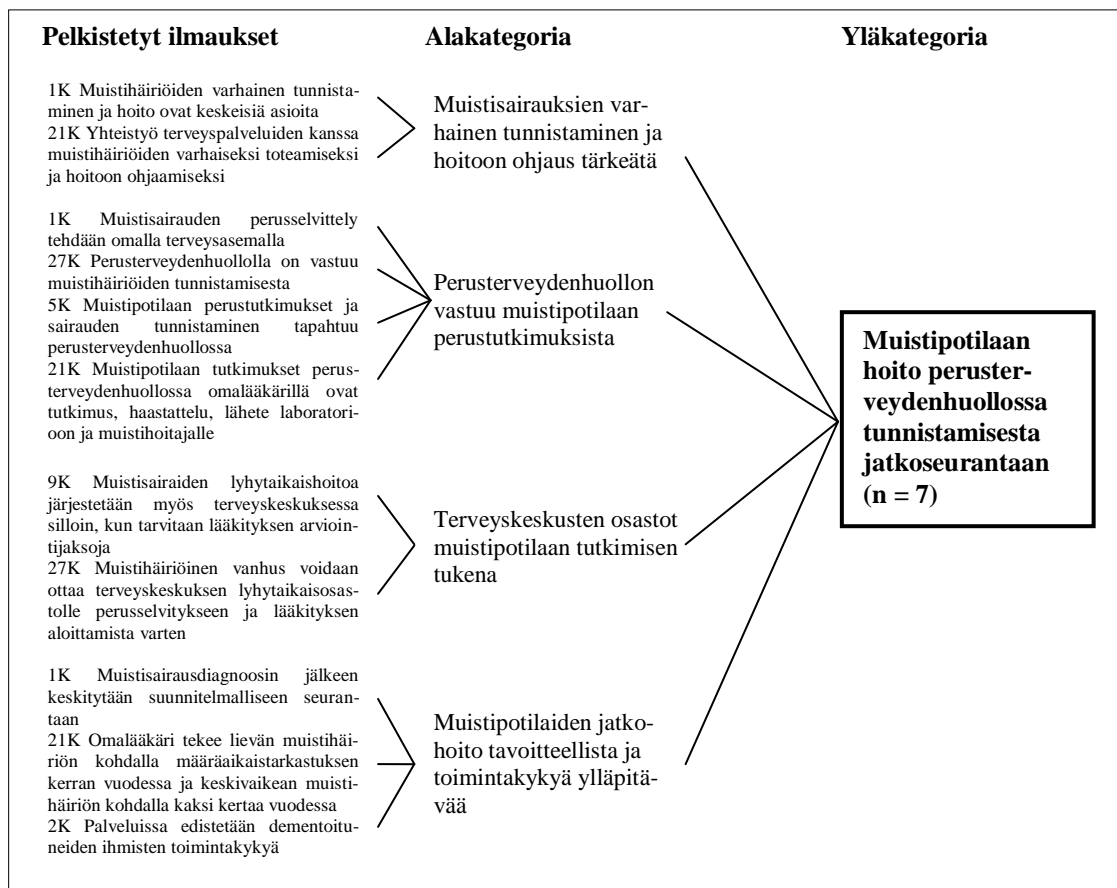


Etelä-Suomi

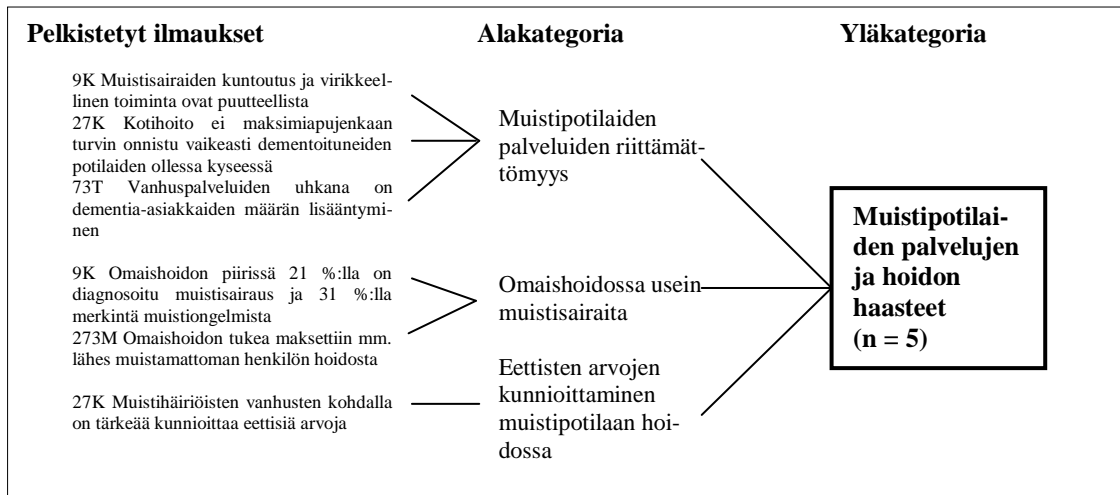
Muistipotilaan hoito- ja palveluketjuanalyysi
Etelä-Suomessa



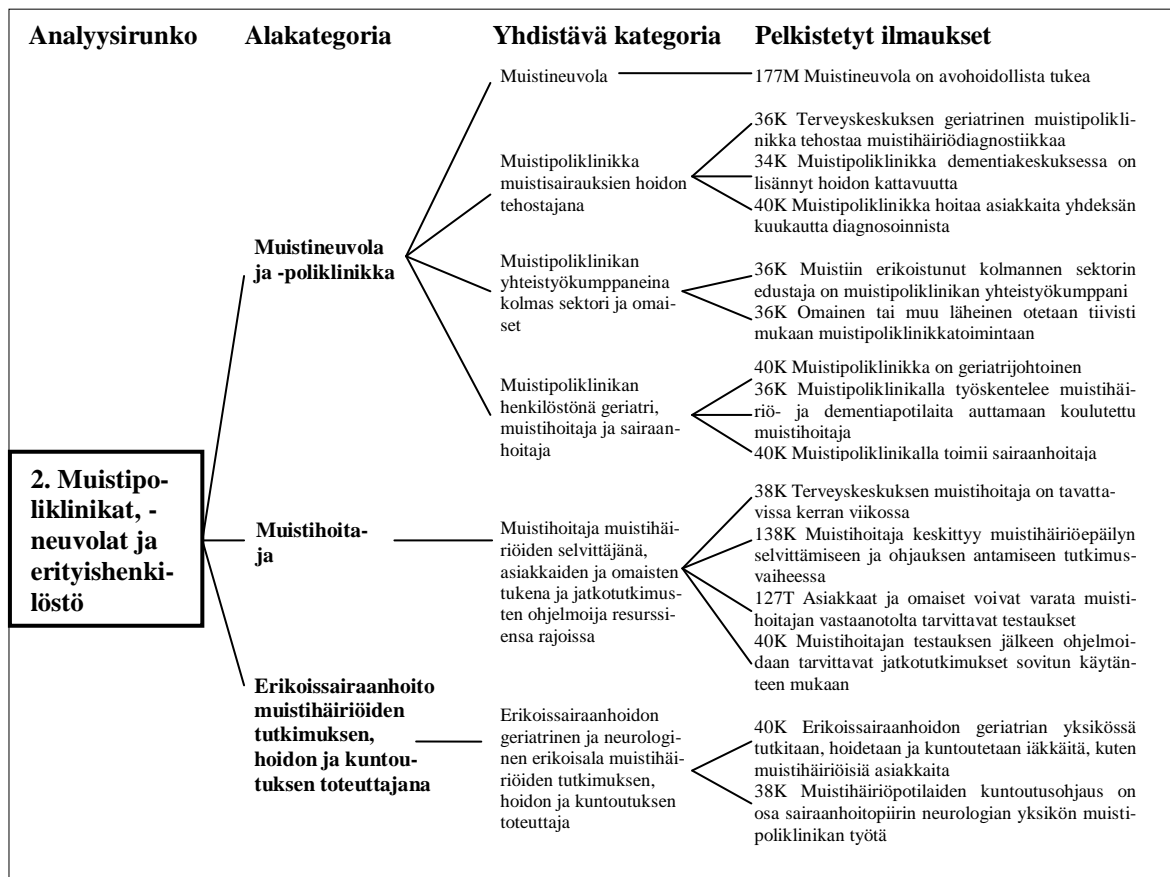
Etelä-Suomi



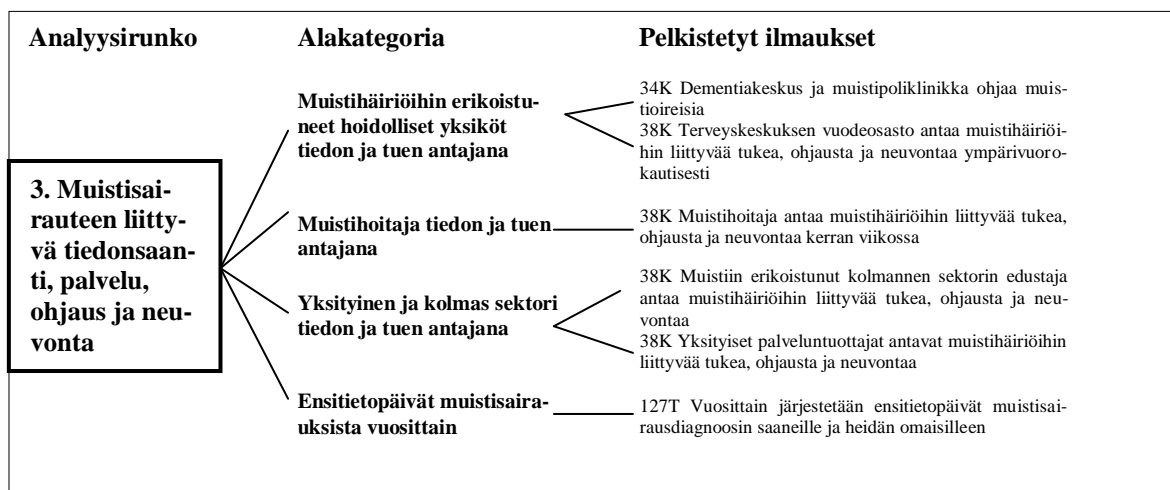
Etelä-Suomi, induktiivinen analyysi



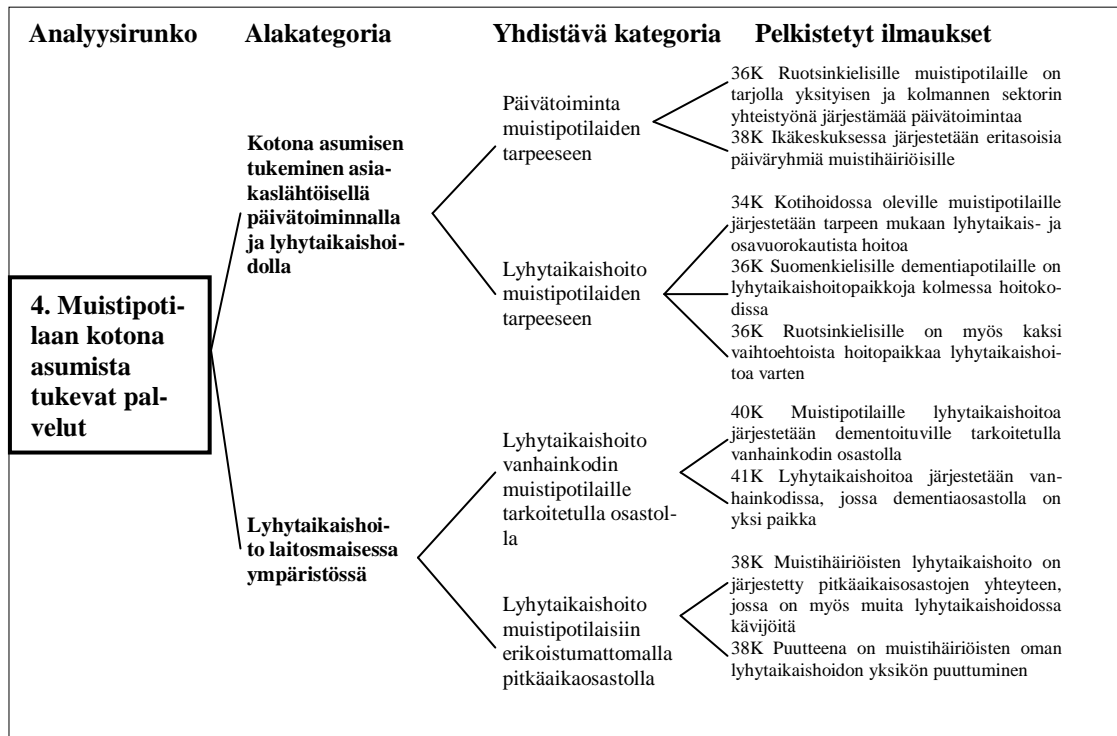
Etelä-Suomi, induktiivinen analyysi



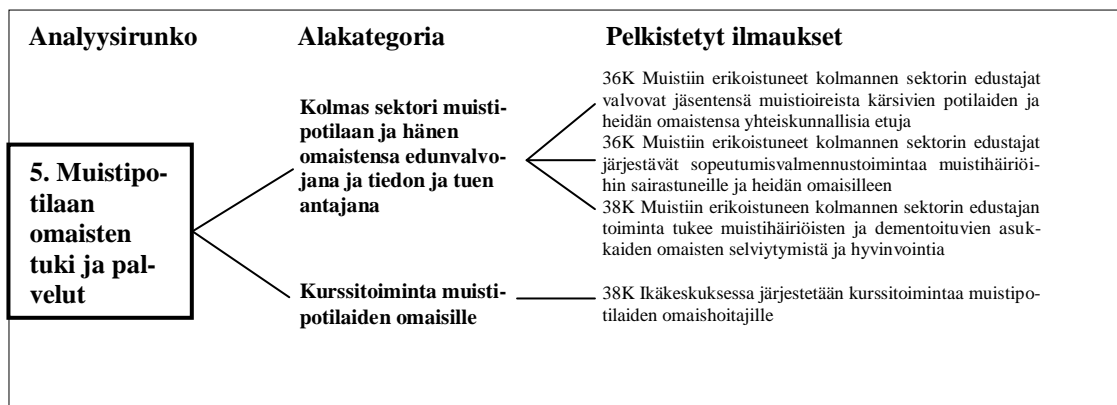
Länsi-Suomi



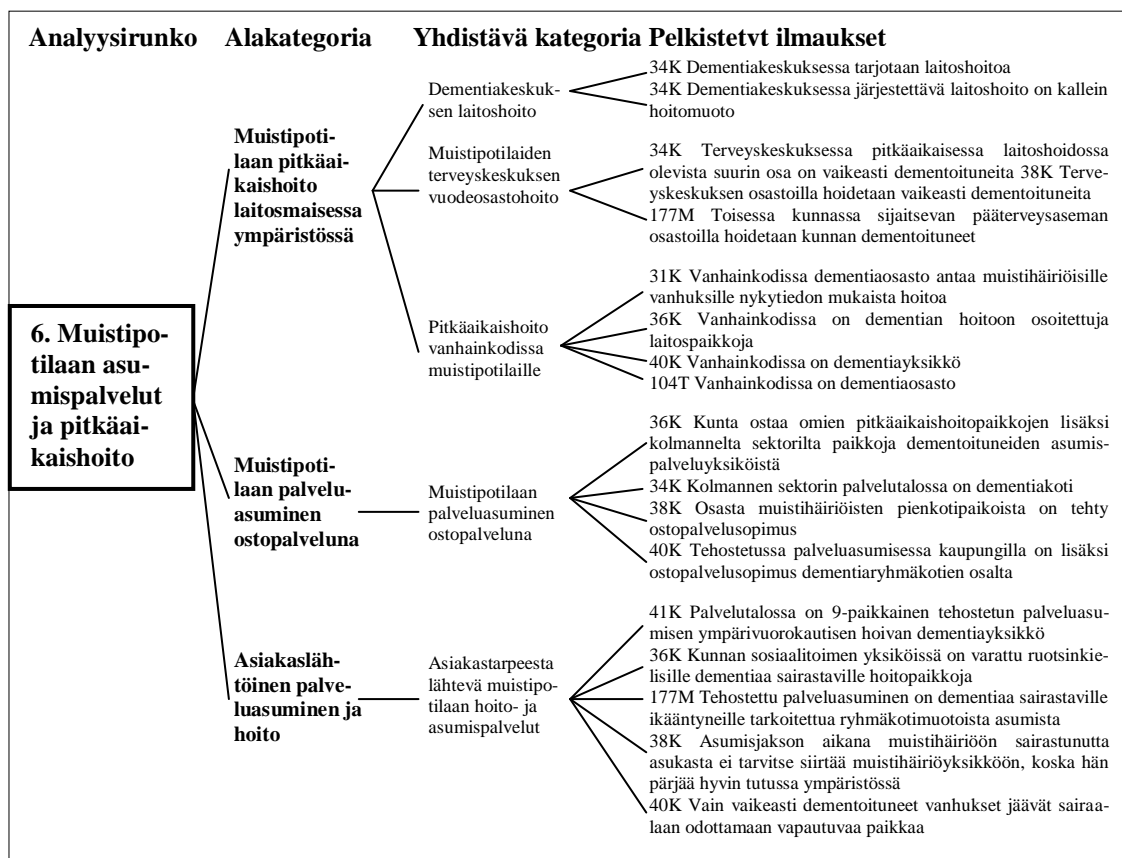
Länsi-Suomi



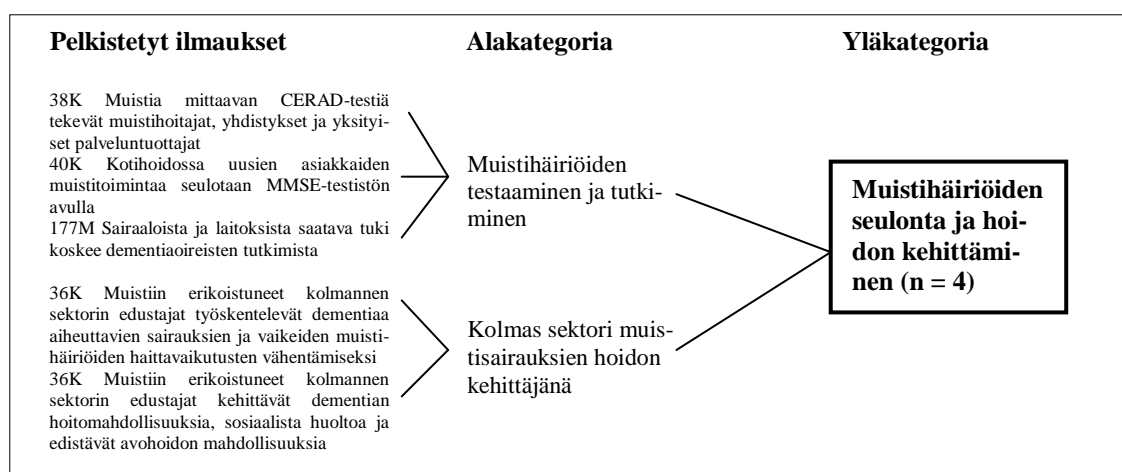
Länsi-Suomi



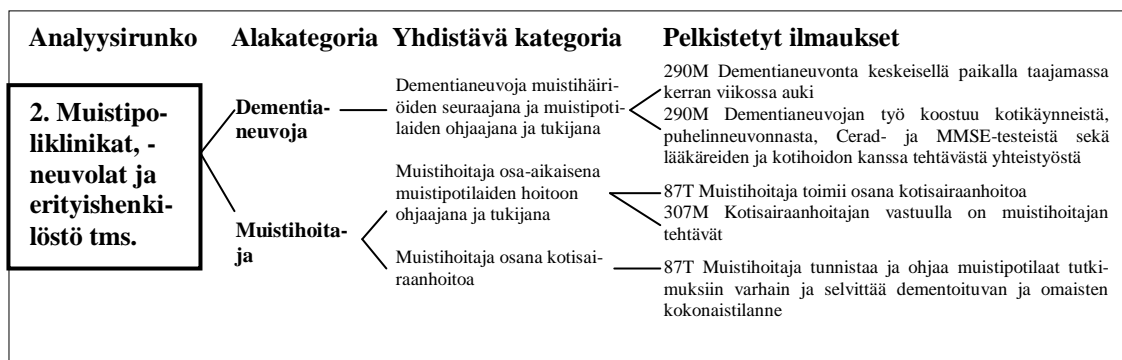
Länsi-Suomi



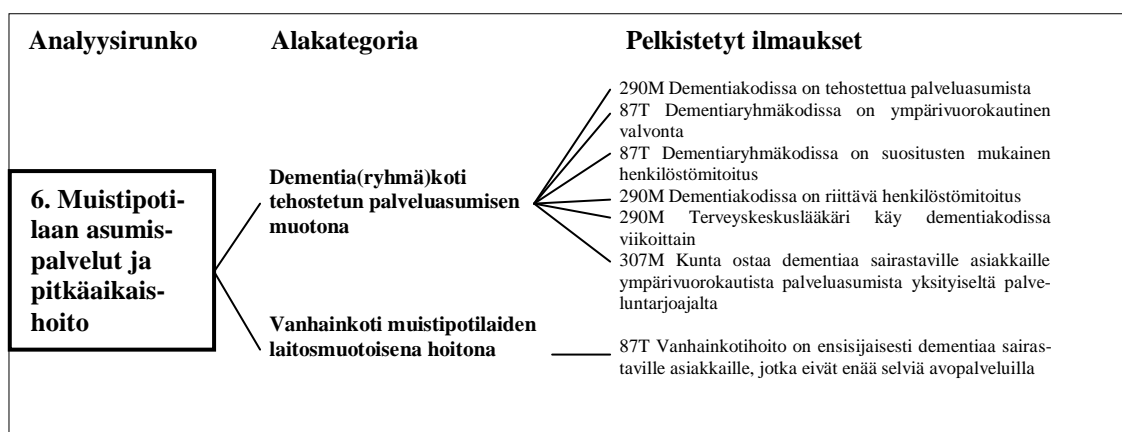
Länsi-Suomi



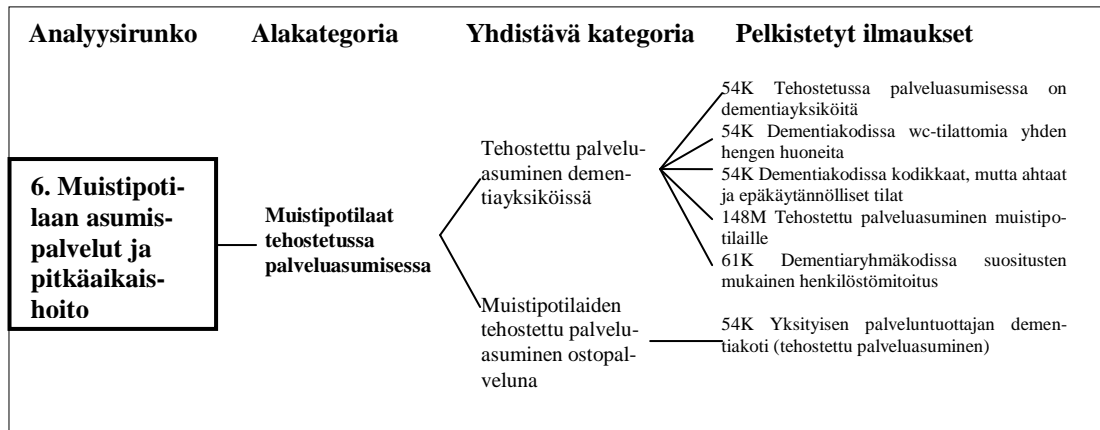
Länsi-Suomi, induktiivinen analyysi



Itä-Suomi



Itä-Suomi



Pohjois-Suomi