

Harriet Finne-Soveri
Kirsti Kuusterä
Anna Tamminen
Sirkkaliisa Heimonen
Olli Lehtonen
Anja Noro

Muistibarometri 2015 ja RAI-tietoa kansallisen muistiohjelman tueksi

RAPORTTI



Raportti 17/2015

Harriet Finne-Soveri, Kirsti Kuusterä, Anna Tamminen, Sirkkaliisa
Heimonen, Olli Lehtonen, Anja Noro

Muistibarometri 2015

ja RAI-tietoa kansallisen muistiohjelman tueksi

Met hoijamma teitä kokonaisina ihmisinä
laavukkaasti. Yritämmä hoitaa teijät
heti ku kerkiämmä (Son se hoitotakuu)

Sallan kunnan toiminta-ajatus (verkossa)



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

© Kirjoittajat ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

ISBN 978-952-302-564-6 (painettu)

ISSN 1798-0070 (painettu)

ISBN 978-952-302-565-3 (verkkojulkaisu)

ISSN 1798-0089 (verkkojulkaisu)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-565-3>

Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy
Tampere, 2015

Lukijalle

Vuoden 2015 muistibarometri toteutettu yhteistyönä, johon on osallistunut tutkimuslaitoksen (THL), järjestöjen (Muistiliitto, Ikäinstituutti, SOSTE Suomen sosiaali- ja terveys ry, Vanhustyön Keskusliitto, Vanhus- ja lähimmäispalvelun liitto ry) sekä Suomen Kuntaliiton edustajia. Muistibarometri on tärkeä osa Kansallisen muistiohjelman toimeenpanoa ja se tuottaa osaltaan tietoa ohjelman tavoitteiden toteutumisesta. Muiltakin osin Kansallisen muistiohjelman toimeenpano rakentuu seurannan ja arvioinnin ympärille. Seurannan tueksi on käynnistetty PERFECT Memory -hanke ja työ avainindikaattoreiden määrittämiseksi on meneillään.

Muistibarometri kertoo palvelujärjestelmän kehittyneen kymmenessä vuodessa pääosin myönteiseen suuntaan. Tärkeimmät kehittämiskohteet liittyvät muistisairaiden kotona asumisen mahdollistamiseen. Kotihoidon suuri haaste on sen sisällön kehittäminen ja kotiin annettavien palvelujen ja muun tuen valikon monipuolistaminen. Vaikuttavuustiedon hyödyntäminen muistisairaiden kotona asumisen lisäämiseksi on hyvin tärkeää. Näyttöä on käytettävä, muuhun ei ole varaa. Tämä edellyttää ammattilaisten osaamisen jatkuvaa kehittämistä. Osaamisen kehittämistä edellyttää myös se, että palvelujärjestelmässä tunnustetaan työikäisten ihmisten muistioireet ja että työikäisenä etenevään muistisairauteen sairastuneiden palveluvalikko vastaa nykyistä paremmin sairastuneiden tarpeita.

Muistibarometri nostaa esille myös sen, että muistisairaana ihmistä kotona hoitavien omaisten ja läheisten hyvinvoinnista on tärkeää pitää huolta. Omaishoitajien tilanteen parantamiseen kiinnittyvät eräät pääministeri Juha Sipilän hallitusohjelman tavoitteet, joita toimeenpannaan niin kärkihankkeena kuin lainsäädäntöä kehittämällä. Erityisen tärkeää on se, että sairastuneiden ja heidän omaistensa ääni kuuluu nykyistä paremmin palvelujen kehittämisessä. Muistiliiton Muistiaktiivien, sairastuneiden ja läheisten työryhmän, työ on juuri sellaista toimintaa, mitä pitäisi olla enemmän. Vain silloin, kun ihminen voi itse osallistua ja vaikuttaa omassa asiassa, voidaan puhua asiakaslähtöisistä palveluista. Asenteilla on valtavasti väliä – sillä, miten muistisairaisiin ihmisiin suhtaudutaan.

Vuoden 2015 Muistibarometrin esiin nostamat kehittämiskohteet ovat hyvä perusta rakentaa palvelujärjestelmää huomioon ottamaan yhä kasvavan muistisairaiden ihmisten joukon tarpeita nykyistä paremmin. Samanaikaisesti on tehtävä työtä aivoterveystien edistämiseksi ja muistisairauksien ennalta ehkäisemiseksi. Näiden aktiviteettien kautta on mahdollista saavuttaa sekä vaikuttavampia palveluja että parempaa taloudellista kestävyyttä.

Helsingissä 9. lokakuuta 2015

Päivi Voutilainen

Johtaja, Kansallisen muistiohjelman toimeenpanon ohjausryhmän puheenjohtaja

Sosiaali- ja terveysministeriö

Tiivistelmä

Harriet Finne-Soveri, Kirsti Kuusterä, Anna Tamminen, Sirkkaliisa Heimonen, Olli Lehtonen, Anja Noro. Muistibarometri 2015 ja RAI-tietoa kansallisen muistiohjelman tueksi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 17/2015 117 sivua. Helsinki 2015. ISBN 978-952-302-564-6 (painettu); ISBN 978-952-302-565-3 (verkkojulkaisu)

Muistisairaudet ovat ryhmä yleistyviä yksilön ja hänen läheistensä elämän mullistavia kansansairauksia, joiden taloudellinen merkitys voi länsimaissa ylittää 1,24 prosenttiin bruttokansantuotteesta. Suomessa se merkitsee noin 2,5 mrd. menoerää vuosittain vuoden 2014 lukujen perusteella. Valtaosa kustannuksista syntyy huolenpidosta ja hoivasta.

Kansallinen muistiohjelma julkaistiin 2012 ja sen tavoitteena on rakentaa yhteisvastuullisesti muistiystävällinen Suomi. Ohjelma koostuu neljästä pääkohdasta, joita ovat 1) aivoterveysten edistäminen, 2) oikeat asenteet aivoterveysten, muistisairauksien hoitoon ja kuntoutukseen 3) hyvän elämänlaadun varmistaminen muistisairaille ihmisille ja heidän läheisilleen oikea-aikaisen tuen, hoidon, kuntoutuksen ja palvelujen turvin ja 4) kattavan tutkimustiedon ja osaamisen vahvistaminen.

Kansallinen muistiohjelma linjaa ohjelman toimeenpanon vastuutahoiksi muun muassa kunnat ja kuntayhtymät, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) sekä järjestöt.

Tämä julkaisu syntyi Sosiaali- ja terveysministeriön aloitteesta osana kansallisen muistiohjelman 2012 - 2020 toimeenpanoa THL:n ja Muistiliiton yhteistyönä. Sen tavoitteena oli:

- esittää muistisairauksien hoidon nykytila kunnissa ja nostaa esiin ajankohtaisia näkökulmia
- arvioida palveluita koskevia muutosten suuntia
- kiinnittää muistityö mm. kansalliseen palvelujärjestelmän rakentamiseen
- olla työväline kansallisen muistiohjelman toimeenpanon seurannassa

Kyselyn uusi aineisto kerättiin huhti-kesäkuussa 2015 webropol kyselynä kunnista. Lisäksi hyödynnettiin aiempia muistiliiton vastaavien barometrien aineistoja vuosilta 2005 ja 2010 sekä THL:n ylläpitämää kansallista RAI-tietokantaa. Kyselyn analyysiin voitiin sisällyttää 135 kuntaa, joista 70 kuului johonkin kuntayhtymään tai yhteistoiminta-alueeseen. Kyselyn peittävyys oli 44,0 prosenttia mahdollisista vastaajatahoista ja 44,8 prosenttia manner-Suomen kunnista. THL:n ylläpitämästä RAI-tietokannasta poimittiin hallitusohjelman painopisteiden mukaisesti (kotihoidon ja omaisten tukeminen) muistisairaiden psyykenlääkkeiden käyttö vanhuspalveluissa sekä säännöllisen kotihoidon muistisairaita asiakkaita hoitavien omaisten kuormitus

ajanjaksolta 1.10.2014 - 31.3.2015. Koska selvityksen peittävyys oli pienehkö, käytettävissä olleet tiedot saattavat edustaa muistisairauksien suhteen edistyneimpiä kuntia ja palveluiden tuottajia.

Tulokset osoittivat, että viimeksi kuluneen kymmenen vuoden aikana havaittavissa oleva kehitys oli pääasiassa toivotun suuntaista, vähäistä tai kohtalaista, ja tapahtunut laajalla rintamalla.

Kehittämiskohteet olivat kotona-asumisen ja vaikuttavan hoidon kannalta kriittisillä alueilla ja niitä tunnistettiin kymmenen.

1. Muistisairaiden henkilöiden erityistarpeiden ja aivoterveysten edistämisen sisällyttäminen lain edellyttämiin kuntasuunnitelmiin.
2. Työikäisinä sairastuneiden henkilöiden tarpeiden tunnistaminen ja huomioiminen.
3. Terveysasemien henkilöstön osaamisen parantaminen koskien muistisairauksien tunnistamista, diagnostiikkaa, hoitoa, kuntoutusta ja asiakkaiden kohtaamista.
4. Sairauden varhainen tunnistaminen ja asianmukaisen lääkityksen aloittaminen sekä psykoosilääkkeiden tarpeettoman käytön välttäminen.
5. Muistisairaiden henkilöiden itsenäisen arjen tukeminen kuljetuspalveluin silloin, kun henkilö ei enää sairautensa vuoksi enää kykene ajamaan autoa tai käyttämään yksin julkisia liikennevälineitä.
6. Kotihoidon yö- ja iltahoidon sekä viikonloppuisin tapahtuvan hoidon välitön lisääminen sairastuneen henkilön ja hänen omaisensa tukemiseksi sekä järjestöjen osaamisen hyödyntäminen kotona asumista tuettaessa.
7. Omaisten jaksamisen tukeminen vuorohoitajaksojen lisäksi myös kotiin annettavan ”lomituspalvelun” avulla.
8. Palveluasumisen monipuolistaminen ja lisääminen, niissä kunnissa, missä palveluasumista ei ole, tai sitä on riittämättömästi.
9. Valtakunnallisen tutkimustiedon hankkiminen niistä kotona asuvista muistisairaista, jotka eivät saa vanhuspalveluita.
10. Palautteen kerääminen asiakkailta ja heidän omaisiltaan ja läheisiltään on lakisääteinen tehtävä ja koskee myös muistisairaita henkilöitä.

Tulokset osoittivat, että palvelurakenteen uudistaminen nykyistä kotihoitopainotteisemmaksi ontuu muistisairaiden osalta, jotka muodostavat yli kaksi kolmasosaa vanhuspalvelujen käyttäjistä. Omaisten jaksamisen tukemisella on kiire. Yhteistyötä kolmannen sektorin ja muidenkin kuin kuntatoimijoiden kesken kannattaa kehittää.

Avainsanat: Muistisairaus, muistioireet, dementia, kuntasuunnittelu, palvelurakenne, vanhuspalvelut

Abstract

Harriet Finne-Soveri, Kirsti Kuusterä, Anna Tamminen, Sirkkaliisa Heimonen, Olli Lehtonen, Anja Noro. Muistibarometri 2015 ja RAI-tietoa kansallisen muistiohjelman tueksi [Memorybarometer and RAI-data to support the National Memory Programme]. National Institute for Health and Welfare (THL). Report 17/2015 117 pages. Helsinki, Finland 2012. ISBN 978-952-302-564-6 (printed); ISBN 978-952-302-565-3 (online publication)

Memory disorders belong to a group of chronic diseases with increasing prevalence and devastating consequences for those who are diseased and those who are their loved ones. The financial impact of these disorders can reach up to 1,24 percent of Gross National Product, in high-economy countries. Based on figures from 2014 this would mean an expenditure of 2,5 billion euro in Finland. Most of this cost originates from care.

The *National Memory Programme 2012-2020* was launched in 2012 with an aim to build a memory friendly Finland, in solidarity. This programme consists of four main points: 1) enhancing brain health 2) correct attitudes towards brain health, care and rehabilitation of memory disorders 3) ensuring quality of life for those with the disease and their near and dear, with timely support, care, rehabilitation, and service together with 4) strengthening the research knowledge and expertise. The National Memory Programme aligns the responsible partners, among other actors, local municipalities and collaborative, National Institute for Health and Welfare (THL) and associations. Ministry of Welfare and Health initiated the creation of this publication as a part of carrying out the National Memory Programme 2012-2020, in collaboration with National Institute for Health and Welfare (THL) and The Alzheimer Society of Finland. The aims of the current publication were:

- to present the status of care in the local municipal areas today, and highlight current viewpoints
- to assess service trends
- to attach work and activities for memory disorders into policies to build up national service systems
- to be used as follow-up tool of the National Memory Programme

New survey data were collected from local municipalities using an online tool between April and June 2015. In addition previous corresponding surveys, conducted by the Alzheimer Society of Finland, in 2005 and 2010, were utilized along with the national RAI-registers held by National Institute for Health and Welfare. The analysis of the new survey included 135 local municipalities. Of those 70 were collaborations formed by several local municipalities, and the total coverage was 44 % of all possible repliers located on mainland, Finland. Data were extracted from the RAI-register held by THL according to the focus points (home care and informal care) of the policy programme of the current government Those data were

collected from 1st of October 2014 to 31st of March 2015 and comprised: 1) the use of psychopharmaca in the elderly care services, and 2) stress of the informal carers, in regular home care services. Due to rather small coverage of the study, there is reason to believe that the available data represent municipalities and service providers with most advanced care for people with the memory disease.

The results showed that the development of the service trends has mainly been more or less positive and moved forward on broad basis during the past 10 years. Issues that need further development were located in critical areas from the point of view of the person's ability to reside at home, and high impact care quality. Ten points were identified.

1. Enhancing brain health and the special needs of the diseased individuals should be included in the municipal plans, required by legislation.
2. Identifying and paying attention to the needs of the individuals with memory disorder in the working age
3. Improving the expertise of the professionals, in the health centres on how to identify, diagnose, care, rehabilitate, and meet persons with memory disorders, and their relatives.
4. Identifying the disease early and initiating appropriate medication for it. Avoiding unnecessary antipsychotic medications.
5. Supporting independent everyday life of the people with memory disease by allowing transportation services when the person in question, due to the disease, is not any more able alone to drive car or use public transport.
6. Increasing immediately formal care during nights and weekends to support the person with memory disease, and his or her informal carer.
7. Supporting the informal carers by delivering respite care at home, in addition to respite care at service houses or nursing homes.
8. Increasing diverse types of service housing in those local areas where this type of care is not available or it is sparse.
9. Obtaining national data of the individuals with memory disease who are not receiving any home care or other public services.
10. Obtaining feedback of the services directly from the clients and their informal carers is stipulated in legislation which covers also the persons with memory disease.

The results show that reforming the service system towards focus in home care, has failed as far as the individuals with memory disease are concerned. These people comprise two thirds of all the clients that receive elderly care services. We need to hasten our support to the informal care givers. Collaboration with the third sector and other actors than public servants need immediate actions.

Key words: Memory disease, dementia, memory disorders, service planning, service structure, services for the aged, elderly care

Kiitokset

Muistibarometriin vastanneet kunnat ja yhteistoiminta-alueet

RAI-järjestelmää käyttävät toimijat ja tahot

Eila Okkonen, toiminnanjohtaja, Muistiliitto

Nina Huikuri, IT assistentti

Teppo Jussmäki, IT suunnittelija, THL

Aleksandr Gerasin, IT suunnittelija, THL

Janne Asikainen, IT suunnittelija, THL

Matti Mäkelä, ylilääkäri, THL

Päivi Voutilainen, johtaja, STM

Satu Karppanen, neuvotteleva virkamies, STM

Työryhmä

Harriet Finne-Soveri, tutkimusprofessori, THL

Sirkkaliisa Heimonen, toimialapäällikkö, Ikäinstituutti

Hannele Häkkinen, erityisasiantuntija, Kuntaliitto

Kirsti Kuusterä, asiantuntija, Muistiliitto

Olli Lehtonen, projektipäällikkö, Muistiliitto

Anja Noro, tutkimusprofessori, THL

Marja Saarenheimo, vanhempi tutkija, Vanhustyön keskusliitto

Anna Tamminen, järjestöjohtaja, Muistiliitto

Sisällys

1 Muistisairaudet valokeilassa	11
1.1 Muistisairaudet maailman valokeilassa	11
1.2 Muistisairaudet Suomen valokeilassa	12
2 Kansallisia linjanvetoja	14
2.1 Vanhuspalvelulaki ja sen toimeenpanon seuranta.....	14
2.2 Kansallinen muistiohjelma ja sen toimeenpanon seuranta.....	15
2.3 Tämän julkaisun tavoitteet.....	16
3 Muistibarometri	17
3.1 Muistibarometri Muistiliiton toiminnassa.....	17
3.2 Muistibarometri 2015 ja muutoksen suuntia.....	17
3.2.1 Muistibarometrin aineisto ja menetelmät	17
3.2.2 Muistisairaudet alueen sosiaali- ja terveystoiminnassa	21
3.2.3 Ensivaiheen palveluiden saatavuus ja laatu.....	28
3.2.4 Palveluiden saatavuus ja laatu ensivaiheen jälkeen.....	32
3.2.5 Tukipalveluiden saatavuus ja laatu.....	37
3.2.6 Omaisten ja läheisten saamien palveluiden saatavuus ja laatu	40
3.2.7 Palveluasumisen, pitkäaikaisen laitoshoidon, palliatiivisen ja saattohoidon saatavuus ja laatu.....	42
3.2.8 Palveluiden koordinaatio ja asiakaspalautteet	46
3.2.9 Henkilöstön osaaminen.....	49
3.2.10 Yhteistyö kolmannen sektorin kanssa	54
3.2.11 Palaute kyselystä	56
3.3 Yhteenveto ja päätelmät muistibarometrin tuloksista	57
4 RAI-järjestelmä kansallisen muistiohjelman tukena	60
4.1 Perustietoa RAI-järjestelmästä.....	60
4.2 Aineisto ja menetelmät	60
4.3 Lääkityksen kipukohtat muistisairailla henkilöillä	61
4.3.1 Muistilääkkeet vanhuspalveluiden muistisairailla asiakkaila	61
4.3.2 Käyttösoireet ja psykoosilääkkeet muistisairailla vanhuspalveluiden asiakkaila	63
4.3.3 Rauhoittavat ja unilääkkeet muistisairailla vanhuspalveluiden asiakkaila.....	66
4.4 Muistisairaita hoitavien omaisten ja läheisten taakka kotihoidossa.....	69
4.5 Yhteenveto ja päätelmät lääkityksestä ja omaisen taakasta	72
5 Yhteenveto ja päätelmät	74
6 Liitteet	79
6.1 Liite 1. Muistibarometrin kysymykset	79

6.2 Liite 2. Muistibarometrin liitetaulukot.....	92
6.3 Liite 3. RAI-tietokannan liitetaulukot.....	108
6.4 Liite 4. Kansallisen muistiohjelman toimeenpanon vastuutahot ja aikataulut	113
Lähteet.....	117

1 Muistisairaudet valokeilassa

1.1 Muistisairaudet maailman valokeilassa

Muistisairaudet ovat joukko eteneviä sairauksia, jotka johtavat dementiaoireyhtymään. Näiden sairauksien ja dementiaoireyhtymän yleisyys kasvaa iän myötä. Siksi väestön vanhenemisen seurauksena molemmat tulevat moninkertaistumaan seuraavina vuosikymmeninä. Maailmassa laskettiin vuonna 2015 olleen 47,5 miljoonaa dementiaa sairastavaa henkilöä ja WHO¹ arvioi sairastuneiden määrän lähes kaksinkertaistuvan vuoteen 2030 ja miltei kolminkertaistuvan vuoteen 2050 mennessä, jolloin dementiaoireyhtymää sairastavia arvellaan olevan jo 135 miljoonaa henkilöä.

Arviot muistisairauksien ja dementian esiintyvyydestä väestössä riippuvat siitä mitkä ikäluokat arviioon lasketaan mukaan ja puhutaanko muistisairauksista (joita on enemmän) vai dementiasta (johon muistisairaudet johtavat ja jota on vähemmän). Esimerkiksi WHO arvioi dementian esiintyvyyden 60 vuotta täyttäneillä olevan 5-8 prosenttia² ja Yhdysvallat 14,7 prosenttia 70 vuotta täyttäneistä³. Joka vuosi arvellaan maailmassa ilmaantuvan 7,7 miljoonaa uutta dementiatapausta.

Muistisairauksilla ja erityisesti dementialla on suuri taloudellinen merkitys sillä niiden aiheuttama hoivan ja huolenpidon tarve ylittää monin verroin esimerkiksi diagnostiikan tai lääkehoidon kustannukset. Arviot muistisairauksien kokonaiskustannuksista riippuvat siitä, miten omaishoidon kustannukset on huomioitu. Viimeisten arvioiden mukaan dementian yhteiskunnalliset kustannukset maailmassa olisivat 604 biljoonaa USD. Länsimaissa kustannusten arvioidaan yltävän jopa 1,24 prosenttiin bruttokansantuotteesta.

Sekä OECD⁴ että WHO⁵ ovat ottaneet näkyvästi kantaa dementiaan. OECD painottaa suosituksissaan, että yhteiskunnan ja terveydenhuollon tulee tukea nykyistä enemmän sekä sairastuneita että heidän perheitään. Kehittämistarpeiksi luetellaan diagnoosin aikaistaminen, omais- ja läheishoitajien levon tarve, ammattihenkilöstön osaamisen kehittäminen, hoidon laatu, hoidon koordinointi ja

¹ Alzheimer's Disease International. Policy Brief for G8 Heads of Government. The Global Impact of Dementia 2013-2050. London: Alzheimer's Disease International; 2013. 2. World Health Organization. Dementia: A public health priority. Geneva: World Health Organization; 2012.

² <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/>

³ Hurd MD, Martorell P, Delavande A, Mullen KJ, Langa KM. Monetary Costs of Dementia in the United States. N Engl J Med 2013;368:1326-34. DOI: 10.1056/NEJMs1204629

⁴ [http://www.oecd-](http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8115041e.pdf?expires=1435311755&id=id&accname=oid013683&checksum=E171E4C598B4C57CD60098E9E92E20ED)

[ilibrary.org/docserver/download/8115041e.pdf?expires=1435311755&id=id&accname=oid013683&checksum=E171E4C598B4C57CD60098E9E92E20ED](http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8115041e.pdf?expires=1435311755&id=id&accname=oid013683&checksum=E171E4C598B4C57CD60098E9E92E20ED)

⁵ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/>

saattohoito. OECD ottaa kantaan myös valvontaan ja kannustimiin toteamalla, että niiden nykyisiä mekanismeja tulee tarkistaa hyvän dementiahoidon ja tutkimustyön mahdollistamiseksi. WHO on samoilla linjoilla ja puolestaan järjesti maaliskuussa 2015 yhteistyössä OECD:n ja Iso-Britannian terveystieteiden ministeriön kanssa korkeantason foorumin, jonka aiheena oli dementiaan tarttumisen kaikkialla maailmassa (First WHO Ministerial Conference on Global Action Against Dementia). Kolmas merkittävä maailmanlaajuinen toimija on Alzheimer's Disease International (ADI)⁶ alueellisine verkostoineen. Muistiliitto on ADI:n jäsen.

1.2 Muistisairaudet Suomen valokeilassa

Kuusikymmentä vuotta täyttäneiden lukumäärä oli huhtikuussa 2015 yhteensä 1 450 855 ja 70 vuotta täyttäneiden 708 793 henkilöä⁷. Dementiaa sairastavien lukumäärä Suomessa olisi tämän perusteella WHO:n ja Yhdysvaltojen tapaan arvioituna yhteensä 102 - 116 000 henkilöä. Muistipulmat koskevat kuitenkin suurempaa ihmismäärää. Kansallisten arvioiden mukaan tiedonkäsittelyn lievä heikentyminen Suomessa noin 200 000 henkilöllä ja lievää muistisairautta ilman dementiaa sairastaa noin 100 000 henkilöä. Keskivaikeaa tai vaikeaa muistisairautta sairastavia oli arvioiden mukaan vuonna 2013 noin 93 000 henkilöä. Uusien sairastuneiden lukumääräksi on Suomessa arvioitu noin 14 500 yli 64-vuotiaasta vuodessa⁸. Suurten ikäluokkien ikääntyessä lukumäärät kasvavat. Muistisairaudet ovat yleisin toiminnanvajausten ja palvelutarpeen syy iäkkäillä henkilöillä ja ne ovat myös tärkein syy kotoa palvelutaloon tai vanhainkotiin hakeutumiseen elämän viimeisinä vuosina.

Kognition vaje esiintyy lähes kaikilla vanhuspalvelujen asiakkailta (kuviot). Vaikka aivojen älyllisen vajeatoiminnan taustalla voi vaikuttaa muitakin tekijöitä kuin etenevä muistisairaus (esimerkiksi vaikea masennus, psykoosi tai akuutti tai pitkittynyt sekavuus), taustalta löytyy useimmiten myös muistisairauden diagnoosi. Keväällä 2015 vanhuspalveluiden asiakkaista muistisairauden diagnoosi oli

- 40 prosentilla säännöllisen kotihoidon asiakkaista
- 75 prosentilla vanhainkotien ja tehostetun palveluasumisen asukkaista
- 62 prosentilta terveyskeskuksen pitkäaikaisosastojen asukkaista⁹.

Tämän perusteella ympärivuorokautisen hoidon kustannuksista Suomessa vuonna 2015 vähintään 72 prosenttia on muistisairauksien kustannuksia. Jos Suomessa

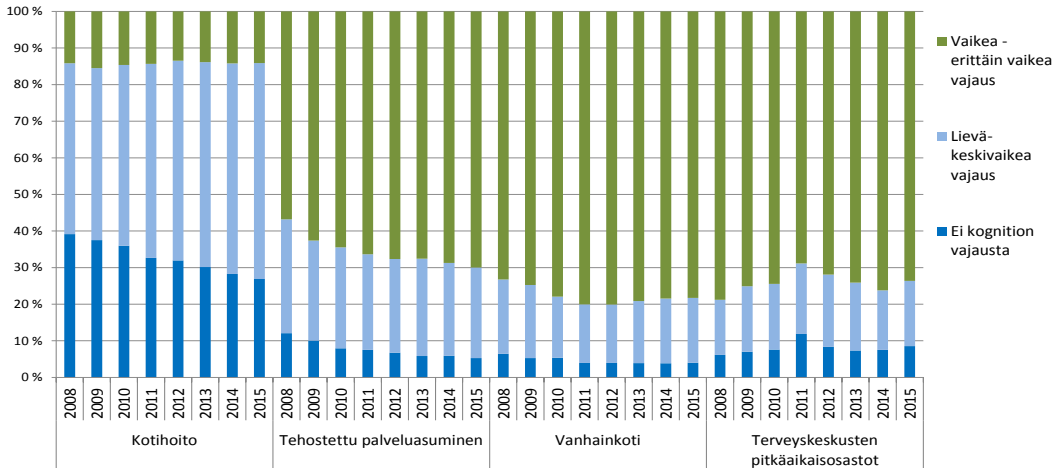
⁶ <http://www.alz.co.uk/>

⁷ http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin__vrm__vaerak/?tablelist=true

⁸ Viramo, P. & Sulkava, R. 2015: Muistisairauksien epidemiologia. Teoksessa Erkinjuntti et al. (toim) Muistisairaudet. Duodecim, Helsinki.

⁹ Lähde:RAI-tietokanta, THL

vuoden 2014 bruttokansantuotteesta (204 Mrd. euroa¹⁰) 1,24 prosenttia on muistisairauden kustannuksia, merkitsee se 2,5 Mrd euron menoerää vuodessa. Suomessa kuten muuallakin maailmassa menot koostuvat pääasiallisesti hoivasta ja huolenpidosta.



Kuvio 1. Kognition vajuksen osuus (%) vanhuspalveluiden asiakkailta 2008 – 2015

Kuvio 1. osoittaa, että vanhusten ympärivuorokautista hoivaa tarjoavien asumispalveluiden asiakkaista lähes kaikki (95 %) ovat muistioireisia vaikka diagnoosi on asetettu ”vain” kolmelle neljältä.

Vaikka valtaosa muistipotilaista on iäkkäitä, kannattaa pitää mielessä, että muistisairaudet koskettavat myös työikäistä väestöä. Arviolta 7000 30–65-vuotiaasta sairastaa etenevää muistisairautta.¹¹ Muistisairaudet ovat myös määrältään merkittävä työikäisiä koskeva neurologinen sairaus, esimerkiksi MS-tautia sairastaa arviolta 7000¹² ja Parkinsonin tautia 14 000¹³ suomalaista

¹⁰ Tilastokeskuksen ennuste vuodelle 2014. Löydettävissä http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk_kansantalous.html

¹¹ Viramo, P. & Sulkava, R. 2015: Muistisairauksien epidemiologia. Teoksessa Erkinjuntti et al.(toim) Muistisairaudet. Duodecim, Helsinki.

¹² Neuroliiton arvio

¹³ Suomen Parkinson-liiton arvio

2 Kansallisia linjanvetoja

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012)¹⁴, eli lyhemmin *vanhuspalvelulaki*, ohjaa kuntia tukemaan ikääntyneiden kotona asumista. Lain muutos vuoden 2014 lopussa (14 a § 30.12.2014/1351) tarkentaa laitoshoitoon pääsyn kriteereitä siten, että kunta voi vastata iäkkään henkilön palveluntarpeeseen pitkäaikaisella laitoshoidolla vain, jos siihen on lääketieteelliset tai asiakas- tai potilasturvallisuuteen liittyvät perusteet. Tämän seurauksena lähes kaikki ikääntyneet tulevat asumaan elämänsä loppuun asti joko kotonaan tai palvelutalossa. Pysyvä vanhainkodissa tai terveyskeskuksen vuodeosastolla asuminen tulee katoamaan. Kotona asumisen tukena on palvelujärjestelmä ja/tai omaisten ja läheisten apu.

Toukokuussa 2015 julkistettu hallitusohjelma on valinnut iäkkäiden osalta kärkikohteikseen iäkkäiden kotona asumisen, omaishoidon ja sukupolvien välisen yhteyden. Muistisairaana henkilön kotona asuminen edellyttää palvelujärjestelmältä, kolmannelta sektorilta sekä muulta yhteiskunnalta näiden sairauksien nykyistä suurempaa ymmärtämistä, osaamista ja joustavia palveluita.

Vanhuspalvelulaki on laadittu hyvän hoidon varmistamiseksi ja lain kanssa linjassa toimii vuonna 2013 ilmestynyt laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi¹⁵.

Kansallinen muistiohjelma puolestaan laadittiin STM:n johtamana vuonna 2012¹⁶ ja sen toimeenpanosuunnitelma viimeisteltiin vuonna 2015¹⁷.

2.1 Vanhuspalvelulaki ja sen toimeenpanon seuranta

Vanhuspalvelulaki sisältää useita muistisairaiden kannalta oleellisia kannanottoja. Kuntien tulee laatia suunnitelmat iäkkään väestön tukemiseksi (§5) ja tehdä yhteistyötä julkisten tahojen lisäksi muun muassa järjestöjen kanssa (§4). Palvelujen riittävyys, laatu ja saatavuus / saavutettavuus (§ 6-7) sekä asiantuntijuus (§10) tulee varmistaa. Ennen kaikkia yksilöllinen palvelutarpeen arvioiminen sen laajassa merkityksessä, hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen sisältäen kuntoutussuunnitelman sekä laitoshoitoon ohjaamisen kriteerit (§13 - 17) saattavat olla lainkohtia, jotka koskevat useammin iäkkäitä muistisairaita kuin muita

¹⁴ <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

¹⁵ <http://stm.fi/iakkaiden-palvelut>

¹⁶ <https://www.julkari.fi/handle/10024/111919>

¹⁷ www.thl.fi ja Liite 4

ikäntyneitä, sama koskee pykälää 25 (Ilmoittaminen ikääntyneen henkilön palveluntarpeesta). Tästä laista ei kuitenkaan ole juuri hyötyä työikäisenä sairastuneille.

Vanhuspalvelulain toimeenpanon seuranta vastuutettiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle 2013 - 2014 yhdessä Valviran kanssa. Siinä kartoitettiin kuntien ja palveluntuottajien tilanne vanhuspalvelulain näkökulmasta ensimmäisen kerran vuonna 2013 ennen lain voimaantuloa¹⁸ ja toisen kerran vuonna 2014 lain voimaantulon jälkeen¹⁹. Kyselyyn vastasivat kaikki Suomen kunnat, kuntayhtymät ja yhteistoiminta-alueet.

2.2 Kansallinen muistiohjelma ja sen toimeenpanon seuranta

Kansallisen muistiohjelman²⁰ tavoitteena on rakentaa yhteisvastuullisesti muistiystävällinen Suomi. Ohjelma koostuu neljästä pääkohdasta, joita ovat:

1. Aivoterveysten edistäminen
2. Oikeat asenteet aivoterveysten, muistisairauksien hoitoon ja kuntoutukseen
3. Hyvän elämänlaadun varmistaminen muistisairaille ihmisille ja heidän läheisilleen oikea-aikaisen tuen, hoidon, kuntoutuksen ja palvelujen turvin
4. Kattavan tutkimustiedon ja osaamisen vahvistaminen

Kansallinen muistiohjelma linjaa ohjelman toimeenpanon vastuutahoiksi kunnat ja kuntayhtymät, erityisvastuualueet ja sairaanhoitopiirit, Työterveyslaitoksen, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen sekä yliopistot ja muut tutkimus- ja oppilaitokset. Lisäksi vastuutahona mainitaan järjestöt.

Kansallisen muistiohjelman pääkohdat on jaettu useiksi alatavoitteiksi, joista muistioireiden tunnistaminen, tutkimuksiin ohjaaminen ja diagnosointi ovat varhaisessa vaiheessa aloitettavan lääke- ja muun hoidon kulmakiviä. Muistisairaille suunnitellut yhtenäiset hoidon ja kuntoutuksen palvelupolut, jotka turvaavat muistisairaiden yhdenvertaisuuden ovat tärkeitä alatavoitteita. Muita alatavoitteita ovat asiakkaiden terveydentilan, toimintakyvyn ja voimavarojen monipuolinen arviointi sekä toimintakyvyn ja kuntoutumisen ylläpitäminen ja edistäminen. Lisäksi mainitaan käytösoireiden hallinta, oheissairauksien hyvä hoito sekä hyvä palliativinen ja saattohoito sitten kun sen aika on.

¹⁸ Noro ja Alastalo (toim) Vanhuspalvelulain 980/2012 toimeenpanon seuranta. Tilanne ennen lain voimaantuloa vuonna 2013 Raportti 13/2014Löydettävissä

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116151/URN_ISBN_978-952-302-169-3.pdf

¹⁹ <http://www.thl.fi/attachments/vanhuspalvelulainseuranta/index.html>

²⁰ <https://www.julkari.fi/handle/10024/111919>

Kansallisen muistiohjelman toimeenpanon seurantasuunnitelma valmistui keväällä 2015 ja sisältää yhteensä 40 eri vastuutahoille suunnattua toimenpidekohtaa (Liite 2). Näistä yksi on THL:n ja Muistiliiton yhteistyössä tässä toimittama muistibarometri.

2.3 Tämän julkaisun tavoitteet

Tämän julkaisun tavoitteena on 1) esittää muistisairauksien hoidon nykytila kunnissa ja erityisesti vanhuspalveluissa, 2) nostaa esiin ajankohtaisia näkökulmia ja 3) arvioida erityisesti palveluita koskevia muutosten suuntia. Lisäksi tavoitteena on 4) kiinnittää muistityö laajempaan kansalliseen kontekstiin sekä 5) toimia työvälineenä kansallisen muistiohjelman toimeenpanon seurannassa. Tuloksia voi hyödyntää tavoitteiden asettamisessa ja kuntien ja alueiden kehittämistyössä sekä toimijoiden välisen työnjaon kehittämisessä.

3 Muistibarometri

3.1 Muistibarometri Muistiliiton toiminnassa

Muistiliitto (aiemmin Alzheimer-keskusliitto) on seurannut muistityön tilaa kunnissa 1996 kuntaselvityksellä ja vuodesta 2000 lähtien viiden vuoden välein toteutetuilla muistibarometreilla. Kuntien sosiaali- ja terveysjohdolle suunnatuilla kyselyillä on selvitetty näkemyksiä mm. kuntien/kuntayhtymien muistisairaille ihmisille suunnattujen palvelujen saatavuudesta ja laadusta, palveluja ohjaavista strategioista ja ohjelmista, ammattihenkilöstön osaamisesta sekä yhteistyöstä yhdistyskentän kanssa.

Barometreissa on pysyvien kysymysten rinnalla nostettu esiin ajankohtaisia teemoja, esimerkiksi 2005 ammattihenkilöstön osaaminen ja 2010 työikäisenä sairastuneille tarjolla olevat palvelut. Vuoden 2015 barometrissa kiinnitetään huomiota kansallisen muistiohjelman seurantaan ja hoitoon kuoleman lähestyessä. Barometrin tavoitteena on kautta vuosien ollut tukea kuntia sekä Muistiliittoa ja sen jäsenyhdistyksiä muistisairaiden ihmisten ja omaishoitajien palveluiden kehittämisessä.

3.2 Muistibarometri 2015 ja muutoksen suuntia

3.2.1 Muistibarometrin aineisto ja menetelmät

Muistibarometri 2015 on toteutettu Sosiaali- ja terveysministeriön aloitteesta Muistiliiton ja THL:n yhteistyönä. Tämänkertaisen muistibarometrin tarkoituksena oli kuvata laajasti muistisairaiden hoitoa muuttuvassa palvelujärjestelmässä. Aikavertailua varten käytiin läpi vanhuspalvelulain toimeenpanon seurantatutkimuksen kysymykset vuosilta 2013 ja 2014 sekä Muistiliiton aiempien barometrien kysymykset. Vastaajien työmäärän rajaamiseksi muistibarometrin kysymysvalikko pyrittiin pitämään rajattuna mutta mahdollistamaan seurannan.

Verkkokyselyyn osallistuneiden kuntien edustajat värvättiin lähettämällä sähköpostikutsu huhtikuussa 2015 kaikkiin manner-Suomen kuntiin sekä vanhuspalveluita järjestäville kuntayhtymille ja yhteistyöalueille. Mahdollisia vastaajatahoja oli yhteensä 209 kun kuntayhtymät ja yhteistoiminta-alueet oli huomioitu. Osoitteena käytettiin vanhuspalvelulain toimeenpanon seurantaa varten syyskuussa 2014 päivitettyä kunnan yhdyshenkilöiden sähköpostiosoitteistoa. Jos vastaajalta tuli automaattinen muu kontaktiosoite, osallistumiskutsu lähetettiin hänelle. Kolmen kunnan potentiaalista osallistujaa ei tavoitettu. Osallistumiskutsussa oli osallistumisohjeet ja linkki werbropolkyselyyn.

Sähköpostitse tavoitetun henkilön toivottiin osoittavan kyselyn niille, jotka parhaiten kykenivät siihen vastaamaan ja halutessaan vastaavan ryhmänä. Kutsut lähetettiin 23.4.2015 ja muistutukset 5.6.2015 niihin osoitteisiin, jotka vielä tuolloin eivät olleet vastanneet.

Vastaajia oli 94. Kyselyyn osallistui 136 kuntaa, joista 70 kuului johonkin kuntayhtymään tai yhteistoiminta-alueeseen. Yksi kunta poistettiin kahden toisistaan eriävän vastauksen vuoksi. Lopullinen kuntien lukumäärä oli 135 kuntaa. Kyselyn peittävyys oli 44,0 prosenttia mahdollisista vastaajatahoista ja 44,8 prosenttia manner-Suomen kunnista.

Osallistuneet yhteistyötä tekevät alueet on esitetty taulukossa 1 alueen ilmoittamalla tavalla. Kuntien yhteistyöllä oli erilaisia malleja ja osa kunnista oli joko yhdistynyt tai aloittanut yhteistyönsä hiljattain ja vastaaja osasi tai halusi arvioida muistisairaiden palveluita vain oman kuntansa osalta. Taulukon 1 vastaajat luettelivat ne kunnat, joiden puolesta vastaus oli annettu. Koska alueelta eri edustajat saattoivat vastata vain yhden kunnan puolesta, samalta yhdeltä yhteistoiminta-alueelta saattoi tulla useampia vastauksia. Vastaajataho edusti siis joko yhtä kuntaa erikseen, rypästä kuntayhtymästä, yhteistoiminta-alueesta tai sosiaali- ja terveystieteistä tai kaikkia yhteistyötä keskenään tekeviä kuntia. Yksittäisinä kuntina vastanneet on lueteltu taulukossa 2 ja kuntapeittävyys on annettu kuviossa 2.

Taulukko 1. Osallistuneet kuntayhtymät ja yhteistoiminta-alueet

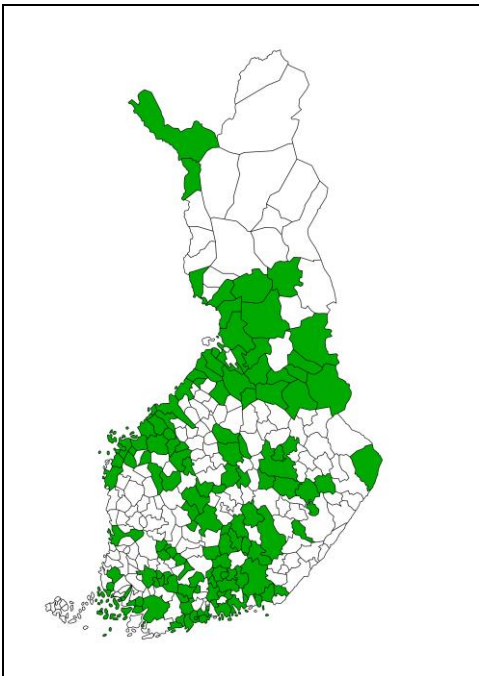
Kuntayhtymä, sosiaali- ja terveystyöpiiri, tai yhteistoiminta-alue	Vastausten kattamat kunnat	Lm
Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymä	Forssa, Humpplila, Jokioinen, Tammela, Ypäjä	5
Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä	Enonkoski, Sulkava	2
Juupajoen ja Mänttä-Vilppulan sosiaali- ja terveystoimen yhteistoiminta-alue	Juupajoki, Mänttä-Vilppula	2
Järvi-Pohjanmaan yhteistoiminta-alue	Alajärvi, Soini, Vimpeli	3
Kainuun sosiaali- ja terveystyöpiiri	Hyrnsalmi Kajaani, Kuhmo, Paltamo, Ristijärvi, Sotkamo, Suomussalmi	7
Kalajoen ja Merijärven yhteistoiminta-alue	Kalajoki, Merijärvi	2
Kokkolan ja Kruunupyyn sosiaali- ja terveystyöpiiri	Kokkola, Kruunupyö	2
Kuntayhtymä Kaksineuvoinen	Evijärvi, Kauhava, Lappajärvi	3
Muonio-Enontekiön kuntayhtymä	Enontekiö, Muonio	2
Mustijoen perusturvan yhteistoiminta-alue	Mäntsälä, Pornainen	2
Oulunkaaren kuntayhtymä	Ii, Pudasjärvi, Simo, Utajärvi, Vaala	5
Peruspalvelukeskus Oiva	Asikkala, Hollola, Hämeenkoski, Kärkölä Padasjoki	5
Perusturva kuntayhtymä Karviainen	Karkkila, Vihti	2
Pietarsaaren seudun yhteistoiminta-alue	Luoto, Pedersören kunta, Pietarsaari, Uusikaarlepyy	4
Pirkkalan ja Vesilahden kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alue	Pirkkala, Vesilahti	2
Porin perusturvan yhteistoiminta-alue	Pori, Lavia	1
Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöpiiri/peruspalvelukeskus Aava	Hartola, Iitti, Myrskylä, Nastola, Orimattila, Pukkila, Sysmä	7
Raahan seudun hyvinvointi kuntayhtymä	Pyhäjoki, Raahe, Siikajoki	3
Raision ja Ruskon yhteistoiminta-alue	Raisio, Rusko	2
Riihimäen seudun tk-kuntayhtymä	Loppi	1
Sisä-Savon terveydenhuollon kuntayhtymä	Suonenjoki	1
Sosiaali- ja terveystyöpiiri Helmi	Haapavesi, Pyhäntä, Siikalatva	3
Vaasan ja Laihia yhteistoiminta-alue	Vaasa ja Laihia	2
Wiitaunioni-kuntaparin ja Kinnulan, Pihtiputaan ja Viitasaaren perusturvan yhteistoiminta-alue	Pihtipudas, Viitasaari	2
Kuntia yhteensä		70

Huom.: Vain ne yhteistoiminta-alueen kunnat on lueteltu, joiden puolesta on vastattu. Yhteistoiminta-alueeseen voi virallisesti kuulua muitakin kuntia

Taulukko 2. Yksittäisinä kuntina vastanneet

Kunta	Kunta	Kunta	Kunta	Kunta
Alavus	Kauniainen	Lempäälä	Mustasaari	Salo
Espoo	Keitele	Leppävirta	Mäntyharju	Sauvo
Hamina	Kemi	Liminka	Naantali	Seinäjoki
Hattula	Kerava	Liperi	Nokia	Siilinjärvi
Heinävesi	Keuruu	Loimaa	Närpiö	Siuntio
Helsinki	Kirkkonummi	Loviisa	Oulu	Taivassalo
Ilomantsi	Konnevesi	Luhanka	Paimio	Tomio
Inkoo	Kotka	Lumijoki	Parainen	Uurainen
Janakkala	Kouvola	Maalahti	Pertunmaa	Valkeakoski
Joutsa	Kuopio	Miehikkälä	Porvoo	Vantaa
Jämsä	Kustavi	Mikkeli#	Posio	Vehmaa
Kaarina	Lahti	Muhos	Ranua	Vöyri
Kangasniemi	Laitila	Multia	Riihimäki	Äänekoski

Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimi (järjestäjäkunta) Mikkelin osalta



Kuvio 2. Vastajakunnat 2015

Vastaajat olivat kuntien vanhuspalvelujohtajia tai johtoryhmiä, muistipoliklinikan lääkäreitä, muistihoitajia tai muistikoordinaattoreita sekä näistä muodostuneita ryhmiä. Yksin vastanneita oli 43 (46 %) ja suuremmissa kuin kahden hengen ryhmissä oli vastannut 22 (23 %) vastaajatahoa.

Vuoden 2015 aineistosta keskeisten avointen kysymysten vastausten sisältöä on eritelty ja luokiteltu. Vastauksista nostetaan tässä raportissa esiin yleisiä teemoja, mutta pyritään myös antamaan kuva vastausten monipuolisuudesta ja toimintatapojen eroista vastanneiden kuntien/yhteistyöalueiden kesken. Avovastauksia esitellään myös suorina lainauksina. Aiempien, vuosina 2005 ja 2010 aikana kerättyjen muistibarometritietojen avovastauksia ei ole käsitelty.

Aiemmat muistibarometriaineistot on kerätty vuosina 2000, 2005 ja 2010 lähettämällä kysely kaikkiin silloisiin kuntiin. Samana säilytettyjä kysymyksiä on sisällytetty aikasarjoihin vuodesta 2005 alkaen. Puuttuvat ja ”ei tietoa” vastaukset on yhdistetty ja huomioitu taulukoissa. Tiedot aikasarjoista on poimittu manuaalisesti.

Aineistot on käsitelty käyttäen SAS tilasto-ohjelmaa (Copyright (c) 2002–2010 by SAS Institute Inc., Cary, NC, USA.). Tulokset on ilmoitettu suorina jakaumina tai ristiintaulukoituina.

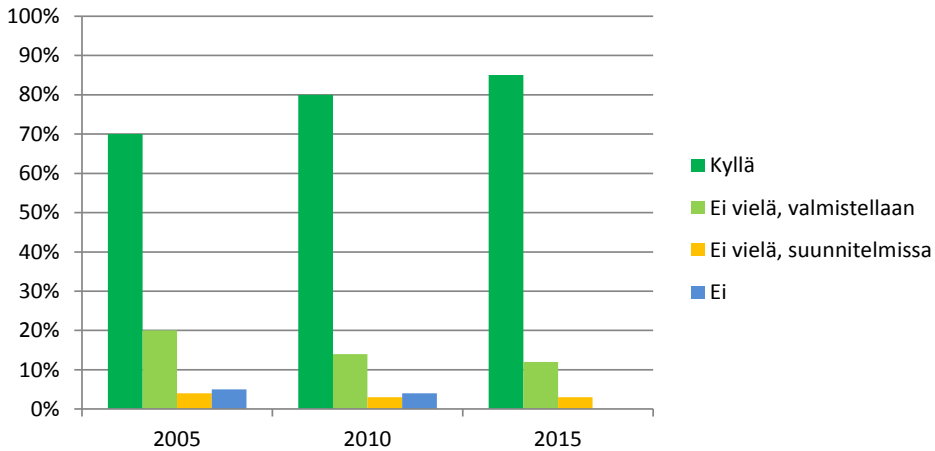
3.2.2 Muistisairaudet alueen sosiaali- ja terveystieteissä

Vuonna 2015 vastaajista 85 prosenttia (n=78) ilmoitti, että heidän alueellaan oli voimassaoleva vanhuspalvelulain (980/2012, 5§) edellyttämä *suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi*. Vastaajista puolet oli päivittänyt suunnitelmansa vuosina 2014 – 2015 tai kertoi päivittävänsä sitä parhaillaan. Muiden tahojen suunnitelmat olivat vanhempaa perua.

Alueellinen ikääntyviä ihmisiä ja vanhuksia koskeva suunnittelu on ollut monissa kunnissa olemassa vanhuspalvelu- tai vanhuspoliittisten strategioiden nimellä jo ennen vuotta 2015. Joissain kunnissa ne olivat sisältäneet myös muistisairaita ihmisiä koskevia kohtia.

Kuvion 3 aikasarja osoittaa iäkkäitä koskevien suunnitelmien olleen yleisiä jo vuonna 2005 (70 %) ja yhä yleistyneen kymmenen viimeksi kuluneen vuoden aikana, siten, että ajantasainen suunnitelma löytyi 85 prosentilta vastaajatahoista vuonna 2015.

Viimeksi kuluneen viiden vuoden aikana tapahtunut muutos näyttää keskittyneen siihen, että ilman suunnitelmaa olevien kuntien tai yhteistoiminta-alueiden osuus on kadonnut ja aiheet laatia muistisairaita koskeva palvelustrategia ovat kehittyneet voimassa oleviksi suunnitelmiksi.



Kuvio 3. Ikääntyneitä ihmisiä koskevat kunnalliset tai alueelliset suunnitelmat (%) 2005 – 2015

(Kysymys: Valitkaa parhaaksi arvioimanne vaihtoehto: Onko alueellanne suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi?)

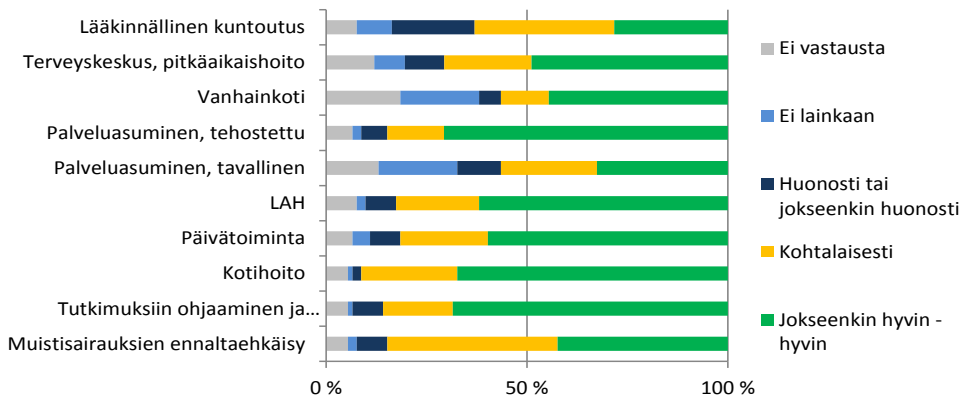
Lähde: Muistiliitto, Muistibarometrit 2005–2015

Vanhuspalvelulain toimeenpanon seurantatutkimuksessa syksyllä 2014 kysyttiin sisältyikö alueen vanhuspalvelulain tarkoitamiin suunnitelmiin muistisairaiden palveluita sisältäviä kohtia. Alueiden vastauksista kävi tuolloin ilmi, että vuonna 2014 noin kahdella kolmesta alueesta (66 %) muistisairaiden erityispalvelut oli sisällytetty lain edellyttämään iäkkäitä koskevaan suunnitelmaan ikääntyneen väestön tukemiseksi. Mutta vain kolmella prosentilla alueista luottamushenkilöhallinto oli käsitellyt suunnitelman ja tehnyt kansallista muistiohjelmaa koskevia päätöksiä vaikka asia oli viety tiedonannoksi 29 prosentilla alueista. Alueiden johtoryhmät olivat tehneet 11 prosentilla alueista kansalliseen muistiohjelmaan liittyviä päätöksiä. Alueista 77 prosenttia ilmoitti kuitenkin kohdentaneensa palveluja riskiryhminä erityisesti muistisairaille ja 66 prosenttia yksinasuville muistisairaille²¹.

Vuoden 2015 muistibarometrin kyselyssä 6 prosenttia vastaajista ei tiennyt, oliko kuntien suunnitelmassa huomioitu muistisairaiden tarpeita vai ei.

Alueiden suunnitelmissa ikääntyneen väestön tukemiseksi vanhuspalvelulain tarkoittamassa merkityksessä, muistisairaiden ne palvelut ja aivoterveysten edistäminen, jotka kuviossa 4 on esitetty, oli 57 - 91 prosentissa huomioitu vähintään kohtalaisesti vastanneilla alueilla vuonna 2015.

²¹<http://www.thl.fi/attachments/vanhuspalvelulainseuranta/index.html>



Selite: LAH tarkoittaa lyhytaikaishoitoa ympärivuorokautista hoitoa ja huolenpitoa tarjoavassa yksikössä

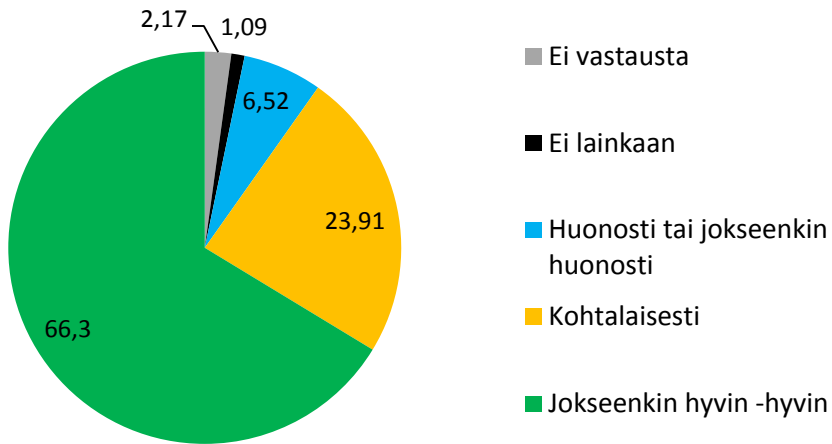
Kuvio 4. Miten alueen suunnitelmassa iäkkään väestön tukemiseksi huomioidaan aivoterveysten edistäminen ja muistisairaiden ihmisten palvelut (%), 2015

Suunnitelmissa oli useimmiten huomioitu kotihoito ja tehostettu palveluasuminen. Suunnitelmissa oli harvimminkin mainittu lääkitäminen kuntoutus ja tavallinen palveluasuminen sekä laitoshoidon (terveyskeskusten pitkäaikaishoidon yksiköt ja vanhainkodit). Toisaalta on muistettava, että laitoshoidon ei tietenkään mainita jos se on alueella jo lopetettu.

Muistisairaiden henkilöiden lääkitäminen kuntoutus puuttui kokonaan kuntasuunnitelmista noin 9 prosentilla ja se oli huomioitu huonosti tai jokseenkin huonosti joka viidennessä kuntien suunnitelmassa.

Vastaajista 77 (84 %) ilmoitti muistisairaiden henkilöiden yhtenäisen palvelupolun olevan käytössä alueellaan. Yksi vastaus puuttui ja 14 vastaajaa vastasi, ettei varsinaista palvelupolkua ole laadittu muistisairaita henkilöitä varten. Kaikilta vastaajilta kysyttiin ottaako käytettävissä oleva palvelupolku riittävästi huomioon muistisairaiden henkilöiden yksilölliset tarpeet.

Vastaajista valtaosa arvioi, että yksilöllisyys oli otettu hyvin tai jokseenkin hyvin huomioon ja neljäsosan mielestä muistisairaiden henkilöiden yksilölliset tarpeet oli ”otettu kohtalaisesti huomioon”. Kahdeksan prosenttia arvioi, että yksilöllisyyttä ei ollut huomioitu lainkaan tai se oli huomioitu huonosti tai jokseenkin huonosti (kuviokuva 5).



Kuvio 5. Muistisairaille tarjottu palvelupolku ja muistisairaiden ihmisten yksilöllisten tarpeiden huomioon ottaminen (%), 2015

(Kysymys: Ottaako tarjoamanne palvelupolku riittävästi huomioon muistisairaiden ihmisten yksilölliset tarpeet?)

Yli puolet vastaajista (n=53, 58 %) oli käyttänyt kansallista muistiohjelmaa palvelujen suunnittelussa, 29 (31 %) ei osannut sanoa ja 9 vastasi ”ei”.

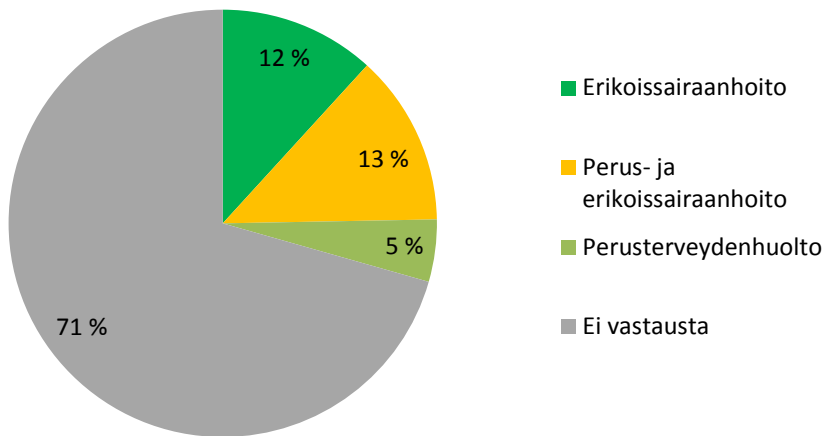
Yleisimmin kansallista muistiohjelmaa oli käytetty suuntaa antavana runkona ja luotettiin siihen, että muistipoliklinikan ammattihenkilöstö (useimmiten geriatrasta ja muistihoitajasta tai geriatrasta ja muistikoordinaattorista muodostuva työpari) piti huolta kansallisten linjausten ja käypä hoito suositusten toteutumisesta kyseisellä alueella. Seuraavassa poimintoja avovastauksista:

- ”Kunta X on ”Muistiystävällinen kunta”. Kunnassa toimii seudullinen muistipoliklinikka sekä muistikoordinaattorin, neurologin työpanokset käytettävissä. Muistihoitajakoulutuksen suorittaneita työntekijöitä on parisenkymmentä. Aivoterveysten edistämiseen on panostettu monissa eri tapahtumissa vuosien ajan”
- ”Kansallista muistiohjelmaa on käytetty kaupungin oman muistiohjelman perustana. Ohjelman ydin on muistisairaana kotona asumisen tukeminen”
- ”Koulutuksien suunnittelussa ja ennaltaehkäisevän työn kehittämisessä”
- ”Kunnassa toiminut muistipoliklinikka useita vuosia. (tällä hetkellä lääkäri, muistihoitaja työpari)”
- ”Muistiohjelman Hyvä hoito kannattaa tavoitteiden toteutumiseksi on perustettu muistipoliklinikka ja satsattu VTKL:n Omaishoito yhteistyönä mallin mukaisiin muistineuvojiin.”

- ”Muistipoliklinikka / vanhuspalvelut koordinoivat palveluja muistiohjelman mukaisesti.”
- ”Muistipoliklinikka toimii matalan kynnyksen palveluna, jonka toiminnasta vastaa geriatri. Tavoitteena on oikea-aikainen palvelu ja kuntoutus.”
- ”Muistisairaahan hoitopolku on käypähoito suositusten mukainen”
- ”Palvelutarpeen arviointi, RAI, kotona asuminen kotihoito ja tukipalvelut ja muistitiimin interventiojaksot. Yhteistyö järjestöjen kanssa. Yhteistyö organisaation sisällä eri hallintokuntien kanssa: liikunta-, kulttuuri- ja terveystyöpalvelut”

Vastaajista valtaosa (85 %) ilmoitti käyttäneensä laskelmia muistisairaiden määristä kuntasuunnitelmiansa perustana.

Työikäisten muistisairaiden henkilöiden tarpeita oli mietitty vaihtelevasti tai ei lainkaan. Osa vastaajista ei tiennyt miten heidän kohdallaan oli tarkoitus menetellä.



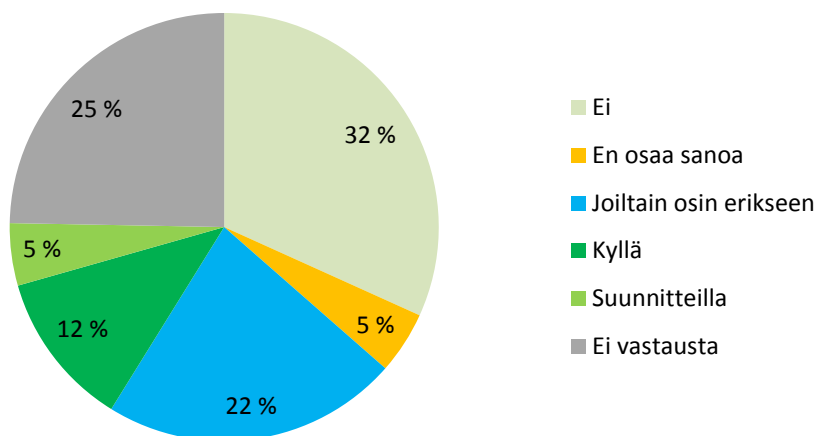
Kuvio 6. Työikäisten muistisairaahan hoidon vastuutaho (%) 2015

Avovastausten perusteella noin kolmanneksessa kunnista tai kuntayhtymistä työikäisenä muistisairauksiin sairastuneille henkilöille oli tarjolla edes joiltain osin eriytettyjä palveluita.

Usealla alueella työikäisten palvelutarpeita ei ollut huomioitu ”erityisesti”, ”riittävästi” tai ne on huomioitu ”huonosti”. Jokunen vastaajataho painotti kunnan olevan niin pieni, ettei erillisiä hoitopolkuja edes aiota

suunnitella yksittäisten henkilöiden tarpeita varten. Toisilla alueilla myös työikäisten palvelutarpeille oli löydetty ratkaisuja:

- ”Diagnoosin saaminen mahdollisimman nopeasti, jatkohoito ja perheen tukeminen sairauden toteamisen jälkeen. Työikäisille on järjestetty omaa äivätoimintaa jo usean vuoden ajan. Muistiyhdistyksellä ja kaupungin välillä toimii hyvä yhteistyö sairastuneiden ja heidän perheiden tukemiseksi. Tietoa ja tukea on hyvin saatavilla. Muistisairauksien ennaltaehkäisyä tuodaan myös hyvin esille.”
- ”On selvitelty muiden ympäristökuntien tarjoamia palveluvaihtoehtoja työikäisille muistisairaille ja järjestetty tarvittavia palveluja ostopalveluina, terveyskeskus tuottaa ryhmätoimintoja myös nuoremmille muistisairaille.”



Kuvio 7. Työikäisten muistisairaana erityispalvelut (%), 2015

Kuviot 6 ja 7 sekä muut avovastaukset osoittavat työikäisten muistisairaiden henkilöiden vastuutahon olleen epäselvä sekä vaihtelevan alueelta toiseen ja erityispalveluiden puuttuvan usein.

Neljännes vastaajista mainitsi vapaissa vastauksissaan, että työikäisenä sairastuneet henkilöt ohjataan erikoissairaanhoidon piiriin. Toinen merkittävä toimija työikäisenä sairastuneiden henkilöiden kohdalla olivat työterveyshuollot, jotka mainittiin 13 vastauksessa. Keskeisimpiä työikäisenä sairastuneille henkilöille tarjottavia palveluita olivat muistihoidajan/koordinaattorin/neuvojan tai muistipoliklinikan palvelut (13 mainintaa) sekä muistiyhdistysten tuottama

vertaistuki- ja ryhmätoiminta (8 mainintaa). Kuusi vastaajaa korosti, että työikäisenä sairastuneille henkilöille räätälöidään yksilölliset palvelut.

- ”Työikäisiä muistisairaita on esiintynyt todella vähän, joten yhtenäistä mallia ei ole suunniteltu. Jokaiselle asiakkaalle räätälöidään yksilöllinen apu ja hoitopolku.”

Yksittäisinä mainintoina vastaajat toivat esille laajan kirjon tämän erityisryhmän palveluja, esimerkkeinä eriytetty päivätoiminta, perheen tukeminen, kuljetuspalvelut, vertaistukitoiminta, sopeutumisvalmennus, päihteiden aiheuttamiin muistisairauksiin sairastuneisen henkilöiden kuntouttaminen sekä nuoremmalle ikäryhmälle räätälöidyt asumispalvelut.

Aivoterveiden edistäminen kunnissa tai alueilla on esitetty taulukossa 3. Parhaiten järjestettyjä olivat matalan kynnyksen liikuntapalvelut ja elämäntapaohjaus. Vain noin puolet alueista arvioi aivoterveiden tulevan huomioituksi kaikenikäisten neuvolatoiminnassa. Aivoterveiden huomioiminen kaikkien ikäkausien neuvola- ja ohjauspalveluina keräsi eniten ”En osaa sanoa” ja ”Ei” vastauksia. Toiseksi eniten ”En osaa sanoa” vastauksia keräsi tavoitteellisten vertaisryhmäpalvelujen tarjoaminen riskityhmille (taulukko 3). Kyse voi näiden kysymysten kohdalla olla monitasoisen kysymyksen aiheuttamasta vaikeudesta vastata tai tiedon puutteesta koskien toisen hallinnonalan tai kolmannen sektorin toimintaa.

Matalan kynnyksen liikuntapalvelut ja elämäntapaohjaus olivat vastauksissa hyvin edustettuina.

Taulukko 3. Aivoterveiden edistäminen kunnissa tai alueilla

	Tiedon tarjonta aivoterveystä kaikkien ikäkausien neuvola- ja ohjauspalveluina		Matalan kynnyksen liikunta- palveluiden tuottaminen		Tavoitteellisten vertaisryhmä- palvelujen tarjoaminen riskiryhmille*		Elämäntapa ohjauksen tarjoaminen riskiryhmille	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ei	9	10	5	4	8	9	6	7
En osaa sanoa	28	30	5	5	16	17	11	12
Kyllä	54	59	83	90	68	74	75	82

*kysymyksessä huomioitu myös kolmas sektori

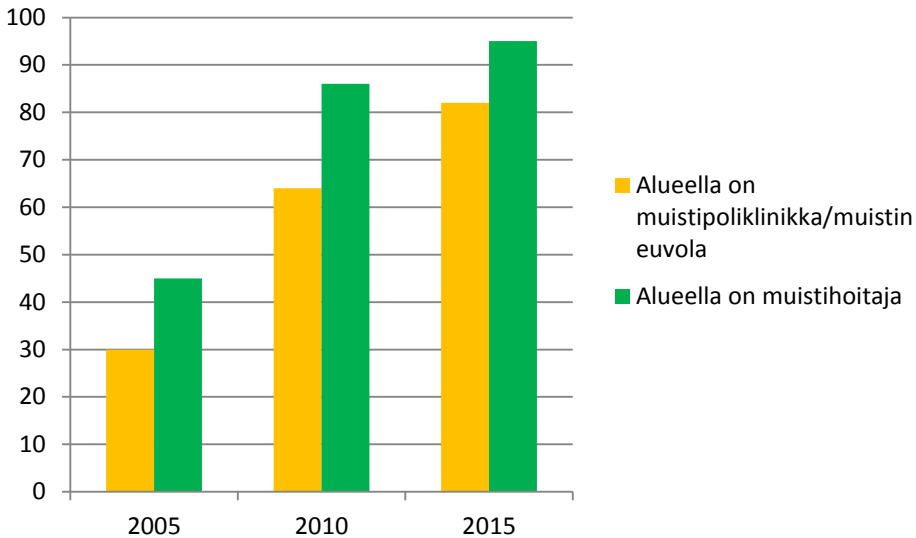
Kokoomaruutu 1. Huomioita aivoterveysten edistämisestä ja muistisairauksista alueen sosiaali- ja terveystoimituksessa

- Vastanneilla alueilla oli vanhuspalvelulain tarkoittama suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi kattavasti valmiina tai tekeillä ja useimmiten ajantasainen. Suunnitelmissa oli otettu huomioon muistisairaiden tarpeet korkeintaan osittain.
- Avointen kysymysten perustella on pääteltävissä, että vastaajien joukossa oli alueita, joilla oli perehdytty huolella alan kirjallisuuteen ja suosituksiin ja suunnitelmat on laadittu niihin nojaten.
- Muistisairautta sairastavien henkilöiden ja heidän läheistensä yksilöllisten tarpeiden huomioimisessa oli vielä kehittämistä.
- Pienillä kunnilla ei ollut työikäisenä sairastuneille muistisairaille henkilöille oman ikäisille tarkoitettuja palveluja.
- Aivoterveysten edistäminen ei vielä ollut systemaattista. Kaikenikäisten neuvolatoiminnan osuus aivoterveysten edistämiseksi oli epäselvää.

3.2.3 Ensivaiheen palveluiden saatavuus ja laatu

Vuonna 2015 vastaajatahoista 82 prosenttia ilmoitti alueellaan olevan joko muistipoliklinikan tai muistineuvolan (n=75) ensivaiheen diagnostiikkaa ja palveluneuvontaa varten. Neljälläkymmenellä vastaajalla (43 %) oli yksi tällainen palvelu. Osa vastaajista huomautti, että yksi muistipoliklinikka palveli useaa kuntaa.

Vähintään yhden kokopäivätoimisen muistihoitajan ilmoitti 56 (60 %) ja osa-aikaisesti muistihoitajan työtehtäviä hoitaneita ilmoitti 33 (35 %) vastaajaa. Vuonna 2015 osa-aikaisuus oli useassa tapauksessa jaettu monelle hoitajalle. Lisäksi 30 (32 %) vastaajataho ilmoitti, että heidän kunnassaan tai alueellaan oli vähintään yksi kokopäivätoiminen muistikoordinaattori ja 18 (19 %) ilmoitti vähintään yhden osapäivätoimisen muistikoordinaattorin.

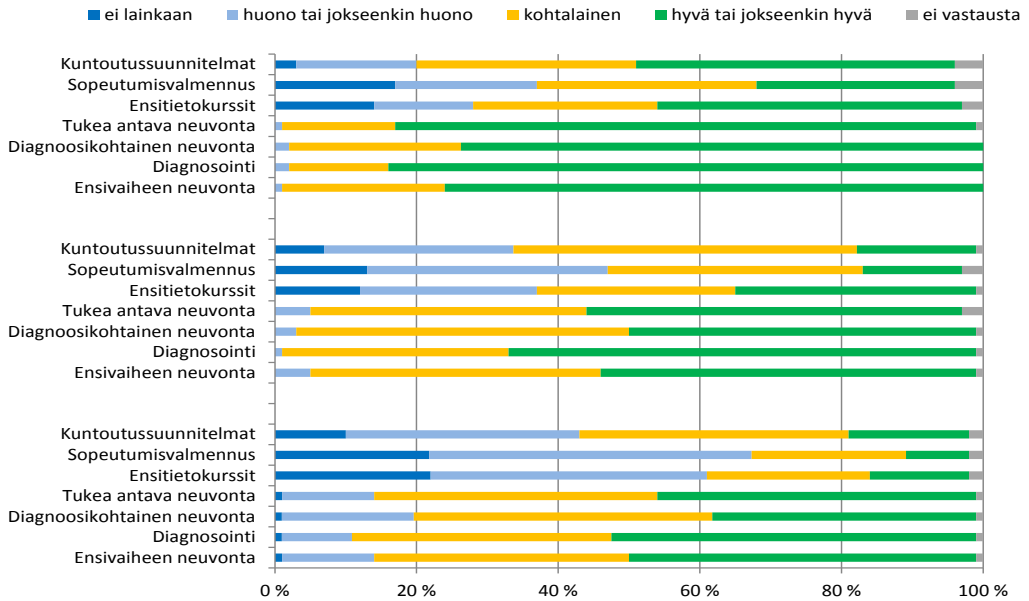


Kuvio 8. Muistihoitajan- ja poliklinikan yleisyys (%) 2005 - 2015

Muistihoitajien ja perusterveydenhuollossa sijaitsevan muistineuvolan keskimääräinen yleisyys on kasvanut merkittävästi kymmenen vuoden aikana. Kuvio 8 osoittaa, että alkuvuodesta 2015 oltiin lähestymässä tilannetta, jossa kaikilla vastanneilla tahoilla on saatavilla vähintään osa-aikaisen muistihoitajan palvelut. Muistihoitajien kattavuus näyttää lähes kaksinkertaistuneen viimeksi kuluneen 10 vuoden aikana. Vielä vuonna 2010 muistihoitajia puuttui 13 prosentilta vastanneista tahoista ja alueista 45 prosentilla muistihoitaja oli osa-aikainen.

Lähes kaikki vastaajat olivat vuonna 2015 sitä mieltä, että heidän perusterveydenhuollollaan oli hyvät valmiudet muistisairauksien varhaiseen havaitsemiseen (n=85, 90 %) ja heidän mielestään valmiudet riittivät myös muistisairaiden ihmisten hoitoon ja tukeen.

Kuviossa 9 on esitetty arviointi ensivaiheen neuvonnan ja palveluiden saatavuudesta sekä palveluihin ohjaamisesta vuosina 2005 - 2015. Muokatuin liikennevalovärein esitetyssä kuviossa vihreää edustavan värin osuus lisääntyy ja punaista edustavan pienenee lähes kysymyksestä riippumatta siirryttäessä vuodesta 2005 vuoteen 2015, mikä osoittaa myönteistä kehityksen suuntaa muistisairaiden henkilöiden palveluissa.



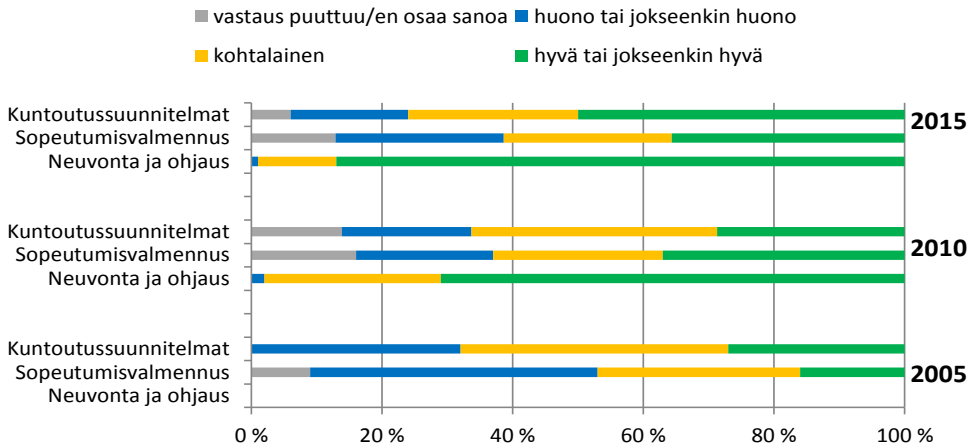
Kuvio 9. Sairauden ensivaiheen neuvonnan ja palveluiden saatavuus (%), 2005-2015

Vielä vuonna 2015 eniten kehitettävää ensivaiheen neuvonta- ja ohjauspalveluiden suhteen löytyi sopeutumisvalmennuksen, kuntoutussuunnitelmien ja ensitietokurssien saralta. Viisikymmentähdeksän prosenttia vastaajista arvioi sopeutumisvalmennukseen ohjaamisen olevan alueellaan vähintään kohtuullista. Vain yksi neljästä vastaajatahoista arvioi sen hyväksi tai jokseenkin hyväksi sairauden alkuvaiheessa (28 %) ja joka viides huonoksi tai jokseenkin huonoksi (20 %). Vaikka hyvien tai jokseenkin hyvien kuntoutussuunnitelmien yleisyys onkin enemmän kuin kaksinkertaistunut kymmenen vuoden aikana, tästä osa-alueesta huolehti edelleen vain alle puolet (n=42, 45 %) vastaajatahoista. Sen sijaan diagnosointiin liittyvä ohjaus ja neuvonta näyttävät olevan siirtymässä paremmalle tolalle sekä koskien diagnosikohtaista tiedottamista, tutkimuksiin ohjaamista että käytännön neuvoja (kuvio 9).

Edunvalvontaan ja hoitotahtoon liittyvästä ohjauksesta ja neuvonnasta on kysytty muistibarometreissä ensimmäisen kerran vasta vuonna 2010. Tuolloin vastaajista joka viides piti tätä osa-alueetta huonona tai puuttavana, kun vuoden 2015 kyselyssä huonona tai puuttavana pitäneiden osuus oli puolittunut (19->9 %) ja samalla hyvänä tai jokseenkin hyvänä pitäneiden osuus oli kaksinkertaistunut (30 ->62 %).

Aika tutkimuksiin hakeutumisesta diagnoosin saamiseen arvioitiin vuonna 2015 yli kuudeksi kuukaudeksi vain kolmessa tapauksessa. Yleisin kesto oli 3-4 kuukautta (n=49 %) ja toiseksi yleisin alle 2 kuukautta (n=30 %).

Ensivaiheeseen liittyvien neuvontapalvelujen laatu näytti vuosina 2005 – 2015 parantuneen sopeutumisvalmennuksen ja kuntoutussuunnitelmien osalta. Kuitenkin tällä saralla laadussa arvioitiin olleen vielä paljon toivomisen varaa vielä vuonna 2015 (Taulukko 4).



Kuvio 10. Sairauden alkuvaiheen neuvonnan ja sopeutumisvalmennuksen ja kuntoutussuunnitelmien saatavuus (%), 2005 - 2015

Neuvontapalvelujen laatua kysyttiin vain vuosina 2010 ja 2015, minkä vuoksi tästä kysymyksestä ei ole tehty kuviolle 10 vastinparia. Neuvontapalvelujen laadun arvioitiin myös parantuneen. Se arvioitiin vuonna 2015 hyväksi tai jokseenkin hyväksi 87 ja kohtalaisiksi 12 prosentissa tapauksista, kun samat luvut olivat vuonna 2010 vielä 71 ja 27 prosenttia.

Kokoomaruutu 2. Muistisairauksien alkuvaiheen neuvonta, palvelut ja kuntoutussuunnitelmat

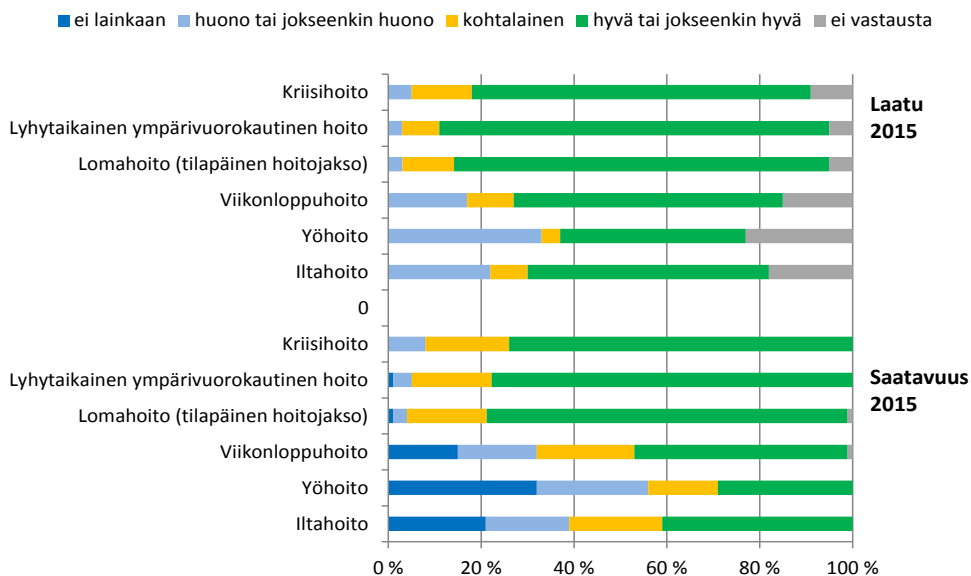
- Vaikka muistineuvoloitten tai – poliklinikoiden sekä muistihoitajien yleisyys oli kasvanut, kolmannes muistihoitajista oli edelleen osa-aikaisia.
- Muistisairauksia sairastavien henkilöiden ensivaiheen palvelut ja laatu olivat parantuneet monin osin 10 vuoden aikana.
- Erityisesti diagnoosivaiheeseen liittyvä neuvonta, ja neuvontapalveluiden saatavuus olivat vastaajien mielestä kohtalaisella tai hyvällä tolalla.
- Kuntoutus ja sopeutumisvalmennus olivat sekä saatavuuden että laadun osalta olleet koko seuranta-ajan muita palveluita jäljessä.

3.2.4 Palveluiden saatavuus ja laatu ensivaiheen jälkeen

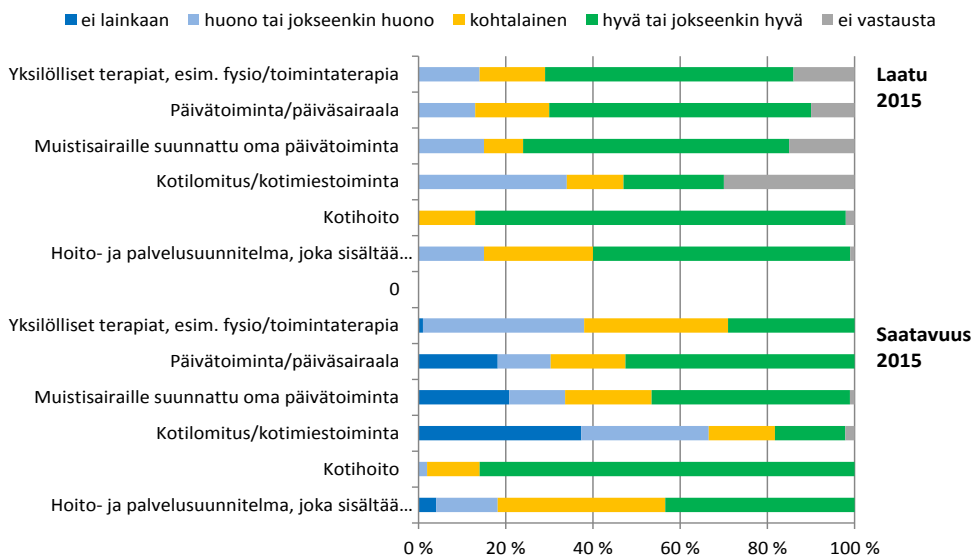
Muistisairauksien tunnistamisen ja hoidon aloittamisen jälkeen seuraava vaihe on kotona asumisen mahdollistaminen niin pitkään kuin asianomainen itse sitä haluaa ja siitä on hänelle hyötyä.

Kuvioihin 11a ja 11b on koottu vastaajien arvioita kuntien muistisairaille henkilöille tarjoamien kotona asumista tukevien palveluiden saatavuudesta ja laadusta ensivaiheen jälkeen vuonna 2015. Ilta- yö- ja viikonloppuhoidon puute oli vielä vuonna 2015 ilmeistä. Heikoimmin oli saatavilla yöaikaista hoitoa. Joka kolmas vastasi, ettei sitä ollut tarjolla lainkaan (32 %) ja joka neljäs arvioi, että sen saatavuus oli huono tai jokseenkin huono (24 %). Yöaikaisen hoidon saatavuuden arvioi hyväksi vai 29 prosenttia vastaajatahoista.

Ilta-aikaisen ja viikonloppuisin tapahtuvan hoidon laatu oli lähes yhtä lohduton. Hoidon laatu arvioitiin jossain määrin saatavuutta vastaavasti ilta- yö- ja viikonloppuaikaisen hoidon osalta, mutta kuitenkin siten, että laatu arvioitiin useammin hyväksi tai jokseenkin hyväksi kuin saatavuus. (kuviot 11a).



Kuvio 11a Muistisairaiden ihmisten kotona asumista tukevien palveluiden saatavuus ja laatu ensivaiheen jälkeen (%), 2015



Kuvio 11b. Muistisairaiden ihmisten kotona asumista tukevien palveluiden saatavuus ja laatu ensivaiheen jälkeen (%), 2015

Erialaisten loma- ja lomittamishoitojen (muualla kuin kotona) sekä kriisihoidon saatavuuden laita oli parempi – 77 ja 74 prosenttia vastaajatahoista arvioi sen hyväksi tai jokseenkin hyväksi ja hyvän tai jokseenkin hyvän laadun osuus arvioitiin vielä tätäkin 10 prosenttiyksikköä paremmaksi loma- ja lomitushoitojen osalta.

Kotihoidon saatavuus ja laatu arvioitiin kaikista palveluista parhaimmaksi (kuvio 11b). Vastaajatahoista 86 prosenttia arvioi sen saatavuuden hyväksi tai jokseenkin hyväksi, 12 kohtalaiseksi ja 2 huonoksi. Kotihoidon laatuluvut vastasivat saatavuutta. Kuntoutussuunnitelman sisältävä hoito- ja palvelusuunnitelma oli olemassa jossakin muodossa lähes kaikilla (96 %) kotihoidon asiakkailla, joskin sen laatu arvioitiin hyväksi tai jokseenkin hyväksi vain 59 prosentilla, kohtalaiseksi 25 prosentilla ja huonoksi tai jokseenkin huonoksi 15 prosentilla. Yksilöterapiata oli jossain määrin tarjolla lähes kaikilla alueilla - hyvin tai jokseenkin hyvin 29 prosenttia, kohtalaisesti 33 prosenttia ja huonosti 37 prosenttia vastaajatahoista. Yksilöterapiata laatu sai useammin hyvän arvosanan kuin sen saatavuus.

Muistisairaille henkilöille suunnattua omaa päivätoimintaa oli tarjolla noin neljällä alueella viidestä. Puolet vastanneista piti tarjontaa hyvänä, joka viides kohtalaisena ja 13 prosenttia huonoa tai jokseenkin huonona. Laatuarviot seurailivat saatavuusarvioita. Muillekin kuin muistisairaille henkilöille tarjotut päivä- tai päiväsaaraalapaalvelut olivat arvioiltaan muistisairaille henkilöille tarkoitettujen palvelujen kaltaiset.

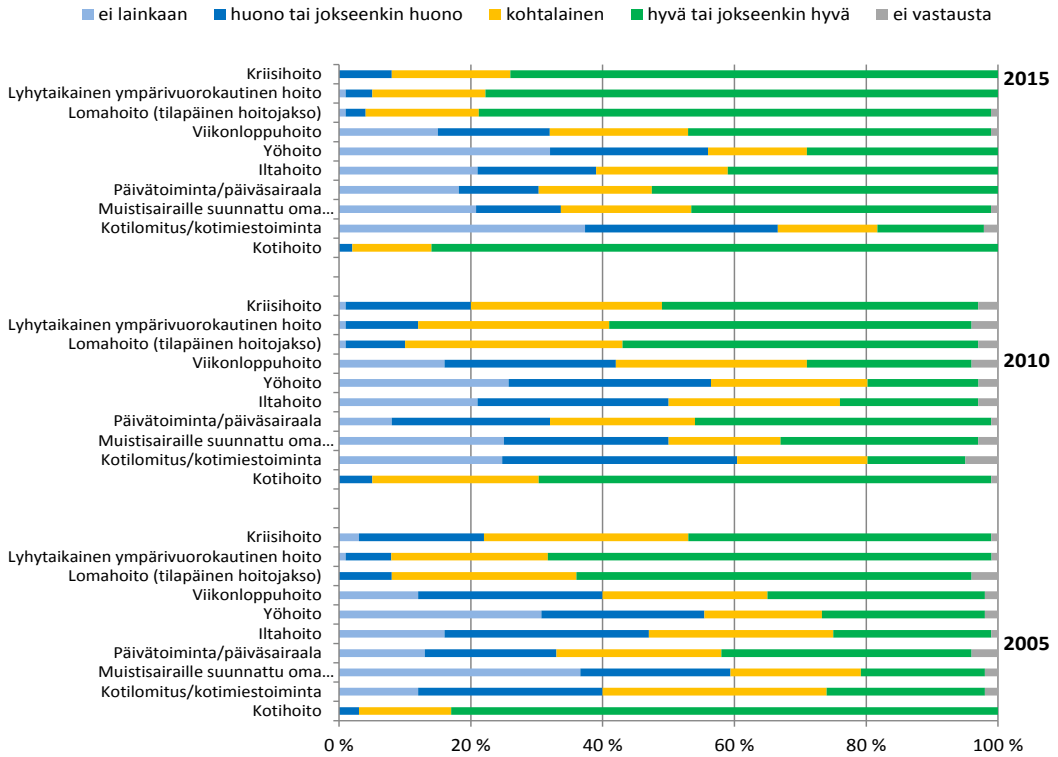
Kotimies/kotilomitustoimintaa oli tarjolla kahdella kolmesta alueesta. Tarjontaa pidettiin usein huonona tai jokseenkin huonona (29 %) joskus kohtalaisen hyvänä (15 %) tai hyvänä tai jokseenkin hyvänä (16 %). Joka neljäs kunta piti kotiin annettavan lomitustoiminnan laatua hyvänä (23 %) ja joka kolmas huonona tai jokseenkin huonona (34 %).(kuvio 10b).

Kuviossa 12 on esitetty aikasarjat vuodesta 2005 vuoteen 2015 eri hoitomuotojen saatavuudesta niiden kysymysten osalta, jotka ovat säilyneet samoina Muistiliiton barometreissa. Alueiden arviot osoittavat saatavuuden osalta muutosta parempaan erityisesti kriisihoidon ja muualla kuin kotona tapahtuvan lomitushoidon osalta. Sen sijaan kotiin annettavat lomituspäalvelut sekä öisin, iltaisin ja viikonloppuisin tarjottavien palveluiden saatavuus on lisääntynyt hyvin vähän tai ei lainkaan.

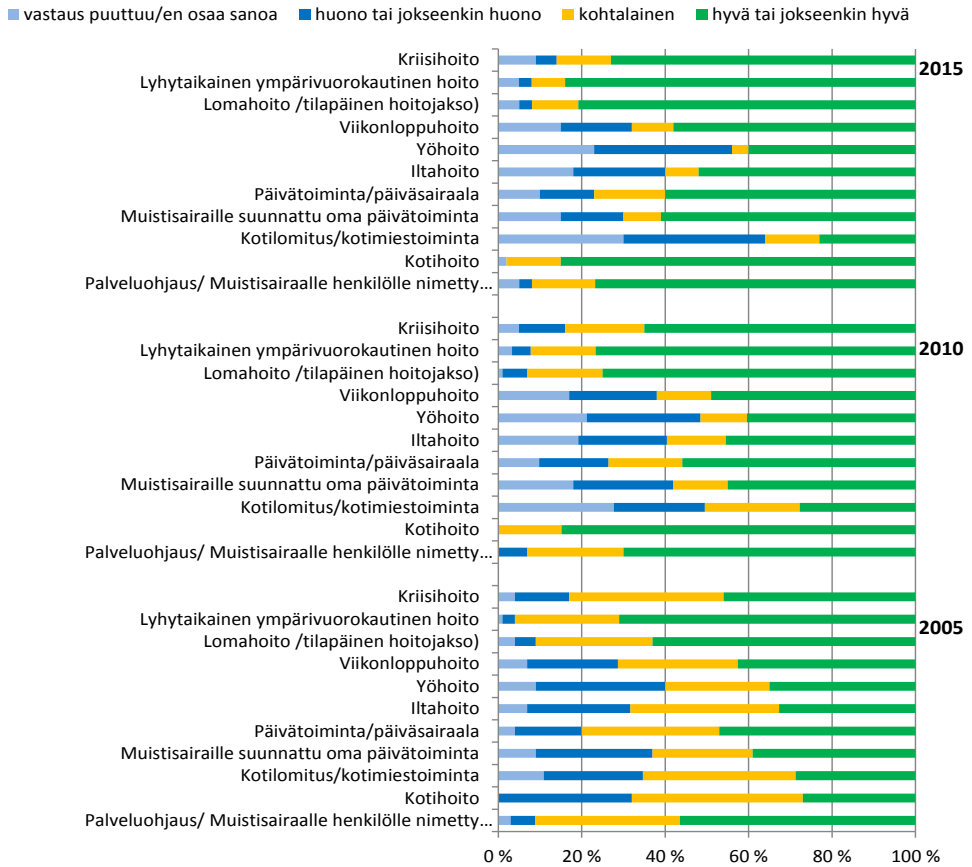
Kuviossa 12 on esitetty palvelujen saatavuus aikasarjana ja kuvioissa 13 vastaavasti palvelujen laatu. Jokseenkin hyvänä tai hyvänä pidetyn palvelujen laadun osuus oli lisääntynyt ajan kuluessa kaikkien muiden palvelujen paitsi kotilomitustoiminnan osalta, missä palvelujen laatu muuttui huonompaan suuntaan. Kotihoidon laatu oli kehittynyt eniten hyvään suuntaan. Kaikkiaan muutoksia näyttäisi olevan, mutta ne olivat kymmenen vuoden aikana olleet vähäisiä.

Vastuutyöntekijä oli määritetty muistisairaille henkilöille siten, että toimenkuvan arvioitiin toimivan hyvin tai jokseenkin hyvän vuonna 2015 kolmella neljästä alueesta (76 %) vuonna 2015, Vastaavat arviot olivat vuosina 2010 ja 2005 70 ja 57 prosenttia.

3 Muistibarometri



Kuvio 12. Muistisairaana kotona asumista tukevien palveluiden saatavuus (%), 2005 – 2015



Kuvio 13. Muistisairaana kotona asuvien palveluiden laatu (%), 2005 – 2015

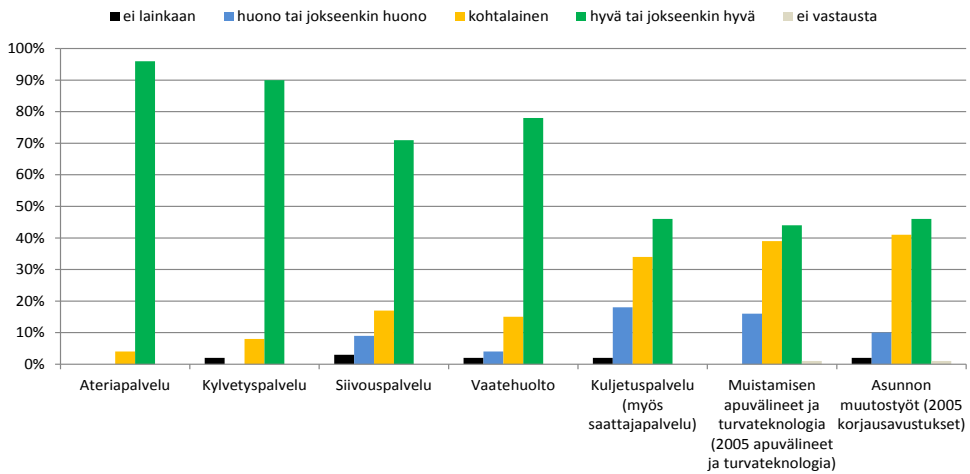
Kokoomaruutu 3. Huomioita muistisairauksien palvelujen saatavuudesta ja laadusta ensivaiheen jälkeen

- Palvelujen saatavuus ja laatu näyttivät parantuneen hieman kautta linjan.
- Kuntoutussuunnitelman sisältävää hoito- ja palvelusuunnitelmaa ei vielä laadittu eikä toteutettu vanhuspalvelulain edellyttämissä mittasuhteissa.
- Ilta- yö ja viikonloppuaikainen hoito olivat yhä huomattavan puutteellisia sekä saatavuudeltaan että laadultaan.
- Muistisairaille suunnattua omaa päivätoimintaa ei vielä ollut kaikkialla saatavilla.
- Muualla kuin kotona annetun loma- ja lomitushoidon saatavuus oli parantunut, mutta kotiin kohdennetun lomituspalvelun saatavuus oli pysynyt ennallaan tai huonontunut.

3.2.5 Tukipalveluiden saatavuus ja laatu

Tukipalvelujen saatavuuden jakauma vuonna 2015 on esitetty kuviossa 14 ja palveluiden saatavuuden ja laadun vertailu vuonna 2015 taulukossa 4. Eniten kehitettävää oli kuljetuspalveluiden sekä saatavuudessa että laadussa. Myös apuvälineiden ja turvateknologian saatavuus jäi yhdellä viidestä vastaajasta puutteelliseksi.

Saatavuuden osalta ”Ei lainkaan” vastauksia löytyi myös siivous- ja vaatehuollon palveluista. Ateria- ja kylvetyspalveluiden saatavuus ylitti muut palvelut. Ateriapalveluiden saatavuuden arvioitiin lähes aina ja kylvetyspalveluiden usein olevan hyvä tai jokseenkin hyvä vuonna 2015 (kuvio 14).



Kuvio 14. Tukipalveluiden saatavuuden jakaumat palvelutyyppin mukaan (%), 2015.

Taulukko 4. Tukipalvelujen saatavuus ja laatu vuonna 2015

	Ateriapalvelut		Siivouspalvelu		Kuljetus- ja saattajapalvelut	
	Saatavuus	Laatu	Saatavuus	Laatu	Saatavuus	Laatu
	%	%	%	%	%	%
Ei vastausta	1,06	4,26	1,06	3,19	1,06	3,19
En osaa sanoa	0	0	3,19	7,45	2,13	3,19
Huono tai jokseenkin huono	0	2,13	8,51	4,26	18,09	8,51
Kohtalainen	4,26	4,26	18,09	11,7	34,04	17,02
Hyvä tai jokseenkin hyvä	94,68	89,36	69,15	73,4	44,68	68,09

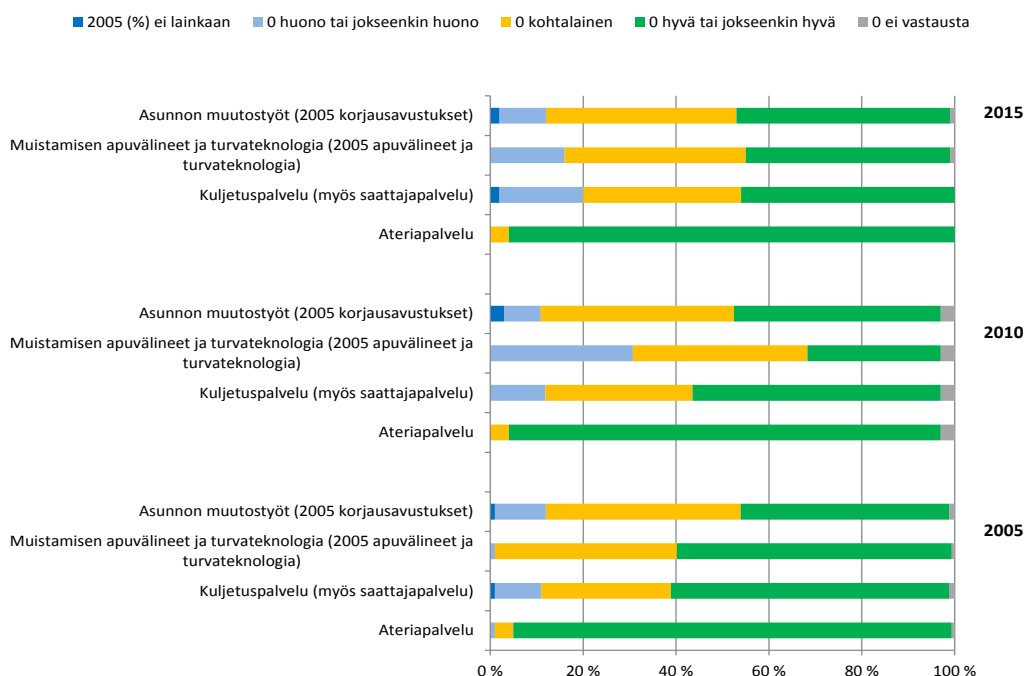
Taulukko 4 osoittaa, että tukipalveluiden laadun arviointi noudatti pääosin saatavuutta.

Tukipalveluiden aikasarjat palvelun saatavuuden osalta on esitetty kuviossa 14. Mukana ovat ne kysymykset, jotka oli esitetty kaikkina kolmena kyselykertana. Tukipalvelujen laatua kysyttiin vain 2010 ja 2015.

Ateriapalvelujen laatua piti hyvänä tai jokseenkin hyvänä 90 prosenttia vuonna 2015 ja 89 prosenttia vuonna 2010. Kohtalaisena sitä piti 4 prosenttia vuonna 2015 ja 10 vuonna 2010. Ateriapalvelujen laatua piti huonona tai jokseenkin huonona 2 prosenttia vuonna 2015 ja 0 vuonna 2010.

Siivouspalvelujen laatua piti hyvänä tai jokseenkin hyvänä 75 prosenttia vuonna 2015 ja 68 vuonna 2010. Kohtalaisena laatua piti 11 prosenttia vuonna 2015 ja 7 vuonna 2010. Huonona tai jokseenkin huonona laatua piti 4 prosenttia vuonna 2015 ja 6 vuonna 2010.

Kuljetus- ja saattajapalvelujen laatua piti hyvänä tai jokseenkin hyvänä 70 prosenttia vuonna 2015 ja 77 vuonna 2010. Kohtalaisena laatua piti 16 prosenttia vuonna 2015 ja 15 vuonna 2010. Huonona tai jokseenkin huonona laatua piti 9 prosenttia vuonna 2015 ja 2 vuonna 2010.



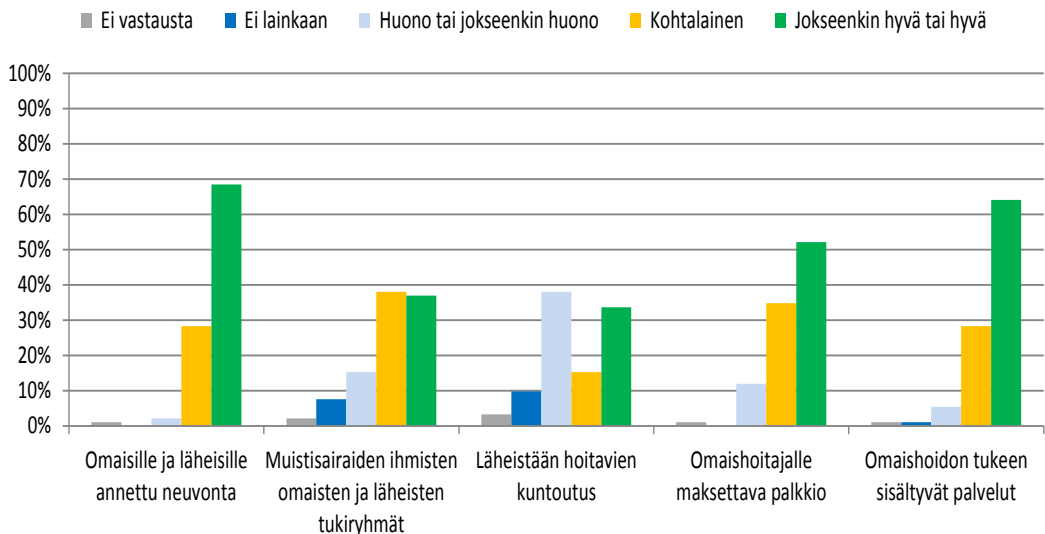
Kuvio 15. Tukipalveluiden saatavuuden jakaumat palvelutyypin mukaan (%), 2015

Kokoomaruutu 4. Huomioita tukipalvelujen saatavuudesta ja laadusta ensivaiheen jälkeen

- Tukipalvelujen saatavuus oli lisääntynyt varsin vähän 10 vuoden aikana.
- Ateriapalveluiden saatavuus oli ollut jo 10 vuotta vähintään kohtalainen ja useimmiten hyvä tai jokseenkin hyvä.
- Kuljetuspalvelujen saatavuuden ja laadun heikentyminen oli huomattavaa.
- Asunnonmuutostöiden ja kuljetuspalvelujen toteutuminen muistisairailta henkilöillä oli heikkoa.

3.2.6 Omaisten ja läheisten saamien palveluiden saatavuus ja laatu

Muistisairasta henkilöä hoitavien omaisten ja läheisten osuuden lisääminen on seuraavien vuosien ja vuosikymmenien yksi ydinkysymyksistä. Kuviossa 16 on esitetty vastausten jakaumat palveluittain.



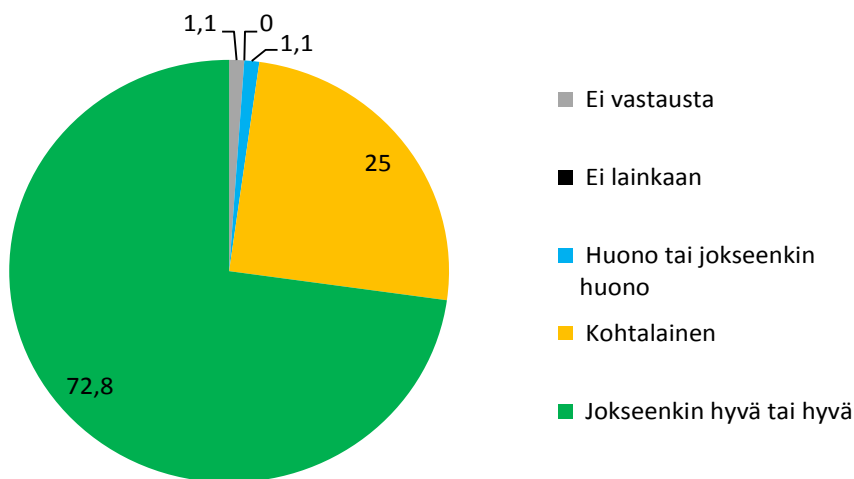
Kuvio 16. Muistisairasta henkilöä hoitavan omaisen tai läheisen saamien palveluiden saatavuus (%), 2015

Vuonna 2015 omaisten ja läheisten neuvontapalvelujen saatavuutta pidettiin lähes 70 prosentissa vastaajatahoista hyvinä tai jokseenkin hyvinä kuin taas tukiryhmien saatavuutta piti vuonna 2015 hyvänä tai jokseenkin hyvänä vain 38 prosenttia vastaajatahoista, kohtalaisina 37 ja huonona 15 prosenttia vastaajatahoista. Kahdeksan prosenttia ilmoitti, ettei palvelua ollut saatavilla lainkaan.

Omais- tai läheishoitajien kuntoutuspalveluiden saatavuutta piti vuonna 2015 hyvänä tai jokseenkin hyvänä 15 prosenttia vastaajatahoista, kohtalaisina 34 ja huonona tai jokseenkin huonoina 38 prosenttia vastaajatahoista. Kymmenen prosenttia ilmoitti, ettei palvelua ollut saatavilla lainkaan.

Omaishoitajille maksettavan palkkion (2010 ja 2005 omaishoidon tuki rahana) saatavuutta piti vuonna 2015 hyvänä tai jokseenkin hyvänä 52 prosenttia vastaajatahoista, kohtalaisina 35 ja huonona tai jokseenkin huonoina 12 prosenttia vastaajatahoista. Palvelu oli saatavilla kaikilla alueilla.

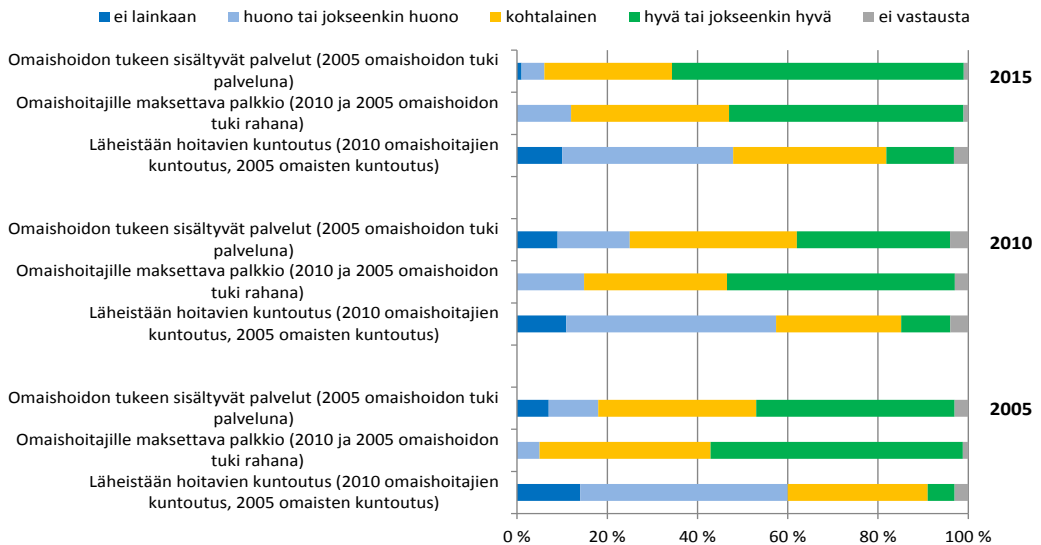
Omaishoidon tukeen sisältyvien palveluiden (2005 omaishoidon tuki palveluna) saatavuutta vuonna 2015 piti hyvänä tai jokseenkin hyvänä 64 prosenttia vastaajatahoista, kohtalaisina 28 ja huonona tai jokseenkin huonoina 5 prosenttia vastaajatahoista. Yksi prosentti ilmoitti, ettei palvelua ollut saatavilla lainkaan.



Kuvio 17. Muistisairasta henkilöä hoitavan omaisen tai läheisen saamien palveluiden laatu (%), 2015

Vuonna 2015 vastaajatahot ilmoittivat muistisairaiden henkilöiden omaisten ja läheisten tuen ja palvelut laadultaan hyväksi tai jokseenkin hyväksi 73 prosentissa, kohtalaisiksi 25 prosentissa ja huonoiksi tai jokseenkin huonoiksi 0 prosentissa

vastaajatahoista. Muutosta kohti parempaa laatua oli merkittävästi vuoteen 2010 verrattuna. Omaishoidon laatua ei kysytty vuonna 2005.



Kuvio 18. Muistisairasta henkilöä hoitavan omaisen tai läheisen saamien palveluiden saatavuus (%), 2005 - 2015

Kokoomaruutu 5. Muistisairaita hoitavien omaisten ja läheisten palvelujen saatavuus ja laatu

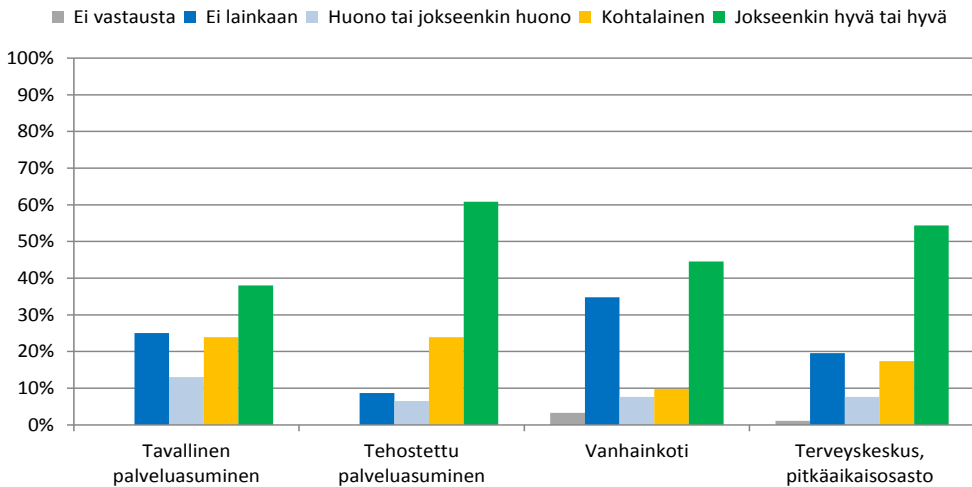
- Muistisairaiden henkilöiden omaisten ja läheisten saaman tuen saatavuus oli varsin vaatimatonta vuonna 2015 ja saatavuus lisääntyi kymmenessä vuodessa kovin vähän.
- Muistisairasta henkilöä hoitavien omaisten ja läheisten kuntoutuspalveluiden saatavuus oli hälyttävän heikkoa vuonna 2015.
- Kun palveluja oli saatavilla, niiden laatua pidettiin valtaosin hyvänä.

3.2.7 Palveluasumisen, pitkäaikaisen laitoshoidon, palliatiivisen ja saattohoidon saatavuus ja laatu

Pitkäaikaishoidolla (long-term care) tarkoitetaan OECD:n määritelmän mukaan pitkähkön ajanjakson aikana henkilölle annettua hoitoa ja huolenpitoa, joka käsittää

arkitoimissa annetun avun ja kotitalouteen liittyvät työt sekä sairaanhoidollisen avun²². Pitkäaikaishoito voi pitkäkestoisuudestaan huolimatta olla joskus myös tilapäistä.

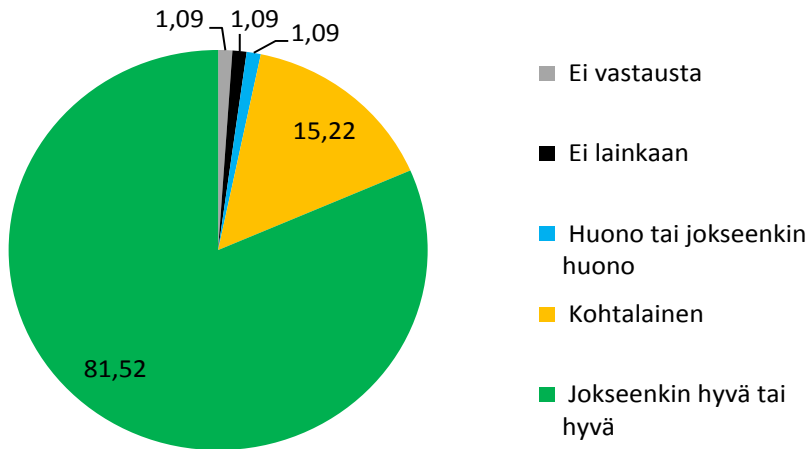
Ympäri vuorokautista apua ja hoivaa tarjoavien asumispalveluiden kuten tehostetun palveluasumisen sekä laitoshoidon (vanhainkoti ja terveyskeskusten vuodeosastot) saatavuus on esitetty palvelutyypeittäin kuviossa 18. Kuvio osoittaa, että laitoshoidon palveluja oli edelleen saatavilla vuonna 2015 vaikka lakimuutos rajaa laitoshoidon saatavuuden vain niille henkilöille, joiden on turvallisuus tai lääketieteellinen hoito on uhattuna jos hoito ja huolenpito toteutettaisiin muulla tavoin. Ympäri vuorokautista hoitoa ja huolenpitoa muualla kuin kotona tarvitseville muistisairaille henkilöille tehostetun palveluasumisen on tarkoitus olla käytettävissä oleva vaihtoehto silloin kun kotona asuminen ei enää tule kyseeseen. Tehostettua palveluasumista ei kuitenkaan ollut saatavissa kaikkialla (kuvio 19).



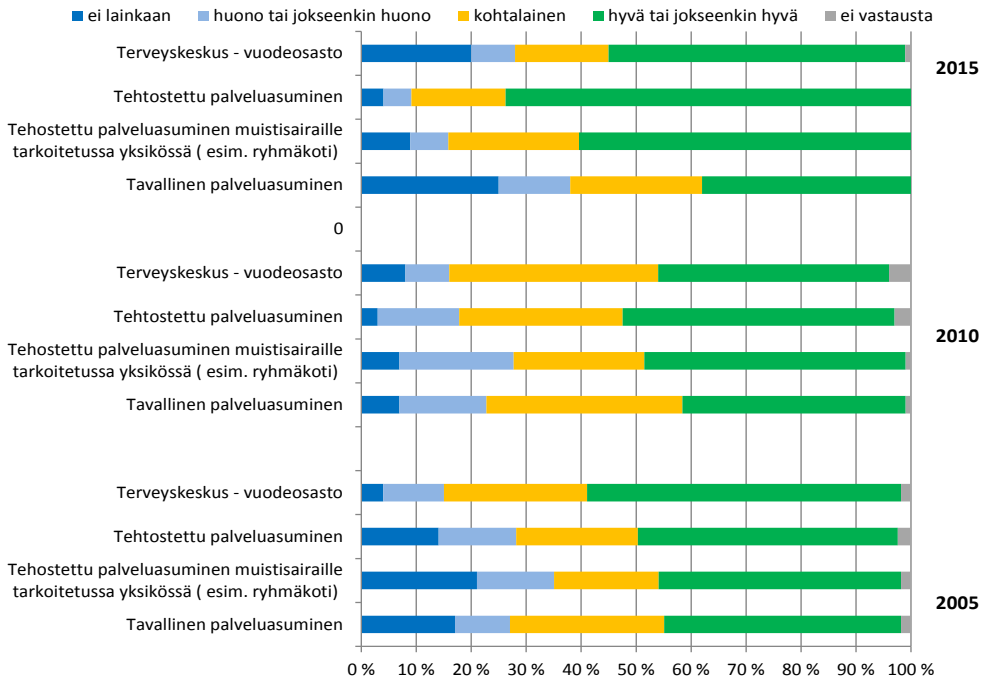
Kuvio 19. Pitkäaikaishoidon asumispalvelujen saatavuus muistisairaille henkilöille (%), 2015

Muistisairaille henkilöille tarkoitetun pitkäaikaishoidon laatu asumispalveluissa arvioitiin yleisimmin jokseenkin hyväksi tai hyväksi (82 %) ja 15 prosentissa kohtalaiseksi (kuvio 19). Palvelun arvioi muistisairaiden osalta huonoksi tai jokseenkin huonoksi vain yksi vastaajataho.

²² Colombo F ym. Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care. OECD Publishing 2011. Löydettävissä <http://www.oecd.org/els/health-systems/47836116.pdf>



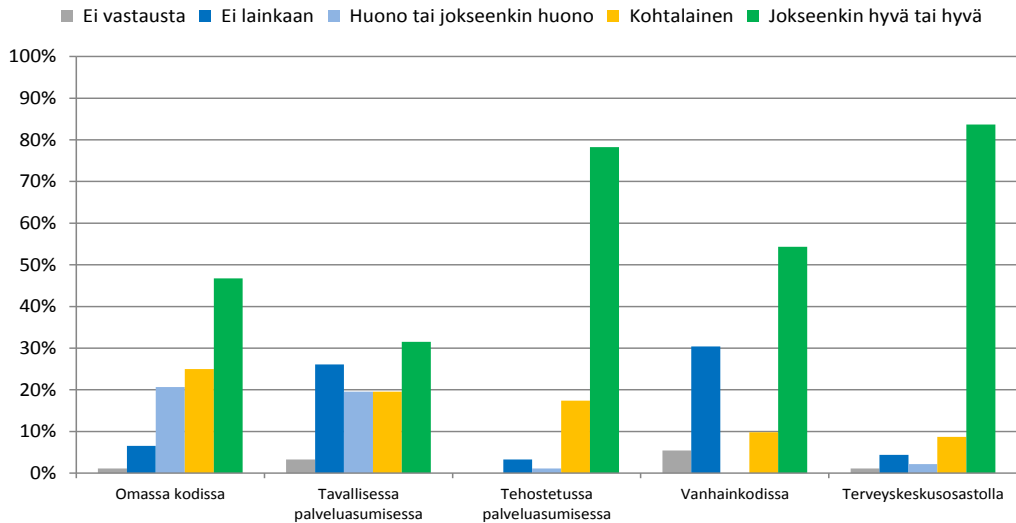
Kuvio 20. Muistisairaille henkilöille tarkoitettujen pitkäaikaishoidon asumispalvelujen laatu (%), 2015



Kuvio 21. Pitkäaikaishoidon saatavuus asumispalveluissa (%), 2005 - 2015

Asumispalveluissa tapahtuvan pitkäaikaishoidon saatavuus oli lisääntynyt tehostetun palveluasumisen osalta ja vähentynyt tavallisen palveluasumisen ja terveyskeskuksen osalta, mikä vastaa kansallisia linjauksia

Kuolevan muistisairaahan henkilön hyvän hoidon toteutuminen on esitetty kuviossa 22. Kuviosta ilmenee, että erityisesti kotona hoitaminen ”loppuun asti” on vielä kehitteillä.



Kuvio 22. Muistisairaahan henkilön elämän loppuvaiheen hyvän hoidon toteutuminen (%), 2015

Vastaajien arviot asumispalvelujen hyvän palliatiivisen tai saattohoidon toteutumisesta alueellaan on esitetty kuviossa 22. ”Ei lainkaan” vastauksia löytyi tavallisen palveluasumisen osalta joka neljänneltä ja joka viides arvioi niiden toteutuvan huonosti tai jokseenkin huonosti.

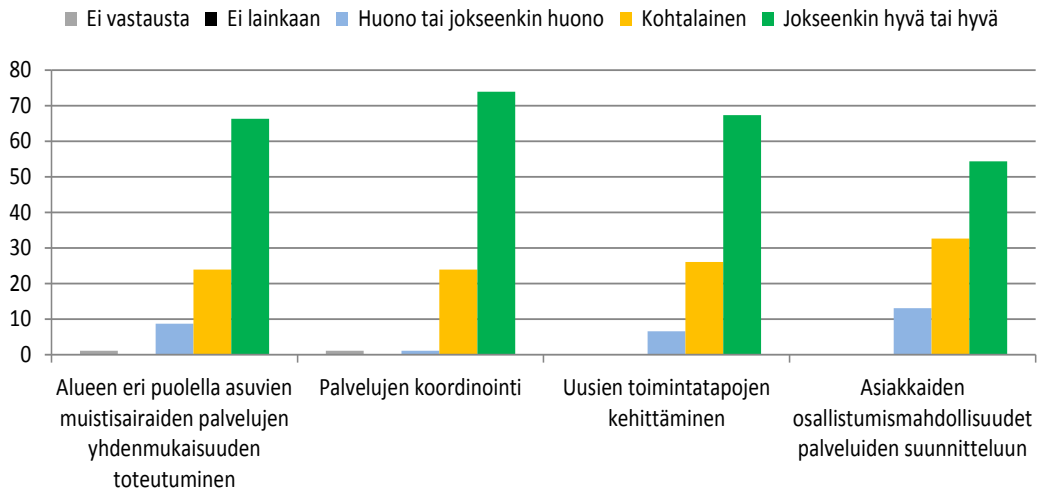
Tehostetun palveluasumisen yksilöissä arvioitiin kuolevan muistisairaahan hoidon toteutuvan useimmiten hyvin (47 %) tai jokseenkin hyvin (32 %). Vain 4 prosenttia ilmoitti, ettei kuolevan muistisairaahan hoitoon ollut mahdollisuuksia tai mahdollisuudet olivat heikot.

Kokoomaruutu 6. Asumispalveluiden pitkäaikaishoidon saatavuus ja laatu sekä elämän loppuvaiheen hoidon toteutuminen

- Muistisairaana henkilön pitkäaikaishoidon saatavuus erilaisissa asumispalveluissa arvioitiin vuonna 2015 heikommaksi kuin sen laatu.
- Tehostettua palveluasumista ei vielä 2015 ollut riittävästi muistisairaille tarkoitetuissa yksiköissä.
- Elämän loppuvaiheen hoito kotona ja tavallisessa palvelutalossa oli harvoin mahdollista.

3.2.8 Palveluiden koordinaatio ja asiakaspalautteet

Vastaajia pyydettiin arvioimaan miten yhdenmukaisesti palvelujen saatavuus, palvelujen koordinoinnin onnistuminen ja uusien toimintatapojen kehittäminen toteutuu eripuolella vastaajan aluetta asuvilla muistisairaille henkilöillä ja heidän läheisillään (kuvio 23).



Kuvio 23. Palveluiden yhdenmukaisuus, koordinaatio, kehittäminen ja asiakaspalautteet (%), 2015

Palveluiden koordinaatio oli hyvää tai jokseenkin hyvää 74 prosentin mielestä vuonna 2015 kun vastaava luku oli vuonna 2010 vain 54 prosenttia. Palveluiden

koordinaatiota piti huonona tai jokseenkin huonona yksi prosentti vuonna 2015 ja 8 prosenttia vuonna 2010.

Uusien toimintatapojen kehittäminen sujui hyvin tai jokseenkin hyvin 67 prosentin mielestä vuonna 2015 kun vastaava luku oli vuonna 2010 vain 57 prosenttia. Uusien toimintatapojen kehittämistä piti huonona tai jokseenkin huonona 7 prosenttia vuonna 2015 ja 16 prosenttia vuonna 2010.

Asiakkaiden osallistumismahdollisuudet näyttivät viidessä vuodessa lisääntyneen. myös. Osallistumismahdollisuuksia piti hyvinä tai jokseenkin hyvinä noin puolet (64 %) vuonna 2015 kun vastaava luku vuonna 2010 oli 38 prosenttia. Asiakkaan osallistumismahdollisuuksia piti huonoina tai jokseenkin huonoina 13 prosenttia vuonna 2015 ja 25 prosenttia vuonna 2010.

Asiakaspalautetta muistisairaiden henkilöiden, heidän läheistensä ja omaistensa palveluista kerääviä kuntia/yhteistoiminta-alueita (n=66) pyydettiin tarkentamaan vapailla vastauksilla mistä palveluista palautetta kerätään. Yleisimmin palautetta kerättiin kotihoidosta (48 %), pitkäaikaisesta hoidosta/asumispalveluista (44 %) sekä omaishoidosta (21 %). Kaksitoista prosenttia vastaajista kertoi, että palautetta kerätään päivätoiminnasta, vuorohoidon ja 8 prosenttia mainitsi muistipoliklinikanpalvelut. Kaksikymmentä kuusi prosenttia vastaajista kertoi, että palautetta kerätään laajasti (esim. ”kaikista palveluista”, ”ikäihmisten palveluista”, ”kuntayhtymässä”). Kolmasosa vastaajista (36 %) mainitsi avovastauksissaan, että asiakaspalautetta kerätään säännöllisesti. Neljä vastaajaa mainitsi, että käytössä on arviointijärjestelmä (”TAK-arviointijärjestelmä”, ”omavalvontasuunnitelma”, ”jatkuva kirjallisen palautteen järjestelmä”, ”säännöllinen palautteen keräämisjärjestelmä”).

- ”Kaikissa Kunta Z:n palvelutuotantoyksikön toimipisteissä, yksiköissä ja osastoilla on jatkuvan kirjallisen palautteen järjestelmä. Palautetta otetaan vastaan myös suoraan eri tilaisuuksissa kannustaen asukkaita ottamaan yhteyttä ja antamaan palautetta.”

Osassa avovastauksissa käsiteltiin myös sitä, millä menetelmillä palautetta kerätään. Erilaisia asiakaskyselyjä mainitsi 27 prosenttia vastaajista, palautteen keräämisen 24 prosentissa. Muita mainittuja palautteen keräämisen keinoja olivat asiakaspalvelun yhteydessä saatu palaute, omaisten illat ja muut tilaisuudet sekä opiskelijoiden toteuttamat asiakashaastattelut.

Asiakaspalautteen kerääminen muistisairailta henkilöiltä ja heidän mukaan ottamisensa palvelujen suunnitteluun ei vielä toteutunut kaikilla alueilla. Joka neljäs alue (23 %) ei kerännyt lainkaan asiakaspalautetta muistisairailta tai heidän omaisiltaan tai läheisiltään.

Barometrissä vastaajilla oli mahdollisuus tarkentaa mistä palveluista asiakaspalautetta kerätään muistisairailta itseltään. Kaikkiaan 50 avovastausta

antoivat saman kuvan kuin edellä käsitelty asiakaspalautteen kerääminen yleensä. Tyypillisimmin palautetta kerättiin kotihoidosta (36 %) ja pitkäaikaisesta hoidosta/asumispalveluista (36 %). Tämän kysymyksen vastaajista 16 prosenttia kertoi, että palautetta kerätään muistisairailta itseltään samoista palveluista kuin muistisairaiden henkilöiden, heidän läheistensä ja omaistensa palveluista yleensä. Toisaalta muutamissa vastauksissa tuotiin esille erityisesti muistisairaille ihmisille räätälöityjä asiakaspalautteen keräämisen muotoja – havainnointi, laatupeli, palautekeskustelut sekä palautteen kerääminen toimintakykyarvioinnin tai palvelujen suunnittelun yhteydessä.

- ”Mikäli muistisairaus ei ole esteenä asiakaspalautteen keräämiselle, kaikista palveluista kerätään palautetta. Suunnitelmissa ottaa käyttöön monipuolisempi palautteen kerääminen muistisairailta (esim. havainnointiin perustuva tiedonkeruu)”
- ”Pitkäaikaishoidossa, lyhytaikaishoidossa, muistipalvelukeskuksessa Muistipkl:lla "Happy or not" välitön asiakaspalautte”
- ”År 2014 gjordes en enkät bland både klienter och anhöriga inom hemvården. På enkäten svarade även personer med minnessjukdomar. Enkäten ska göras vart tredje år. År 2015 görs motsvarande enkät vid serviceboenden”

Lähes joka toinen alue (44 %) keräsi palautetta systemaattisesti ja joka kolmas (33 %) satunnaisesti. Systemaattisen tiedonkeruun välineinä mainittiin muun muassa COPE-lomake omaishoitajien kotikäyntien yhteydessä.

Avovastausten perusteella kerättyä palautetta hyödynnettiin yleisimmin toiminnan tai toiminnan laadun kehittämisessä (85 % tarkentavan vastauksen antaneista). Muutamat vastaukset antoivat eritellymmän kuvan kehittämistyöstä: palautetta käytettiin toiminnan suunnittelussa, laadun varmistamisessa, toimintatapojen ja toiminnan vaikuttavuuden arvioinnissa, palvelujen riittävyyden arvioinnissa, toiminnan suuntaamisessa sekä palvelujen tehostamisessa vähintään yksittäisissä kunnissa ja yhteistyöalueilla.

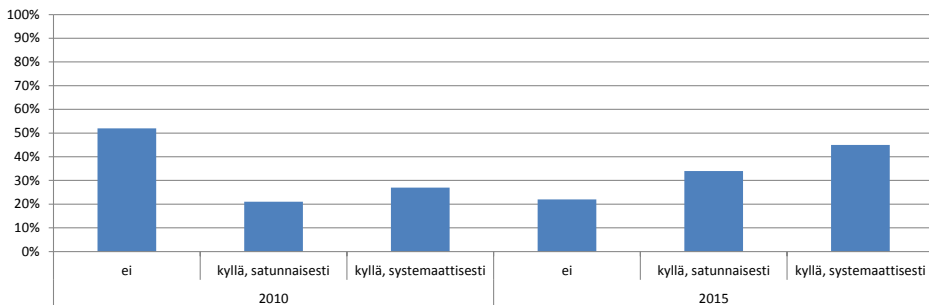
- ”Asiakaspalautetta hyödynnetään palvelujen suunnittelussa ja kehittämisessä sekä laadun varmentamisessa”

Viisi vastaaja kertoo, että palautteiden perusteella korjataan virheitä, epäkohtia tai huonoa toimintaa.

- ”Huono palaute arvioidaan yksikkötasolle ja tehdään korjaavia tmp [toimenpiteitä].”

Vastaukset kysymykseen ”miten asiakaspalautetta hyödynnetään?” eivät anna järjestelmällistä kuvaa palautetta käsittelevistä toimijoista, mutta osa vastauksista otti kantaa myös tähän. Kuusitoista prosenttia vastaajista kertoi, että palautetta käsitellään työntekijöiden kanssa. Muutamat vastaajat kertovat että tulokset viedään

perusturva- tms. lautakuntaan. Yksittäisissä kunnissa tai yhteistyöalueilla palautetta kerrottiin käytettävän koulutusten suunnittelussa sekä omavalvontasuunnitelmien ja vanhuspalvelulain mukaisen suunnitelman tekemisessä. Yhdessä kunnassa/yhteistyöalueella palautetta käsitteli asiakasraati ja muutamat vastaaja kertoo että palautetta esitellään omaisten illoissa. Yksi vastaaja mainitsee, että palautteet ovat julkisesti nähtävillä. Vastausten perusteella näyttää siltä, että palvelujen käyttäjiä tai omaisia ei juurikaan osallistettu palautteiden keräämisen jälkeen palautteiden käsittelyyn tai toiminnan kehittämiseen.



Kuvio 24. Asiakaspalautteen kerääminen muistisairailta tai heidän omaisiltaan ja läheisiltään (%), 2010 ja 2015

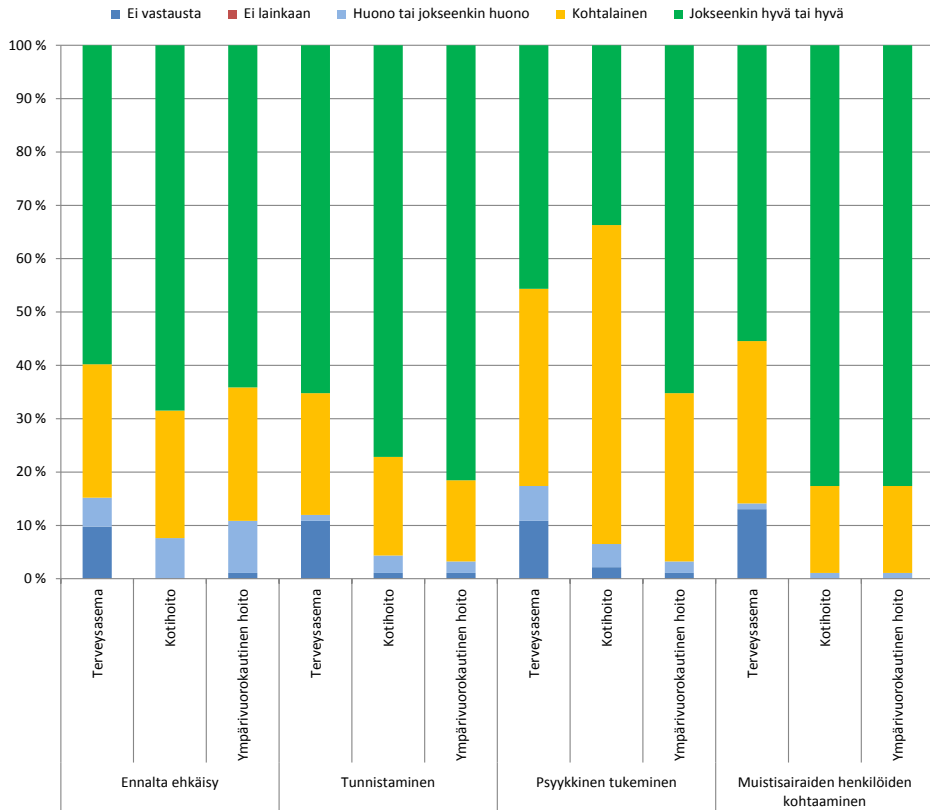
Asiakaspalautteen kerääminen muistisairailta itseltään, heidän omaisiltaan tai läheisiltään on lisääntynyt viiden viimeksi kuluneen vuoden aikana (Kuvio 24).

Kokoomaruutu 7. Palveluiden koordinointi, kehittäminen ja asiakaspalautteet

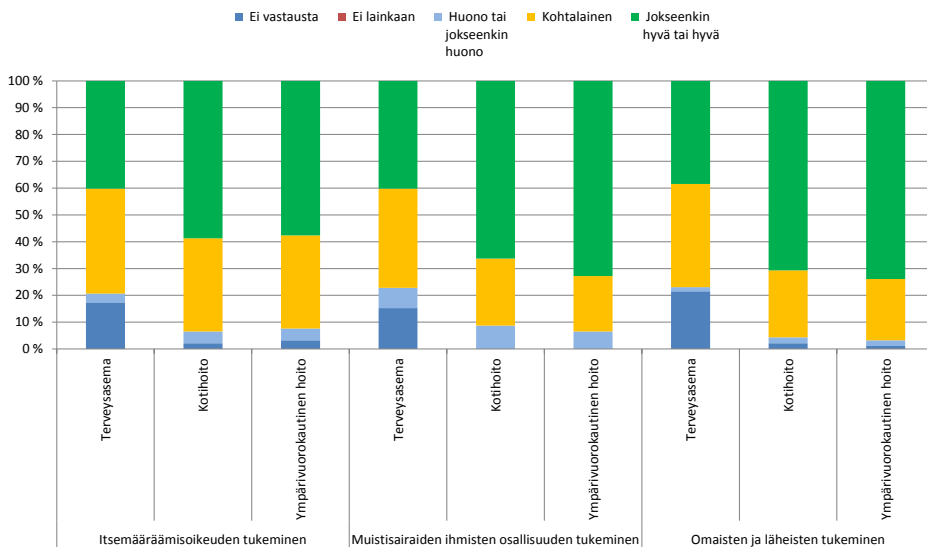
- Vaikka niiden alueiden osuus on lähes kaksinkertaistunut, joilla asiakaspalautetta kerätään ja niiden puolittunut, joilla palautetta ei kerätä, yhä joka viidennellä alueella ei kerätty asiakaspalautetta.
- Asiakaspalautteen kerääminen on ulotettu itse muistisairaisiin henkilöihin ja sekä heitä itseään että heidän läheisiään kuultiin monin paikoin systemaattisesti ja palautetta kerättiin säännöllisesti.
- Asiakkaat tai heidän läheisensä otettiin harvoin mukaan korjaavien toimenpiteiden suunnitteluun.

3.2.9 Henkilöstön osaaminen

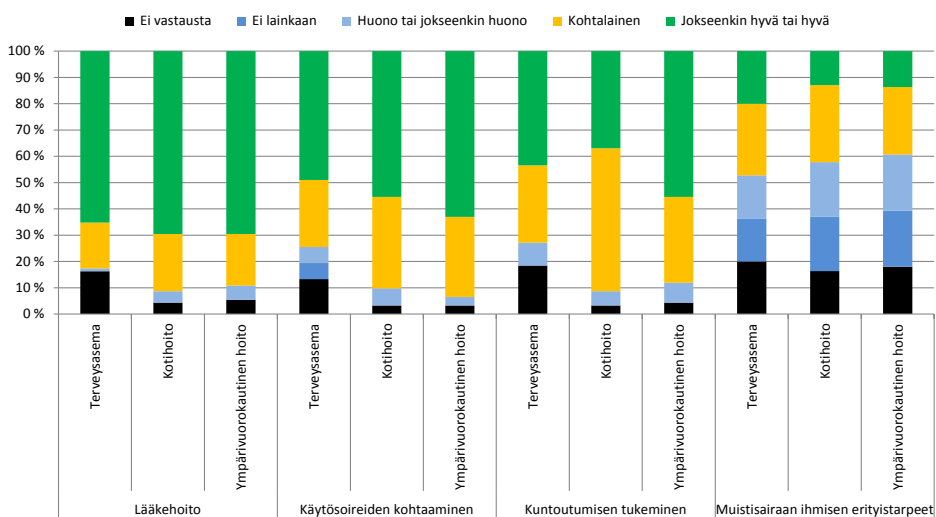
Henkilöstön muistisairauksia koskevan osaamisen jakaumat palvelutyypeittäin on esitetty kuvioissa 25a - c.



Kuvio 25a. Henkilöstön osaaminen vuonna palvelutyypeittäin (%), 2015



Kuvio 25b. Henkilöstön osaaminen palvelutyypeittäin (%), 2015



Kuvio 25c. Henkilöstön osaaminen palvelutyypeittäin (%), vuonna 2015

Kuvioista 25 a - c ilmenee, että vastaajat pitivät kautta linjan terveysasemien henkilöstön osaamista heikompana kuin kotihoidon tai ympärivuorokautista hoitoa tarjoavien asumispalvelujen henkilöstön osaamista. Palvelutyyppistä riippumatta

henkilöstön osaaminen arvioitiin kaikkein heikoimmaksi muistisairaiden ihmisten erityistarpeisiin vastaaminen osalta. Muita vähäisen tai korkeintaan kohtalaisen osaamisen alueita olivat muistisairaiden psyykinen tukeminen ja kuntoutuksen tukeminen. Osaaminen arvioitiin puolestaan palvelutyyppistä riippumatta parhaaksi muistisairauksien tunnistamisen ja muistisairaiden henkilöiden kohtaamisen saralla.

Osaaminen työikäisten muistisairaiden henkilöiden erityistarpeissa on esitetty erikseen taulukossa 5. Kun kyseessä oli työikäinen muistisairas henkilö, vastaajat arvioivat henkilöstön osaamisen useammin heikoksi tai korkeintaan kohtalaiseksi kuin silloin kun muistisairas henkilö oli ikääntynyt. Vain joka neljäs vastaajataho arvioi terveysasemien henkilöstön osaamisen hyväksi tai jokseenkin hyväksi ja joka kolmas kohtalaiseksi. Lähes joka neljäs vastaus puuttui Koti- ja ympärivuorokautisen hoidon henkilöstön työikäisten tarpeita koskeva osaaminen arvioitiin tätäkin heikommaksi – vain joka kuudes vastaajataho piti osaamista hyvänä tai jokseenkin hyvänä (taulukko 5).

Taulukko 5. Osaaminen työikäisten muistisairauksissa

	Työikäisten muistisairaiden ihmisten erityistarpeet		
	Terveysasema	Kotihoito	Ympäri vuorokautinen hoito
	%	%	%
Ei osaa sanoa	23,9	20,7	22,8
Huono tai jokseenkin huono	19,6	26,1	27,2
Kohtalainen	32,6	37,0	32,6
Hyvä tai jokseenkin hyvä	23,9	16,3	17,4

Henkilöstön osaamisesta ei ole tällä tarkkuudella käytettävissä tietoa vuotta 2010 edeltäneeltä ajanjaksolta. Viiden vuoden aikana osaamisen arvioitiin joko säilyneen ennallaan tai kohentuneen. Minkään teema-alueen osaamisen ei arvioitu heikentyneen.

Parhaimmillaan henkilöstön osaaminen on vahvistunut: hyväksi tai jokseenkin hyväksi arvioitu osaaminen lähes kaksinkertaistui. Näin tapahtui muistisairaiden henkilöiden läheisten tukemisessa terveysasemilla (37->57 %) sekä muistisairaiden henkilöiden kuntoutumisen tukemisessa terveysasemilla (23->43 %) ja kotihoidossa (32->54 %). Vaikka osaamisen arvioitiin kehittyneen myönteiseen suuntaan myös työikäisten muistisairaiden henkilöiden erityistarpeiden suhteen, tulos jäi vaatimattomaksi. Palvelutyypeistä paras parantaja oli kotihoito prosenttiyksiköissä laskettuna. Numeeriset jakaumat on esitetty liitteessä 3.

Avovastausten perusteella palveluntuottajien osaamisen varmistamisen käytännöt olivat kunnissa ja yhteistyöalueilla vaihtelevia ja monimuotoisia silloin, kun kunta tai yhteistyöalue hankki ympärivuorokautista hoivaa ja hoitoa ostopalveluina. Yleisimmin osaaminen varmistettiin jo osana kilpailutusprosessia ja palvelusetelillä tapahtuvan palvelun tuottajaksi pääsyn yhteydessä (yli 40 % kysymykseen vastanneista, n=71).

- ”Tarjouspyynnössä edellytetään osaaminen muistisairauksissa, voi olla myös laatutekijä tarjousvertailussa.”

Vastaajista 31 prosenttia kertoi, että palveluntuottajilta vaadittiin osaavaa henkilöstöä (”muistisairauksiin perehtyneisyys”, ”tarkoituksenmukainen henkilöstön määrä ja rakenne”, ”koulutettu henkilökunta”, ”tietyllä osalla henkilöstöstä lisäkoulutusta”, ”työkokemusta muistialalta”). Lisäksi 13 prosenttia vastaajista mainitsi vaatimuksena lisäkoulutuksen (”täydennyskoulutusveloite”, ”säännölliset koulutukset”, ”koulutussuunnitelma”).

- ”Laatuvaatimuksissa edellytetään muistisairauksia hoidon osaamista sekä sitä, että sitä pidetään täydennyskoulutuksilla yllä.”
- ”Kunta Y:llä on käytössä palveluseteli. Henkilöstön osaaminen on määritelty sääntökirjassa. Kunta valvoo palveluntuottajan toimintaa tarkastuskäynneillä. Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon ammatillisella henkilöstöllä tulee olla tarvittava koulutus ja perehtyneisyys. Toimintayksikön on huolehdittava henkilöstönsä ammattitaidon säilymisestä ja kehittämisestä muun muassa täydennyskoulutuksen turvin (laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994). Henkilökunnan osaamisen tulee olla asiakkaiden hoidontarpeen edellyttämällä tasolla.”

Osaamiseen liittyvän ennakkoinnin lisäksi osaamista seurattiin ja valvottiin. Osaamista tarkasteltiin ohjaus- ja neuvontakäynneillä, tarkistuskäynneillä tai auditointien yhteydessä (8 % vastaajista). Yksittäisiä esimerkkejä osaamisen varmistamisesta olivat palvelujen sertifiointivaatimus, reklamaatioiden selvittäminen sekä erikoistuneiden palveluntuottajien valitseminen.

- ”Edellytetään muistisairauksiin perehtyneisyyttä (henkilöstöluettelo, koulutukset). Ohjaus- ja neuvontakäynneillä (valvonta) muistisairaiden hoitotyön erityispiirteet ja niiden huomioiminen hoitotyössä otetaan tarkasteluun. Tällä hetkellä hyvin vähän ulkopuolelta hankittavaa palvelua. Yksilöllisten tarpeiden mukaan hankitaan erityistä haastavasti käyttäytyvien muistisairaiden ympärivuorokautista hoivapalvelua (erikoistuneet palveluntuottajat).”

Kahdeksantoista prosenttia vastaajista kertoi, että alueella ei ollut ostopalveluja. Kolme prosenttia mainitsi, ettei osaa vastata kysymykseen ja neljä prosenttia raportoi, että osaamista ei varmisteta mitenkään.

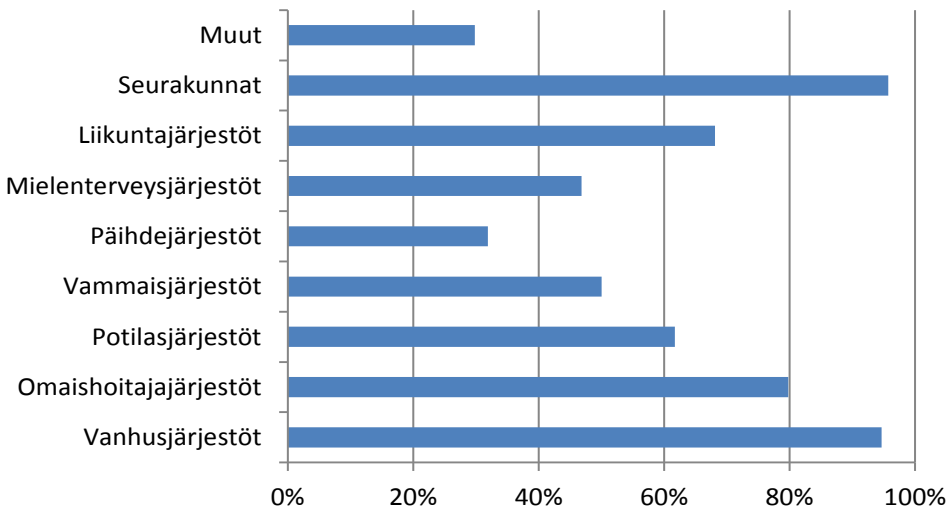
- ”Jää usein toteutumatta. Palveluntuottajia on pienellä paikkakunnilla vain vähän, joten on otettava se, kuka jättää tarjouksen.”

Kokoomaruutu 8. Henkilöstön osaaminen

- Henkilöstön osaaminen arvioitiin parhaimmaksi ja vauhdikkaimmin kehittyväksi kotihoidossa ja heikoimmaksi joskin kehittyväksi terveysasemilla.
- Selkeä osaamisen vahvistumisen muutos oli meneillään.
- Heikoimmat osaamisalueet liittyivät muistisairaiden henkilöiden erityistarpeisiin varsinkin silloin jos muistisairas henkilö oli työikäinen.
- Ostopalvelujen osalta kuntien mahdollisuudet varmistua henkilöstön osaamisesta olivat kirjavina.

3.2.10 Yhteistyö kolmannen sektorin kanssa

Vastaajista valtaosa ilmoitti tekevänsä yhteistyötä kolmannen sektorin kanssa. Useimmiten yhteistyökumppanina olivat vanhusjärjestöt ja seurakunnat useimmiten (Kuvio 26).



Kuvio 26. Yhteistyöt kolmannen sektorin kanssa (%), 2015

Kolmannen sektorin yhteistyötahoista mainittiin avovastauksissa SPR, Lionsjärjestö, Marttaliitto, Rotaryt ja Suomen muistiasiantuntijat (Sumu). Yhteistyötä eri muistiyhdistysten kanssa teki 80 prosenttia vastanneista. Yleisin yhteistyön muoto on ammattilaisten osaamisen vahvistaminen esim. koulutuksilla ja organisoimalla ammattilaisten verkostojen toimintaa sekä erilaiset tapahtumat ja teemapäivät. Keskeisimmiksi sisällöiksi mainittiin muistikahvilat, ensitietoillat, ehkäisevä työ ja neuvonta, vertaistukitoiminta sekä koulutus.

- ”Järjestetty teematilaisuuksia esim. lääkityksestä. erilaisista palveluista, ravitsemuksesta, liikunnasta, järjestämällä virkistystapahtumia, informoimalla koulutuksista ja seminaareista”
- ”Järjestetty yhteistyössä ennaltaehkäiseviä tapahtumia mm. viimeksi lujat luut, ja lihas voimaan kohdistuvia tilaisuuksia kuntayhtymän alueella”
- ”Järjestöille tiedotetaan kaupungin toiminnasta ja kuntalaisten oman hyvinvoinnin ylläpitämisen mahdollisuuksista. Vanhustyöjärjestöille on kerrottu esim. Finger-tutkimuksen tuloksista. Omaishoitajajärjestöt täydentävät kaupungin omia palveluita esim. omaisille suunnattujen koulutusten ja tapahtumien muodossa. Oppilaitosten kanssa on esim. järjestetty omaishoitajille virkistysiltapäiviä Järjestetty teematilaisuuksia esim. lääkityksestä. erilaisista palveluista, ravitsemuksesta, liikunnasta, järjestämällä virkistystapahtumia, informoimalla koulutuksista ja seminaareista”
- ”Koulutusta järjestetty, ensitietopäivät, ulkoilut, virkistyspäivä, ystäväpalvelut, koirakaverit, muistikaverit, lauluhetket yhteistyötapaamiset potilasjärjestöjen kanssa sekä vanhusneuvostojen kanssa. Seurakuntien järjestämät hartaushetket”
- ”Osallistumalla yhteistyö- ja kehittämissyöryhmiin, järjestämällä asiantuntijoiden verkostotapaamisia, ohjaamalla asiakkaita toinen toistemme palvelujen ja toiminnan piiriin jne.”

Muistiluotsien (Muistiliton maakunnallisten asiantuntija- ja tukikeskusten) muistisairaille ja omaisille tarjoamista palveluista yleisimmin mainittiin vertaistukitoiminta, yhdistyksen antama tuki ja neuvonta muistisairaille ihmisille ja omaisille sekä erilaiset muistisairauksiin liittyvät tilaisuudet ja tapahtumat. Useat vastaajat kuvasivat yhteistyötä Muistiluotsien kanssa jatkuvaksi toimintatavaksi ja vastausten perusteella Muistiluotsien asiantuntijuudelle oli käyttöä

Alueiden yhteistyöodotukset Muisti-, Alzheimer- tai dementiaiyhdistykselle sisälsivät toiveen tiivistä tai nykyistä tiiviimmästä yhteistyöstä. Etupäässä toivottiin informaatiota neuvontaa ja koulutusta sekä muistisairaiden edunvalvontaa. Lisäksi toivottiin omaisten tukemista.

- ”Yhteistyöodotukset liittyvät ennaltaehkäisevään työhön, vertaistukeen ja koulutukseen”
- ”Ensitietokursseja, myös ruotsinkielellä yhteistyö vertaistukitoiminta, omaisten ryhmiä vaikka yhteistyössä”

- ”Edunvalvontajärjestönä toimiminen - linjaukset muistipotilaiden hoitoon”
- ”Edunvalvontaan liittyvää koulutusta, Ajoterveyteen liittyvää koulutusta ammattihenkilöille ja ikäihmisille. Muistihoitajan työssäni kohtaan usein ajoterveyteen liittyviä ongelmia varsinkin tilanteessa, kun asiakkaalta menee auton ajolupa. >siinä tukeminen”
- ”Kirjallista materiaalia =esitteitä -toivottuja, koska kaikki potilaat, asiakkaat, omaiset eivät käytä tietokonetta”
- ”Nettisivut hyvät ja niiden ylläpito tärkeää”
- ”Samoin paljon tietoiskuja seminaareja kunnan päättäjille. Missä kerrotaan mitä kaikkea seuraa siitä kun muisti huononee. Samoin henkilökunnalle koulutusta muistiin liittyvistä asioista opitaan ymmärtämään miten muistisairas tulee kohdata”
- ”Tiedon tuottaminen. Erityisesti muistisairaiden kuntoutukseen (muuhunkin kuin lääkinnälliseen) uusien välineiden ja käytäntöjen kehittäminen. Esim. Fingerin ja Kaisu Pitkälän & kumppaneiden tutkimustulosten hyödyntämiskeinot”

Kokoomaruutu 9. Kuntien tai alueiden ja kolmannen sektorin yhteistyöstä

- Yhteistyö kuntien tai alueiden sekä kolmannen sektorin välillä oli monimuotoista, pitkään jatkunutta sekä hyväksi koettua.
- Kolmannelta sektorilta odotettiin asiantuntemusta ja koulutusta.

3.2.11 Palaute kyselystä

Kyselystä annettu palaute kannustaa lyhentämään ja selkiyttämään muistibarometrin kysymyksiä jatkossa. Vapaisiin kentiin oli kirjoitettu paljon asiaa, joka osoitti vastaajien pitävän muistiin liittyviä asioita merkityksellisinä ja vastaajien yrittäneen paneutua kysymyksiin huolella. Ohessa on esitetty muutamia palautevastauksia:

- ”Kyseessä on tärkeä asia ja erityisesti yksinasuvan muistisairaana asiakkaan kotona asuminen on haasteellista. Miten saamme hänen elämäänsä tuettua niin, ettei tule turvattomuutta ja päivittäinen elämä sujuu, eikä asiakas jäisi kotiin neljän seinän sisälle”
- ”Tärkeä aihe: Paljon olisi tehtävää muistisairaiden eteen, jotta voisivat elää arjessa laadukasta ja hyvää elämää. Omaisia tulisi tukea entistä enemmän, Koulutusta tarvittaisiin lisää aivan muistisairaana arjen tukemisessa. Verisuoniperäisen muistisairaudesta ennaltaehkäisyssä on paljon työtä: Usein

ihminen ei osaa ajatella, miksi häntä ohjataan terveisiin elämän tapoihin, kun vielä pärjää. Neuvoja ei oteta vastaan”

- ”liian pitkä ja samantyyppiset kysymykset”
- ”Vaikea vastata kun toiminta on kehitteillä osa alkamassa syksyllä ja osa ollut jo pitkään toiminnassa”
- ”muistisairaiden kaltoin kohtelun ehkäiseminen ja tunnistaminen ja oikeiden toimintatapojen ja kuntouttavien toimien kehittäminen voisi olla lähivuosien kehittämisen teemana yhteistyössä järjestöjen kanssa muistisairauden ja sen aiheuttaman erilaisuuden hyväksyminen yhteiskunnassa, aitoa kuulemisen kulttuurin kehittämistä edunvalvojien toiminnan kehittäminen yksilölliseksi; valtakunnallisesti tätä toimintaa pitää kehittää, nyt edunvalvojilla voi olla satoja asiakkaita eikä yksilöllinen toiminta ole mahdollista kognitiivisten harjoitteiden kehittäminen hieman parempikuntoisille, niiden mainostaminen ja tiedottaminen”
- ”Nästa gång vill vi gärna ha enkäten även på svenska”
- ”Kiitos Jospa tämä auttaisi kehittämään muistisairaahan hoitopolkua eteenpäin”

3.3 Yhteenveto ja päätelmät muistibarometrin tuloksista

Muistibarometrin 2015 keskeisimmät tulokset ja niiden vertailu aiempiin barometreihin osoittavat, että kuntien ja yhteistyöalueiden oma käsitys tekemästään työstä ja kyky jäsenellä toimintaansa näyttää muuttuneen lähes kaikilta kysytyiltä osilta paremmaksi. Vaikka muistisairaiden ja heidän läheistensä palveluissa, tuessa ja hoidossa on tapahtunut myönteistä kehitystä, ikärakenteen nopea muutos ja sen myötä muistisairauksien lisääntyminen sekä palvelurakenteen muutos aiheuttavat sen, että kehitys ei sittenkään ole ollut riittävän nopeaa.

Suunnitelmallisuus: Vanhuspalvelulain tarkoittamat suunnitelmat iäkkään väestön tukemiseksi olivat kaikilla vastanneilla alueilla vähintään suunnitelmissa, useimmilla jo ajantasaisina, mutta vastaajat eivät aina tunteneet näitä suunnitelmia kovin hyvin ja niiltä osin kuin tunsivat, muistisairaiden tarpeet oli otettu huomioon näissä suunnitelmissa vain osittain. Se mitä ei suunnitella ja budjetoida, ei yleensä tapahdu.

Muistisairauksien **ehkäisy** on vielä alkutekijöissään. Aivoterveiden edistäminen ei ollut systemaattista ja kaikenikäisten neuvolatoiminnan osuus oli vielä tältä osin epäselvää. Toisaalta uusin tieto ehkäisevän työn vaikuttavuudesta (Ngandu ym. 2015) ei ole vielä voinutkaan ehtiä näkymään toiminnassa.

Pienillä kunnilla ei ollut **työikäisenä sairastuneille** muistisairaille henkilöille oman ikäisille tarkoitettuja palveluja. Koska yhtenäiset toimintatavat puuttuivat, työikäisinä sairastuneilla on riski jäädä nykyisen palvelujärjestelmän ulkopuolelle.

Alkuvaiheen diagnosoinnit, neuvonta ja palvelut näytti selkeästi parantuneen sekä saatavuuden että laadun osalta. Muistineuvoloiden tai muistipoliklinikoiden sekä muistihoitajien yleistyminen johtui todennäköisesti vanhuspalvelulain voimaantulosta 2013. Laki edellyttää vastuutyöntekijän asettamista (§17) silloin kun ikääntynyt tarvitsee apua palveluiden toteuttamisessa ja yhteensovittamisessa. Vaikka muistihoitajien ja muistikoordinaattoreiden yleisyys on kasvanut, kolmannes muistihoitajista on edelleen osa-aikaisia. Ilmiö voi liittyä Suomen kuntarakenteeseen jossa pieniä yksittäisiä kuntia on vielä paljon tai se voi liittyä näennäiskorjaukseen, jossa työntekijä nimetään osittaiseen muistityöhön, mutta todellisuudessa hänen työnsä liittyykin muualle kuten diabetespoliklinikkaan tai johonkin muuhun vastaavaan työhön. Vastaajat pitivät diagnosoivaiheeseen liittyvän neuvonnan saatavuutta kohtalaisena tai hyvänä, mutta kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuspalvelut näyttivät laahanneen muita palveluita jäljessä koko kymmenvuotiskauden. On mahdollista, että nykyisenkaltaisia palveluita kannattaisi kehittää paremmin asiakkaiden tarpeita vastaaviksi. Sen jälkeen tarvitaan vielä näyttöä näiden palveluiden vaikuttavuudesta.

Ensivaiheen jälkeen tarjottavien palveluiden saatavuus ja laatu näyttivät kohentuneen jonkin verran kautta linjan, mutta pulmakohdat ovat muistisairaiden henkilöiden hyvinvoinnin kannalta oleellisia. Vanhuspalvelulain edellyttämän kuntoutussuunnitelman puuttuminen on selkeä puute toimintakyvyn ylläpitoa ja kotona asumista silmälläpitäen. Kokonaisvaltaisesti laadittuna suunnitelma tukee omaishoitoa, ennakoi käyttösoireiden kohtaamista ja hoitoa sekä tukee kognition säilymistä ja arjessa selviytymistä.

Ensivaiheen jälkeen tarjottavassa palveluvalikossa ovat perin niukasti edustettuna juuri ne palvelut, joiden varassa kotihoitoa voitaisiin jatkaa nykyistä pidempään: 1) ilta- yö ja viikonloppuajainen hoito vaatimattomia sekä saatavuudeltaan että laadultaan 2) muistisairaille suunnattua omaa päivätoimintaa ei vielä ole kaikkialla saatavilla 3) kotiin kohdennetun lomituspalvelun saatavuus on pysynyt ennallaan tai huonontunut. Tosin muualla kuin kotona annetun loma- ja lomitushoidon saatavuus on parantunut.

Kun edellä olevaan lisätään tukipalveluiden heikko kehitys (ateriapalveluita lukuun ottamatta), muistisairaiden iäkkäiden kotona selviytymisen mahdollisuudet eivät vielä vuonna 2015 vaikuta aiempaa paremmilta: 1) tukipalvelujen saatavuus on lisääntynyt varsin vähän 10 vuoden aikana 2) ateriapalveluiden saatavuus on ollut jo 10 vuotta vähintään kohtalainen ja useimmiten hyvä tai jokseenkin hyvä. 3) kuljetuspalvelujen saatavuuden ja laadun heikentyminen on huomattavaa 4) asunnonmuutostöiden ja kuljetuspalvelujen toteutuminen muistisairailta on heikkoa.

Jos kotona asumista tukevat palvelut eivät ole riittäviä, vaihtoehtoksi jää muuttaminen pois kotoa. Muistisairaana henkilön pitkäaikaishoidon saatavuus erilaisissa asumispalveluissa arvioitiin vuonna 2015 heikommaksi kuin sen laatu. Toisaalta nyt tiedetään, että laitoshoido tulee kutistumaan ja tehostettu

palveluasuminen kasvamaan. Tehostettua palveluasumista ei vielä 2015 ollut vastaajatahojen arvion mukaan riittävästi Elämän loppuvaiheen hoito kotona ja tavallisessa palvelutalossa oli harvoin mahdollista kotona.

Hyvän hoidon ja asianmukaisten palvelujen kohdentamisessa on ensisijaisesti kyse työntekijöiden **osaamisesta**. Selkeä osaamisen vahvistumisen muutos oli onneksi meneillään. Henkilöstön osaaminen arvioitiin parhaimmaksi ja vauhdikkaimmin kehittyväksi kotihoidossa ja heikoimmaksi, joskin kehittyväksi, terveysasemilla. Tämä löydös on hälyttävä sen vuoksi, että terveysasemat ovat kaiken kysynnän solmukohta ja siellä osaaminen määrittää asiakkaiden ohjaamista ja palvelujen saantia koko sosiaali- ja terveyspalvelujen kentässä. Heikoimmat osaamisalueet liittyivät muistisairaiden erityistarpeisiin varsinkin silloin jos muistisairas henkilö oli **työkäinen**.

Ostopalvelujen osalta kuntien mahdollisuudet ja tavat varmistua henkilöstön osaamisesta olivat monimuotoisia. Erilaisia strategioita osaamisen varmistamiseksi oli omaksuttu. Palvelujen ulkoistaminen näyttää olevan kasvava suuntaus vanhusten sosiaali- ja terveyspalveluissa. Toisilta oppiminen ja yhtenäiset toimintatavat myös osaamisen suhteen turvaisivat vielä nykyistä paremmin palvelun asianmukaisuuden.

Vaikka niiden alueiden osuus on lähes kaksinkertaistunut, joilla **asiakaspalautetta kerätään** ja niiden puolittunut, joilla palautetta ei kerätä, yhä joka viides alue ei kerää asiakaspalautetta. Asiakaspalautteen kerääminen oli ulotettu itse muistisairaisiin ja sekä heitä itseään että heidän läheisiään on kuultu monin paikoin systemaattisesti ja palautetta kerätty säännöllisesti. Asiakkaat tai heidän läheisensä otettiin harvoin mukaan korjaavien toimenpiteiden suunnitteluun. Asiakaspalautteen kerääminen on vuoden 2013 jälkeen ollut palveluiden tarjoajien lakisääteinen velvollisuus. Toistaiseksi asiakaspalautteen kerääminen muistisairailta on ollut sirpaleista ja rajoittunut vain hyvin varhaiseen sairauden vaiheeseen. Keskivaikeaan ja sitä vaikeampaan vaiheeseen edennyt sairaus saattaa edellyttää konkreettista erikseen räätälöityä tiedonkeruuta.

Yhteistyö kuntien tai alueiden sekä kolmannen sektorin välillä oli monimuotoista, pitkään jatkunutta sekä hyväksi koettua. Kolmannelta sektorilta odotettiin asiantuntemusta ja koulutusta. Vanhuspalvelulain 4 § mukaan kunnan eri toimialojen on toimittava yhteistyössä keskenään ja tehtävä yhteistyötä kunnassa toimivien julkisten tahojen, yritysten sekä ikääntynyttä väestöä edustavien järjestöjen ja muiden yleishyödyllisten yhteisöjen kanssa ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi. Muistisairaat ihmiset ovat hauraita henkilöitä, joiden hyvinvointi edellyttää monien tahojen yhteistyötä. Kolmannelta sektorilta odotetaan asiantuntemusta ja koulutusta.

4 RAI-järjestelmä kansallisen muistiohjelman tukena

4.1 Perustietoa RAI-järjestelmästä

Kansainvälinen laadun ja kustannusvaikuttavuuden arviointi- ja seurantajärjestelmä, RAI, on yksi tapa toteuttaa vanhuspalvelulain (2012/980) edellyttämää monialaista palvelutarpeen arviointia myös muistisairailta henkilöillä. Järjestelmän käytön edellyttämä laaja tiedonkeruu käsittää useita muistisairaiden hyvään hoitoon ja kotona asumisen mahdollistamiseen liittyviä tekijöitä.

Tähän julkaisuun kerättiin THL:n ylläpitämästä RAI-tietokannasta kooste muistisairaiden henkilöiden psyykenlääkkeiden käytöstä vanhuspalveluissa vuonna 2015 sekä säännöllisen kotihoidon muistisairaita ihmisiä hoitavien omaisten kuormittuneisuudesta. Psyykenlääkkeiden käyttöä koskevat tiedot otettiin mukaan EU:n (2015) viitattua rahoittamansa ALCOVE hankkeen²³ ohjeeseen vähentää psyykenlääkkeitä ja erityisesti psykoosilääkkeitä muistisairaiden hoidossa. Omaisten kuormittuneisuus puolestaan otettiin mukaan nykyisen hallituksen valittua omaishoidon kärkihankkeeseen²⁴.

4.2 Aineisto ja menetelmät

Kansallisen muistiohjelman tueksi analysoitiin valittuja muistisairaiden lääkitykseen ja omaishoitoon liittyviä tekijöitä käyttäen hyväksi THL:n RAI-tietokantaa ajanjaksolta 1.10.2014 - 31.3.2015, missä jokainen henkilö on arvioitu vain kerran. Aineistosta poistettiin lyhytaikaisasiakkaat.

Kotihoidon RAI-aineistosta (n=18 662), joka vastaa noin neljäsosaa maan säännöllisen kotihoidon kaikista asiakkaista, poimittiin kaikki säännöllistä kotihoitoa saaneet muistisairaajat henkilöt (n=7 303). Heitä oli 40 prosenttia kaikista RAI-aineiston säännöllisen kotihoidon asiakkaista. Muistisairauden diagnooseihin sisällytettiin maailman terveysjärjestön, WHO:n, kehittämän ja Suomessa THL:n ylläpitämän ICD-10 tautiluokituksen seuraavat koodit: F00, F01, F02 ja F03 sekä hakusanat dementia ja Alzheimerin tauti.

Ympäri vuorokautista asumispalvelua tarjoavan hoivan (tehostettu palveluasuminen, vanhainkoti, terveyskeskuksen vuodeosasto) osalta käytettiin yhdistettyä tietokantaa (n= 42 255), missä ympärivuorokautista hoivaa ja apua tarjoavien asumispalvelujen asukkaita oli yhteensä (n=19 888). Tässä tietokannassa

²³ <http://www.alcove-project.eu/>

²⁴ <http://valtioneuvosto.fi/hallitusohjelman-toteutus/hyvinvointi>

muistisairaus oli kirjattu asiapapereista löytyvien diagnoosien mukaan joko Alzheimerin taudiksi tai muuksi muistisairaudeksi (n=13 111). Muistisairaita henkilöitä asui tehostetussa palveluasumisessa 8 574 henkilöä, vanhainkodeissa 3 596 henkilöä ja terveyskeskuksen pitkäaikaisosastolla 941 henkilöä.

Kognition vajuus on esitetty Cognitive Performance Scalen avulla (CPS)²⁵, jonka asteikko on 0 – 6, missä 0 merkitsee normaalia kognitiota ja 6 erittäin vaikeaa vajuusta. Asteikkoa luhistettiin pienen nelosluokan vuoksi yhdistämällä luokat 3 ja 4, jolloin asteikoksi tässä julkaisussa muodostui 0-5. Aineistot käsiteltiin SAS-ohjelmalla ja esitettiin suorina jakaumina ja ristiin taulukoituina.

Muistilääkkeiksi luokiteltiin memantiini (ATC N06DX01), AKE-estäjät donepetsiili (ATC N06DA02), rivastigmiini (ATC N06DA03) ja galantamiini (N06DA04). Näiden lääkkeiden käyttö poimittiin arviointiviikon aikana käytettyjen lääkkeiden listasta

Psykoosilääkkeiden kokonaismäärä poimittiin hoitajien lääkelistojen perusteella luokittelemista lääketyypeistä. Hoitajille annettu ohjeistus oli: kirjaa niiden päivien lukumäärä arviointiviikon aikana, jolloin arvioitava oli saanut 1) psykoosilääkettä, 2) rauhoittavaa lääkettä, 3) unilääkettä. Lisäksi asukkaiden lääkelistoista poimittiin erikseen seuraavat atyyppiset psykoosilääkkeet risperidoni (ATC N05AX08) klotsapiini (ATC N05AH02) ketiapiini (ATC N05AH04) ja olantsapiini (ATC N05AH03).

4.3 Lääkityksen kipukohdat muistisairailta henkilöillä

Muistisairaiden henkilöiden lääkityksen ydinkohtana on, että henkilö saa lääkkeitä, joista hänelle on hyötyä mutta ei saa lääkkeitä, joiden hyöty on kyseenalainen tai joista on haittaa.

Muistilääkkeiden hyödyn arvioidaan olevan merkittävin sairauden alku- ja keskivaiheessa ja vähäinen sairauden edettyä. Psykyklääkkeitä, erityisesti psykoosilääkkeitä, pitäisi välttää muistisairauden kaikissa vaiheissa käytösoireiden hoidossa²⁶.

4.3.1 Muistilääkkeet vanhuspalveluiden muistisairailta asiakkailta

Muistilääkkeiden käyttö muistisairailta vanhuspalvelujen asiakkailta oli melko yleistä.

Säännöllisen kotihoidon muistisairaista asiakkaista 62,5 % sai yhtä tai useampaa muistilääkettä. Miehistä muistilääkettä sai 56,7 ja naisista 64,7 prosenttia.

²⁵ Morris JN, Fries BE, Mehr DR, Hawes C, Philips C, Mor V, Lipsitz L. MDS Cognitive Performance Scale. *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 1994;49(4):M174-M182.

²⁶Käypä hoito-suositus. Muistisairaudet. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/hoi/hoi50044.pdf>

Tehostetun palveluasumisen muistisairaista asiakkaista joka toinen (Taulukko 6) sai yhtä tai useampaa muistilääkettä. Miehistä muistilääkettä sai 47 prosenttia ja naisista muistilääkettä sai 50 prosenttia.

Vanhainkotien muistisairaista asiakkaista 42,3 prosenttia sai yhtä tai useampaa muistilääkettä. Miehistä muistilääkettä sai 45 prosenttia ja naisista 39 prosenttia.

Terveyskeskusten pitkäaikaisosastojen muistisairaista asiakkaista yhtä tai useampaa muistilääkettä sai 36,7 prosenttia. Miehistä lääkkeensaajia oli 41 prosenttia ja naisista 32 prosenttia. Muistilääkkeiden käyttö lääkeryhmittäin molemmilla sukupuolilla on esitetty taulukossa 6 ja jakaumat kognition vajuksen mukaan kuvioissa 27 ja 28.

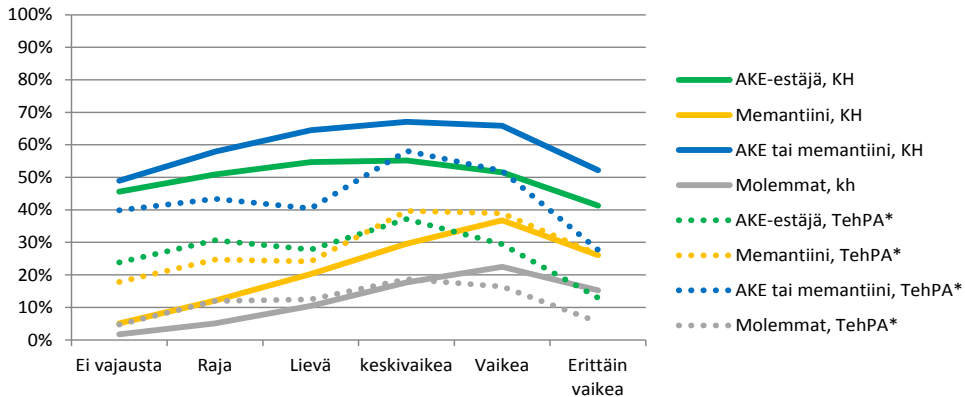
Taulukko 6. Muistilääkkeet vanhuspalveluissa

	Säännöllinen kotihoito	Tehostettu palveluasuminen	Vanhainkoti	Terveyskeskus, pitkäaikaisosasto
	%	%	%	%
Jokin muistilääke	62,5	49,0	42,3	34,8
Jokin AKE-estäjä	52,6	30,1	20,2	18,5
Donepetsiili	30,3	13,4	8,6	7,6
Rivastigmiini	16,5	12,8	9,3	8,7
Galantamiini	5,9	3,9	2,3	2,2
Memantiini	21,4	34,0	31,9	23,3
AKE-estäjä + memantiini	11,6	15,0	9,8	7,0

Ympäri vuorokautista hoivaa tarjoavien asumispalvelujen asukkaat saivat harvemmin muistilääkettä kuin kotihoidon asiakkaat.

Vanhuspalveluiden yleisimmin käytetyt muistilääkkeet olivat memantiini ja donepetsiili. Yhdistelmälääkitys oli vain noin yhdellä kymmenestä. Galantamiinin suosio oli muita AKE-estäjiä vähäisempi kaikissa vanhuspalveluissa.

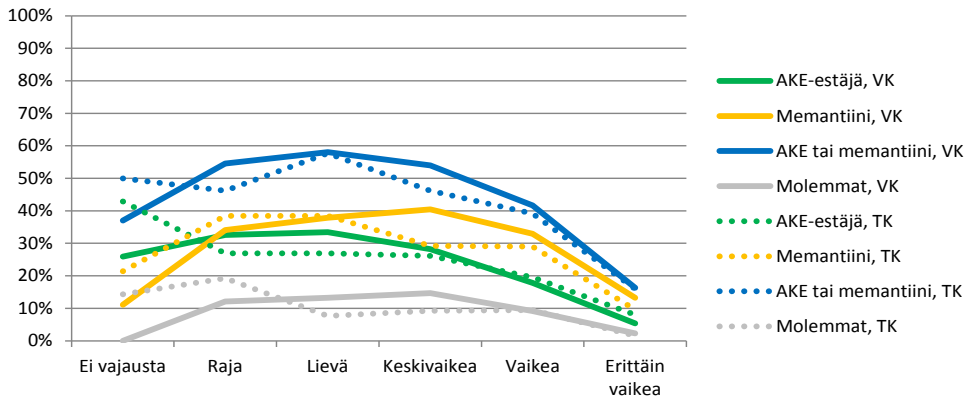
Kuvio 27 osoittaa, että lukuun ottamatta vaikeinta kognition vajausta, säännöllisessä kotihoidossa ja tehostetussa palveluasumisessa memantiinia annettiin sitä useammin mitä vaikeampi kognition vajuus oli. AKE-estäjien käyttö alkoi tasaantua jo sairauden keskivaikeassa vaiheessa.



Selite: KH = säännöllinen kotihoito, TehPA = tehostettu palveluasuminen

*Mukana laitoshoidon RAI:ta käyttävät paikat n=7224 asukasta

Kuvio 27. Muistilääkkeiden käyttö (%) kognition vajauksen vaikeusasteen mukaan säännöllisen kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen muistisairailta asiakkailla



Selite: VK = vanhainkoti, TK = terveyskeskus, pitkäaikaissosastot

Kuvio 28. Muistilääkkeiden käyttö (%) kognition vajauksen vaikeusasteen mukaan laitoshoidon muistisairailta asiakkailla, 2015

Kuvioita 27 ja 28 vertailemalla ilmenee kaikkien muistilääketyyppien käytön alkavan vähetä laitoshoidon muistisairailta asiakkailla kognition vajauksen varhaisemmassa vaiheessa kuin kotihoidon asiakkailla.

4.3.2 Käyttöoireet ja psykoosilääkkeet muistisairailta vanhuspalveluiden asiakkailla

Käyttöoireet ovat muistisairauksiin kuuluvia neuropsykiatrisia oireita (Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD), jotka liittyvät sairauden aiheuttamiin muutoksiin aivoissa ja sen seurauksena sairastuneen henkilön

muistamattomuuteen, ahdistuneisuuteen tai virhetulkintoihin omasta kehosta tai ympäristöstä. Nämä asiat ilmenevät epätarkoituksenmukaisena ”outona” käyttäytymisenä. Joskus nämä oireet täyttävät psykoosin kriteerit ja silloin niitä hoidetaan psykoosilääkkein.

Tyypillisiä käytösoireita ovat apatia, levottomuus, epätarkoituksenmukainen vaeltelu tai touhuilu, tavaroiden hamstraaminen ja kätkeminen, erilaiset huomiota herättävät ääntelyt, syljeskely, riisuutuminen julkisella paikalla, verbaalinen ja fyysinen aggressiivisuus sekä hoidon tai avun vastustelu. Tässä julkaisussa on arvioitu viisi oiretta, kuljeskelu, verbaalinen ja fyysinen aggressiivisuus, sosiaalisesti huomiota herättävä poikkeava käyttäytyminen ja avun vastustelu.

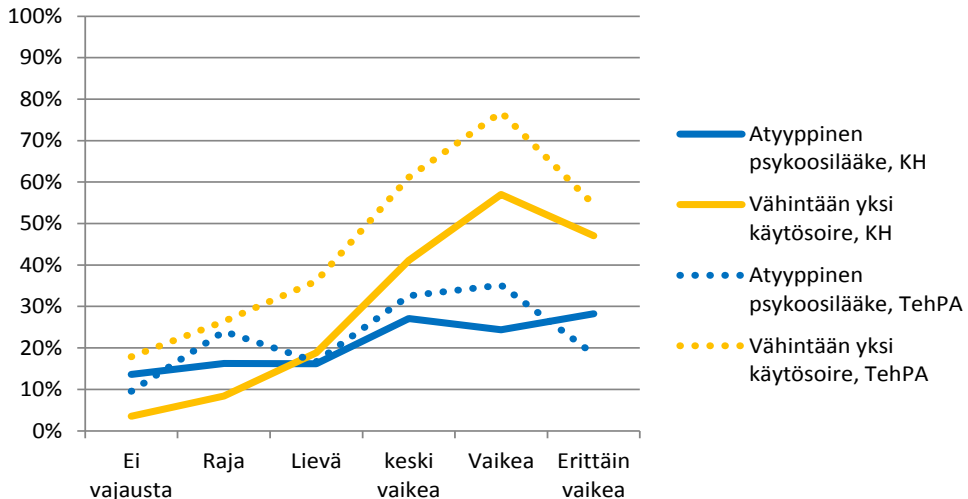
Säännöllisen kotihoiton muistisairaista asiakkaista yhdellä neljästä oli vähintään yksi käytösoire ja noin yksi kuudesta henkilöstä sai jotain psykoosilääkettä. Kotihoito ilmoitti psykoosilääkettä saavien osuudeksi 15,6 % mutta lääkelistoista laskettuna atyyppistä lääkettä sai 18,9 % asiakkaista. Psykoosilääkkeiden käyttö koostui atyyppisistä lääkkeistä. Yleisin oli risperidoni ja toiseksi yleisin oli ketiapiini. Olantsapiinin ja klotsapiinin osuudet olivat pieniä (taulukko 7).

Taulukko 7. Käytösoireiden esiintyvyys ja psykofarmakoiden käyttö vanhushpalveluissa

	Säännöllinen kotihoito	Tehostettu palveluasuminen	Vanhainkoti	Terveyskeskus, pitkäaikaisosasto
	%	%	%	%
Yksi tai useampi käytösoire	24,4	59,3	57,5	53,7
Atyyppinen psykoosilääke	18,9	28,6	27,7	34,9
risperidoni	10,2	15,5	14,6	20,3
ketiapiini	7,3	11,2	10,2	13,3
olantsapiini	1,7	2,5	3,2	1,9
klotsapiini	0,1	0,2	0,5	0,5
Jokin rauhoittava lääke	5,8	26,5	25,4	31,9
Melatoniini	14,8	16,6	15,0	9,0
Muu unilääke kuin melatoniini	10	5,2	1,4	10,8

Tehostetun palveluasumisen asukkaista vähintään yksi käytösoire oli useammalla kuin joka toisella henkilöllä ja mikä tahansa psykoosilääke lähes joka kolmannella (31,3 %). Atyyppistä psykoosilääkettä sai 28,9 % muistisairaista asukkaista. Luvut olivat vanhainkodeissa muuten samankaltaisia (taulukko 7), mutta

psykoosilääkkeiden käyttö oli siellä lähes kokonaan atyyppistä (perinteinen psykoosilääke 4 henkilöä). Sama päti terveyskeskusten pitkäaikaisosastoihin, missä atyyppisten osuus oli 34,9 laskettuna lääkelistoista ja hoitajien ilmoituksen mukaan psykoosilääkkeiden osuus 34,1 % kaikkiaan. Vaikka kotihoidon asiakkailta psykoosilääkkeiden käyttö oli palvelutaloja vähäisempää, niiden käyttö lisääntyi koko ajan muistisairauden edetessä kun asumispalveluissa psykoosilääkkeiden käyttö vähenee muistisairauden vaikeimmassa vaiheessa (kuviot 29 ja 30).



Selite: KH = säännöllinen kotihoito, TehPA = tehostettu palveluasuminen

Kuvio 29. Psykoosilääkkeiden käyttö ja käytösoireet (%) kognition vajuksen vaikeusasteen mukaan (%) säännöllisen kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen muistisairailta asiakkailta, 2015

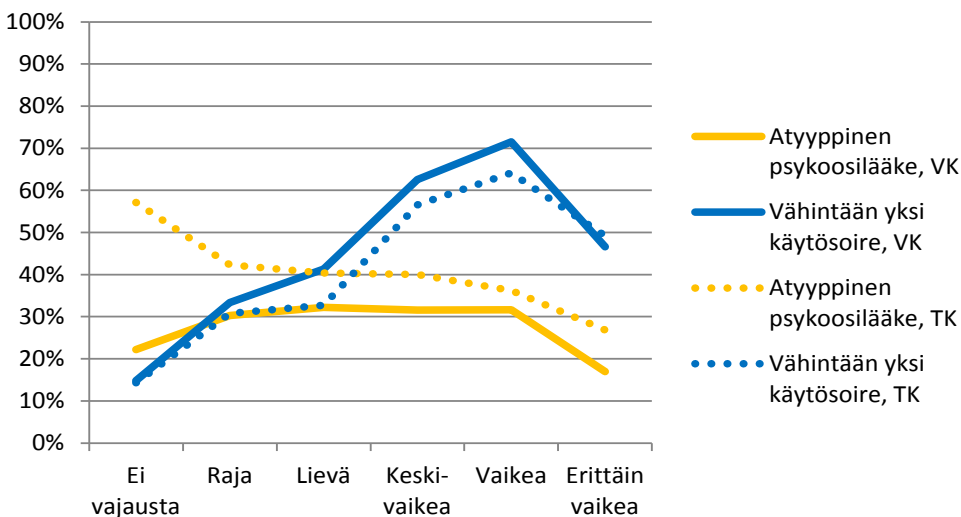
Lukuun ottamatta risperidonia psykoosilääkkeet on tarkoitettu pääasiallisesti psykoottisten tilojen, ei muistisairauteen liittyvien käytösoireiden hoitoon²⁷. Psykoosilääkkeet lisäävät kuolleisuutta ja toiminnanvajausta muistisairailta vanhuksilla²⁸. Toisaalta niin tekevät käytösoireiden taustalla vaikuttavat

²⁷ Zuidema SU, Johansson A, Selbaek G, Murray M, Burns A, Ballard C, Koopmans RT.A consensus guideline for antipsychotic drug use for dementia in care homes. Bridging the gap between scientific evidence and clinical practice. *Int Psychogeriatr* 2015 Nov;27(11):1849-59. doi: 10.1017/S1041610215000745. Epub 2015 Jun 10.

²⁸ Maher AR, Maglione M, Bagley S ym. Efficacy and comparative effectiveness of atypical antipsychotic medications for offlabel uses in adults: a systematic review and meta-analysis *JAMA* 2011;306:1359-69.

sairausprosessitkin ²⁹ . Asumispalveluissa käytetyt psykoosilääkkeet olivat kauttaaltaan atyyppisiä

Kuviot 29 ja 30 osoittavat, että psykoosilääkkeiden käyttö lisääntyi varsin vähän tai ei lainkaan kognition vajauksen syvetessä vaikka käytösoireet lisääntyivätkin. Näin on asian laita erityisesti laitoshoidossa (kuvio 30). Samoista kuvioista voi päätellä, että jos psykoosilääkkeitä määrätään käytösoireisiin, niitä ei määrätä kaikille eikä kaikenlaisiin käytösoireisiin.



Selite: VK = vanhainkoti, TK = terveyskeskus, pitkäaikaisosastot

Kuvio 30. Psykoosilääkkeiden käyttö ja käytösoireet (%) kognition vajauksen vaikeusasteen mukaan laitoshoidon muistisairailta asiakkailta, 2015

4.3.3 Rauhoittavat ja unilääkkeet muistisairailta vanhustalveluiden asiakkailta

Rauhoittavaa lääkitystä sai 5,8 prosenttia säännöllisen kotihoidon muistisairaista asiakkaista ja unilääkkeitä 24,7 prosenttia. Yli puolet unilääkkeistä oli melatoniinia, joten varsinaisten unilääkkeiden osuus oli noin 10 prosenttia säännöllisen kotihoidon asiakkaista.

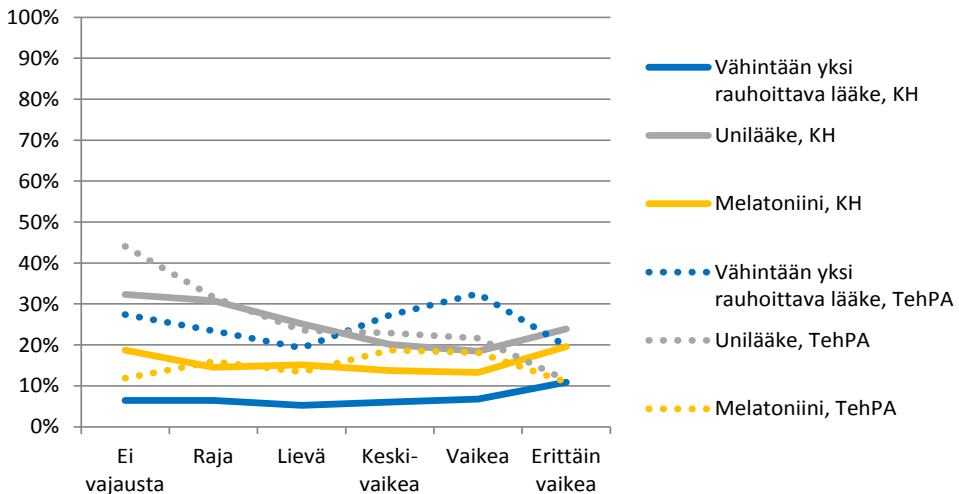
²⁹ Peters ME, Schwartz S, Han D, Rabins PV, Steinberg M, Tschanz JT, Lyketsos CG. Neuropsychiatric Symptoms as Predictors of Progression to Severe Alzheimer's Dementia and Death: The Cache County Dementia Progression Study. *Am J Psychiatry* 2015; 172:460–465; doi: 10.1176/appi.ajp.2014.14040480

Tehostetun palveluasumisen muistisairaista asiakkaista useampi kuin joka neljäs sai rauhoittavaa lääkitystä (26,5 %) ja unilääkkeitä sai 21,7 prosenttia. Melatoniinin suuren osuuden takia varsinaisen unilääkityksen osuudeksi jäi 5,2 %.

Vanhainkotien muistisairailta asukkailla oli rauhoittava lääkitys yhdellä neljästä (25,4 %) ja unilääke 16,4 prosentilla. Koska melatoniinin osuus vanhainkodeissa oli 15,0 % kaikista muistisairaista, muun unilääkkeen osuudeksi jäi 1,4 prosenttia.

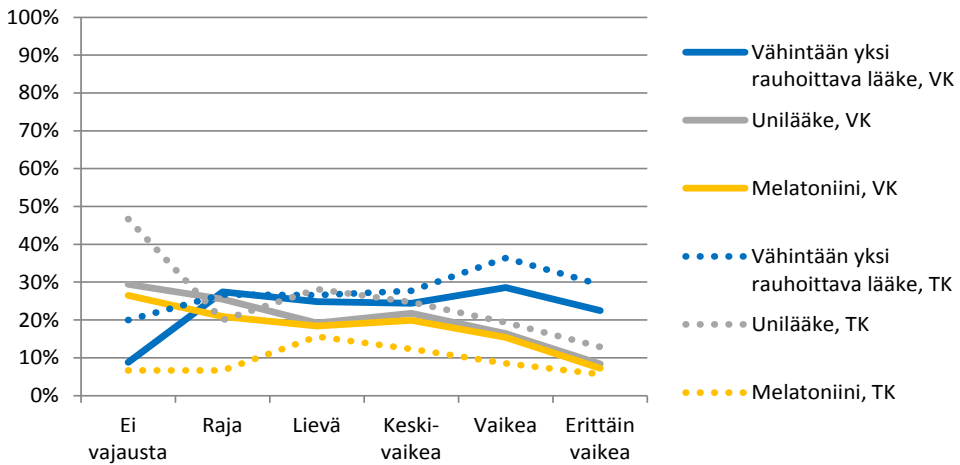
Terveyskeskusten pitkäaikaisosastojen vastaavat luvut olivat rauhoittavat lääkkeet 31,9 prosenttia, unilääkkeet 19,9 prosenttia ja unilääkkeet ilman melatoniinia 10,8 prosenttia.

Kuvioissa 31 ja 32 on esitetty rauhoittavien ja unilääkkeiden osuudet muistisairailta asiakkailla kognition vajauksen vaikeusasteen mukaan palvelutyypeittäin.



Selite: KH = säännöllinen kotihoito, TehPA = tehostettu palveluasuminen

Kuvio 31. Rauhoittavien ja unilääkkeiden käyttö (%) kognition vajauksen vaikeusasteen mukaan säännöllisen kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen muistisairailta asiakkailla, 2015.



Selite: VK = vanhainkoti, TK = terveyskeskus, pitkäaikaisosastot

Kuvio 32. Rauhoittavien ja unilääkkeiden käyttö (%) kognition vajauksen vaikeusasteen mukaan laitoshoidon muistisairailta asiakkailta, 2015.

Kuviot 31 ja 32 osoittavat, että rauhoittavaa lääkitystä käytettiin kotihoidon asiakkailta vähemmän kuin ympärivuorokautista hoitoa tarjoavissa asumispalveluissa. Säännöllisen kotihoidon asiakkailta käyttö kuitenkin yleistyi kognition vajauksen syvetessä.

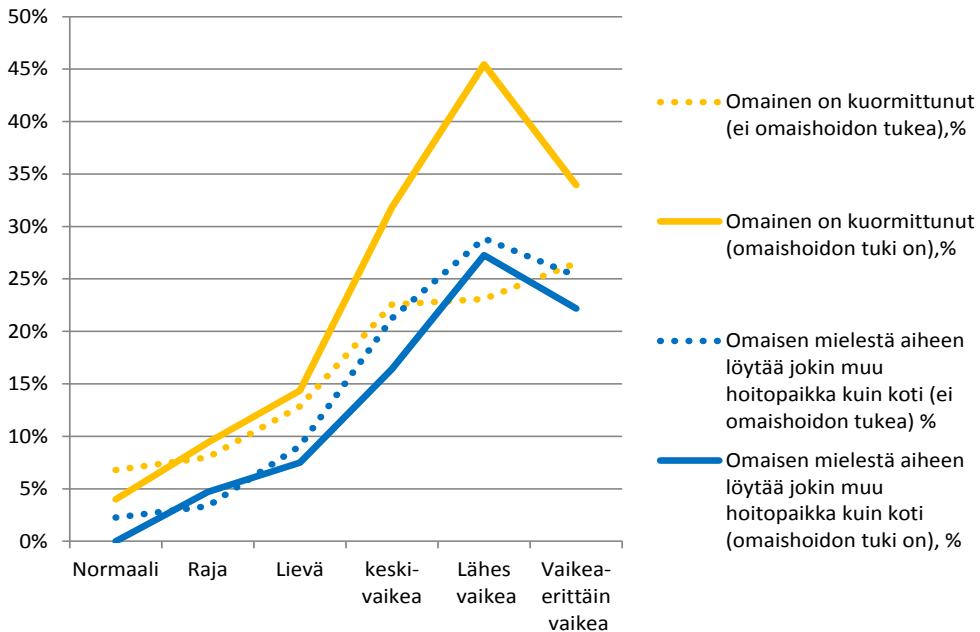
Kokoomaruutu 10. Muisti- ja psyykenlääkkeiden käyttö sekä käytösoireet muistisairailta vanhuspallvelujen asiakkailta

- Muistilääkkeiden käyttö oli yleisintä kotihoidon asiakkailta (63 %) ja toiseksi yleisintä tehostetussa palveluasumisessa (49 %). Se oli lähes yhtä yleistä vanhainkodeissa (42 %) ja vähäisintä terveyskeskusten vuodeosastoilla (35 %).
- Muistilääkkeiden käyttö yleistyi muistisairauden edetessä vaikeaan kognition vajaukseen asti ja väheni vasta erittäin vaikeassa kognition vajauksessa kotihoidon asiakkailta. Ympärivuorokautisissa asumispalveluissa muistilääkkeiden käyttö väheni jo varhaisemmassa vaiheessa sairautta.
- Kaikissa vanhuspallveluissa käytösoireet yleistyivät muistisairauden edetessä vaikeaan vaiheeseen asti, mutta vähenivät erittäin vaikeassa vaiheessa.
- Psykoosilääkkeitä sai joka kuudes kotihoidon asiakas ja joka kolmas tehostetun palvelutalon asukas. Vanhainkotiasukkaista psykoosilääkettä sai noin joka neljäs ja terveyskeskuksen pitkäaikaisosastoilla joka kolmas asukkaista. Käytetyt psykoosilääkkeet olivat lähes kokonaan atyyppisiä.

- Kotihoidossa ja palveluasumisessa psykoosilääkkeiden käyttö lisääntyi muistisairauden edetessä ja kognition huonotessa. Vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla suunta oli päinvastainen - psykoosilääkkeiden käyttö väheni kognition vajauksen lisääntyessä.
- Rauhoittavien (6 %) ja varsinaisten unilääkkeiden (10 %) käyttö oli melko vähäistä kotihoidon asiakkailta. Tehostetussa palveluasumisessa rauhoittavaa ja tai unilääkettä sai joka kolmas asukas, kuitenkin siten, että varsinaista unilääkettä sai 5 prosenttia ja loput asiakkaita saivat melatoniinia.
- Vanhainkodeissa rauhoittava lääke oli joka neljännellä ja unilääke noin 1 prosentilla. Melatoniinia sai noin 14 prosenttia asiakkaita. Terveyskeskusten pitkäaikaisosastoilla rauhoittavaa sai joka kolmas ja unilääkettä joka viides. Tästä melatoniinia oli alle puolet.
- Kognition vajauksen syvetessä rauhoittavien ja unilääkkeiden käyttö lisääntyi kotihoidossa, mutta väheni tehostetussa palveluasumisessa, vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla.

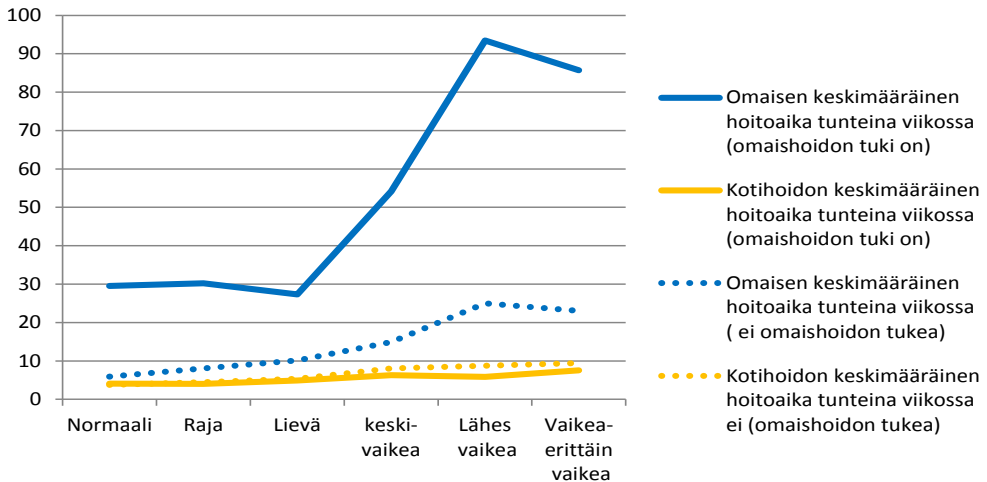
4.4 Muistisairaita ihmisiä hoitavien omaisten ja läheisten taakka kotihoidossa

Valittuna ajanjaksona RAI aineiston säännöllisen kotihoidon muistisairaista asiakkaita 65,5 prosentilla (n=4 782) oli sellainen omainen tai läheinen, jolta sai apua ja huolenpitoa vähintään viikoittain. Lähes joka neljäs heistä (n=1039) oli solminut kunnan kanssa sopimuksen omaishoidon tuesta. Omaisten ja läheisten kuormituksen arvioimista varten CPS mittarin (asteikko 0-6) kaksi vaikeimman dementian astetta on yhdistetty pienten lukumäärien välttämiseksi, joten asteikko on 0-5. Omaisista joka kuudes oli kuormittunut siten, että omaishoitotukea saavista 22 prosenttia ja ilman omaishoitotukea hoitavista omaisista 15 prosenttia osoitti merkkejä kuormittuneisuudesta. Joka viides muistisairaana omaishoitaja oli sitä mieltä, että hoidettavan henkilön olisi parempi asua muualla kuin kotona. Kuviosta 33 ilmenee, että omaishoidon sopimuksen solmineet omaishoitajat kuormittuivat lisääntyvästi hoidettavan muistisairauden edetessä vaikeaan vaiheeseen asti. Sopimusomaishoitajat kuormittuivat useammin kuin ne omaiset tai läheiset, jotka eivät olleet solmineet sopimusta omaishoitajuudesta. Huolimatta kuormittuneisuudestaan sopimusomaishoitajat eivät pitäneet muualla kuin kotona asumisen vaihtoehtoa kotona asumista parempana useammin kuin muutkaan.



Kuvio 33. Omaisen tai läheisen kuormittuneisuus (%) ja halukkuus järjestää hoidettavalle muu hoitopaikka kuin koti (%) omaishoitosopimuksen mukaan säännöllisen kotihoidon muistisairailta asiakkailta, 2015

Omaishoitosopimuksen solmineet henkilöt kohdensivat keskimäärin 46 tuntia viikossa aikaa hoivaamalleen muistisairaille kotihoitoasiakkaille, kun sopimuksettomien omaisten vastaava aika oli noin 12 tuntia. Kotihoidon työntekijät kohdensivat 5,9 tuntia viikossa niille asiakkaille, joiden omaishoitajalla ei ollut omaishoitosopimusta ja 5,6 tuntia niille, joilla sopimus oli. Kuvio 34 osoittaa, ensinnäkin, että omaisten kotihoitoasiakkaalle kohdentama hoivan aika kasvaa kognitiivisen vajauksen lisääntyessä, mutta kotihoidon työntekijöiden kohdentama työaika ei juuri muutu.



Kuvio 34. Omaisten ja läheisten sekä kotihoidon työntekijöiden muistisairaille asiakkaille kohdentama työaika tunteina viikossa omaishoitotosopimuksen mukaan

Kuvioiden 33 ja 34 vertailussa merkillepantavaa on, että kotihoidon työntekijöiden asiakkailleen kohdentama aika oli osuudeltaan sama eri muistisairauden vaiheissa riippumatta siitä, oliko asiakkaan omaisella omaishoitotosopimus vai ei.

Kokoomaruutu 11. Muistisairaiden saama avun ja hoivan aika

- Kotihoidon muistisairaista asiakkaista 66 prosentilla oli omainen tai läheinen, jolta sairas sai apua tai hoivaa vähintään viikoittain.
- Noin joka neljäs hoivaavista tai auttavista omaisista oli solminut kunnan kanssa sopimuksen omaishoitajuudesta.
- Omaishoitotosopimuksen solmineet omaiset olivat kuormittuneempia ja uhrasivat moninkertaisesti aikaansa hoidettavalle verrattuna niihin omaisiin joilla ei ollut sopimusta.
- Ilman omaishoitotosopimusta auttavat omaiset pitivät yhtä usein kuin omaishoitotosopimuksen solmineet hoitajat muuta asuinpaikkaa kuin kotia parempana vaihtoehtona hoidettavalle.
- Kotihoidon työntekijät kohdensivat lähes yhtä paljon aikaa niille asiakkaille, joilla oli sopimuksen solminut omaishoitaja kuin niille, joiden omaisella ei ollut sopimusta.
- Vaikka kotihoidon työntekijöiden asiakkaalle kohdentama aika lähes kaksinkertaistui muistisairauden edetessä, työntekijöiden työajan kasvu jäi hyvin vaatimattomaksi verrattuna sopimusomaishoitajan hoidettavalleen kohdentamaan aikaan.

4.5 Yhteenveto ja päätelmät lääkityksestä ja omaisen taakasta

Muistilääkitys näytti vanhushuolteen asiakkailta laahaavan kognition vajauksen jäljessä. Tämän aineiston perusteella ei ole mahdollista päätellä missä vaiheessa muistisairauden diagnoosi oli tehty. Muistilääkitys ei kuitenkaan näyttänyt olevan enimmillään sairauden alkuvaiheessa vaan palvelutyypistä riippuen lisääntyvän kohti keskivaikeaa ja vaikeaa kognition vajausta, erityisesti kotihoidon asiakkailta. Jos muistisairaiden kotona-asumista halutaan aidosti tukea, sekä diagnostiikan että lääkityksen aloituksen pitäisi tapahtua jo ennen kotihoidon asiakkaaksi tuloa.

Silloin kun asiakkaalla on muistisairaus ja kotihoidon asiakkuus alkaa muista syistä kuin muistisairaudesta vuoksi, lääkityksen tulisi olla kohdallaan jo CPS-mittarin osoittaessa nollaa (vastaa keskimäärin MMSE 25³⁰). Vaikka vanhushuolteen asiakkaat ovat monisairaita, sydän- ja verisuonitaudit ovat yleisiä ja lääkkeiden sieto voi olla kaikkiaan huonompi kuin muilla kotona asuvilla iäkkäillä, muistilääkettä saavien osuus vaikutti jonkin verran odotettua alhaisemmalle kaikissa vanhushuolteen palveluissa³¹.

Yleisin muistilääke kotihoidon asiakkailta oli donepetsiili vaikka rivastigmiinikin on ollut jo pitkään saatavissa kerran vuorokaudessa annosteltavana (laastari). AKE-estäjän ja memantiinin yhdistelmä löytyi vain 12 prosentilla säännöllisen kotihoidon asiakkaista kun yhdistelmä löytyi 15 prosentilla tehostetun palveluasumisen asukkaista.

Käyttöoireiden keskimääräinen lisääntyminen muistisairaudesta edetessä näkyi kaikissa palvelutyypeissä. Koska psykoosilääkkeitä väitetään käytettävän käyttöoireiden hillitsemiseen, käyttöoireiden lisääntymisen sairauden edetessä olisi voinut olettaa lisäävän **psykoosilääkkeiden** käyttöä. Näin ei kuitenkaan ollut asian laita tehostetussa palveluasumisessa ja laitoshoidossa – vaan päinvastoin. Sen sijaan kotihoidon asiakkailta psykoosilääkkeiden käyttö lisääntyi samaa tahtia käyttöoireiden lisääntymisen kanssa ja saattoi liittyä yritykseen vaimentaa muistisairaahan hoidettavan henkilön käyttöoireita, jotta hoitavan omaisen taakka helpottuisi. Kaikkiaan psykoosilääkkeiden käyttö oli tehostetun palveluasumisen asukkailla ja laitoshoidossa yleistä, atyyppisistä lääkkeistä koostuvaa ja lähes riippumatonta kognition tasosta ja sairauden eteneminen näytti vähentävän psykoosilääkkeiden käyttöä etenkin loppuvaiheessa. Terveyskeskusten vuodeosastojen muita runsaampi psykoosilääkkeiden käyttö voi johtua

³⁰ Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975 Nov;12(3):189-98.

³¹ Birks JS, Chong LY, Grimley Evans J. Rivastigmine for Alzheimer's disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 9. Art. No.: CD001191. DOI: 10.1002/14651858.CD001191.pub4.

asiakasvalinnasta, vuodeosastojen toimintatottumuksista tai molemmista. Niiden käytön kulloistakin syytä ei voi päätellä tästä analyysistä. On epäiltävissä, että kaikelle psykoosilääkitykselle ei ole asianmukaista indikaatiota.

Psykoosilääkkeiden käytön lisääntyminen muistisairauden vaikeusasteen mukaan oli kotihoidon ilmiö. Psykoosilääkkeiden käyttö oli kuitenkin kotihoidon asiakkailta muita palvelutyyppisiä vähäisempää.

Rauhoittavien lääkkeiden käyttö oli psykoosilääkkeiden tavoin vähäisintä kotihoidon asiakkailta. Joka kolmannen asumispalvelujen asukkaan rauhoittava lääkitys voi kertoa asukkaiden levottomuudesta tai ahdistuneisuudesta tai palvelutyyppien lääkkeiden määräämistottumuksista.

Kannattaa muistaa, että tehostetun palveluasumisen ja laitoshoidon asukkaat ovat keskimäärin pidemmällä sairaudessaan kuin kotihoidon asukkaat ja sen vuoksi ilman monnimuuttuja-analyysiä ei voi päätellä, ovatko lääkkeiden käyttötottumukset siltenkään erilaisia eri palvelutyypeissä.

Unilääkkeiden käyttö oli vähäistä ja sairauden edetessä näiden lääkkeiden käyttö väheni entisestään. Melatoniinin käyttö saattoi olla plasebon tasoista, näyttöä vaikuttavuudesta ja toisaalta haittavaikutuksista muistisairailta on vähän.

Omaishoitajien kuormittuneisuuden ja asiakkaalle kohdentaman ajan kasvu muistisairauden etenemisen myötä saattoivat liittyä asiakkaan käytösoireiden lisääntymiseen. On ilmeistä, että kotihoidon työntekijöille suunnitellut työtehtävät eivät kykene korvaamaan sitä ajallista määrää, minkä omaiset uhraavat asiakkaan kanssa olemiseen, apuun ja hoivaan. Kannattaa pohtia, paljonko omaisen kuormitusta kannattaisi suunnitella jaettavaksi muiden toimijoiden kuin kotihoidon henkilöstön kesken. Paljonko on tilaa kolmannelle sektorille, yksityisille muille toimijoille tai vapaaehtoisille?

Tässä esitettyjen lukujen perusteella on ilmeistä, että muistisairauden edetessä vaikeaan vaiheeseen, omaishoitajan työ on siinä määrin sitovaa ja toisaalta omaishoitajat sitoutuneita, että muistisairaiden päivätoiminnalle ja kotiin annettaville lomitusta- tai muille hoitavaa omaista vapauttaville asiantunteville palveluille olisi kysyntää, mikäli sitä olisi tarjolla.

5 Yhteenveto ja päätelmät

Selvityksen päätulokset osoittivat, että palvelujärjestelmä näytti kehittyneen kymmenessä vuodessa pääosin myönteiseen suuntaan muistisairaiden henkilöiden hoidon ja palveluiden suhteen. Tärkeimmät kehittämiskohteet ilmenivät kotona-asumisen tukemisessa. Näitä olivat ilta-aikaiset, öiset ja viikonloppujen aikaiset palvelut, kuljetuspalvelut sekä omaishoitajan jaksaminen keventäminen. Muita tärkeitä kehittämiskohteita olivat työikäisenä sairastuneiden palvelupolut sekä terveysasemien henkilöstön osaaminen. Myös suunnitelmallisuudessa, kokonaisvaltaisessa yhteistyössä eri toimijoiden kesken sekä asiakaspalautejärjestelmän kehittämisessä oli edelleen työsarkaa.

Kansallinen muistiohjelma 2012 - 2020³² valmistui asiantuntijatyönä Sosiaali- ja terveysministeriön aloitteesta 2012. STM asetti sen toimeenpanolle ohjausryhmän toimikaudelle 1.12.2013 – 31.12.2014. Tämän ryhmän tehtävinä oli ohjata kansallisen muistiohjelman toimeenpanoa, vaikutusten arviointia sekä järjestelmällistä seuranta. Ohjausryhmä valmisteli muistiohjelman toimeenpanosuunnitelman, jonka lyhennelmä ja aikataulus on esitetty liitteen 4 taulukoissa. Kansallisen muistiohjelman seuranta siirtyi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen seurattavaksi 1.5.2015. Tämä käsillä oleva selvitystyö tehtiin Muistiliiton ja THL:n yhteistyönä osana kansallisen muistiohjelman toimeenpanoa. Tulokset osoittavat, vahvistavat ja kiirehtävät useita kansallisen muistiohjelman esittämiä tehtäviä. Osa kehittämiskohteista on lakisääteisiä ja osa sisältyy vuonna 2015 laadittuun hallitusohjelmaan.

Päätelmät tämän käsillä olevan selvityksen tuloksista on esitetty kymmenenä kehittämiskohteena ja viittaukset kansallisen muistiohjelman toimeenpanosuunnitelmaan on esitetty kunkin kehittämiskohteen jälkeen alaviitteinä.

Kehittämiskohde 1. Muistisairaiden henkilöiden erityistarpeet ja aivoterveysten edistäminen kannattaa sisällyttää vanhuspalvelulain edellyttämiin kuntasuunnitelmiin ja saattaa tieto näiden suunnitelmien sisällöstä alueen kaikkien toimijoiden tietoon, koska nämä kuntasuunnitelmat olivat vastanneilla tahoilla ajantasaiset tai parhailaan päivitettävänä ja kuntien oli niiden perusteella tarkoitus toimia. Muistibarometrin tulokset osoittivat suunnitelmien sisältäneen muistisairaiden

³² Kansallinen muistiohjelma 2012 – 2020. Tavoitteena muistiystävällinen Suomi. <https://www.julkari.fi/handle/10024/111919>

erityistarpeita vain vähän tai ei ollenkaan. Kuntasuunnitelmia koskeva tiedonkulku vaikutti riittämättömältä³³.

Kehittämiskohde 2. Työikäisten muistisairaiden hoitopolun tarkastaminen yhteistyönä kunnan, työterveyshuollon ja erikoissairaanhoidon kanssa on tarpeen **koska** työikäisenä sairastuneiden tarpeisiin ei osattu terveysasemilla kiinnittää huomiota, eivätkä kuntien ja yhteistoiminta-alueiden vastaajat aina tienneet miten tämän erityisryhmän palvelut oli suunniteltu. Pienissä kunnissa ei löytynyt voimavaroja työikäisenä sairastuneiden ihmisten erityisryhmälle. Lisäksi tiedonkulku työterveyshuollon ja kunnan välillä vaikutti puutteelliselle³⁴.

Kehittämiskohde 3. Terveysasemien työntekijöiden kykyä ja osaamista tunnistaa muistisairaudet, diagnosoida, hoitaa, ja kuntouttaa näitä sairauksia sekä kohdata muistisairaantasiakkaat läheisineen pitää kehittää **koska** vanhuspalveluiden suurin kysyntä syntyy muistisairauksista. Kotoa käsin käytettävien ja kotiin saatavan palveluvalikon laajentaminen on perusteltua silloin kun se tukee muistisairaantasiakkaan henkilön mahdollisuuksia elää omanlaistaan elämää mahdollisimman itsenäisesti. Vanhuspalvelulaki (2012/980) ohjaa kehittämään palveluita vastaamaan yksilöllisesti asiakkaiden ja heidän omaistensa ja läheistensä tarpeisiin. Myös riittävän osaamisen turvaaminen on lakisääteinen tehtävä. Muistipoliklinikoiden toiminta on hyvä vakiinnuttaa siellä missä ei vielä ole näin tehty ja huolehtia siitä, että muistihoitajilla ja muistikoordinaattoreilla on aidosti aikaa muistisairaiden henkilöiden hoitoon ja neuvontaan. Yksi tapa on pyrkiä muuttamaan osapäiväisiä toimia kokopäiväisiksi³⁵.

Kehittämiskohde 4. Myös vanhuspalveluiden hoitohenkilöstön kykyyn tunnistaa muistisairaus ja sairastuneen henkilön tarpeet sekä tämän henkilöstön kykyyn huolehtia hoidon vaikuttavuudesta kannattaa kiinnittää nykyistä enemmän huomiota **koska** sekä muistibarometrin tulosten että RAI-järjestelmästä tehdyn analyysin löydösten mukaan muistisairaudet tunnistetaan usein vasta sitten kun iäkäs henkilö on

³³ Katso Liite 4. Taulukko 2. Aivoterveystiedon edistäminen

³⁴ Katso Liite 4. Taulukko 2. Aivoterveystiedon edistäminen

³⁵ Katso lisäksi Liite 4. Taulukko 4. Oikea-aikaisen ja vaikuttavan hoidon ja kuntoutuksen turvaaminen

jo ajautunut palveluiden käyttäjäksi. Muistilääkkeiden aloittaminen viivästyy yhä tarpeettomasti (kts myös kehittämiskohde 3). Näiden lääkkeiden saanti pitää turvata niille sairastuneille henkilöille, joille lääkkeistä on hyötyä ja poistaa niiltä ihmisiltä, jotka eivät lääkkeistä hyödy. Psykoosilääkkeiden ja rauhoittavien lääkkeiden käyttöä kannattaa vielä nykyisestäkin tarkentaa. Unilääkkeiden käyttö vanhuspalveluissa oli maltillista³⁶.

Kehittämiskohde 5. Muistisairaiden henkilöiden itsenäisen arjen tukeminen kuljetuspalveluin on tärkeää silloin, kun henkilö ei enää sairautensa vuoksi kykene ajamaan autoa tai käyttämään yksin julkisia liikennevälineitä **koska** sosiaalinen eristyminen vähentää kykyä hallita omaa elämää sekä lisää virikkeettömyyttä ja yksinäisyyden tunnetta. Molemmat kasvattavat sairauden etenemisen riskiä. Muistibarometrin osoittama kuljetuspalveluiden vähentäminen muistisairailta voi lisätä myös laitokseen tai palveluasumiseen muuttamisen halua³⁷.

Kehittämiskohde 6. Kotihoidon yö- ja iltahoidon sekä viikonloppuisin tapahtuvan hoidon lisäämisellä on erityisesti muistisairaita ihmisiä koskien kiire, **koska** akuutit sairaudet tai kroonisten sairauksien lehahtaminen johtavat hoitamattomina herkästi toimintakyvyn romahtamiseen, joka voi jäädä pysyväksi. Muistibarometrin osoittama ilta- yö- ja viikonloppuaikaisten palvelujen puute lisää päivystys- ja sairaalapalvelujen kysyntää, RAI-järjestelmää hyödyntävä analyysi osoitti lisäksi omaishoitajien kotihoidon työntekijöiltä saaman avun kaikkiaan niukaksi. Muistisairauden edetessä nykyisen kaltaisesti järjestetty ilta- yö ja viikonloppuhoito saattaa muodostua kotona asumisen esteeksi³⁸. Järjestöjen kyky auttaa ja kehittää kotiin annettavaa hoitoa on vieläkin vain osittain hyödynnetty voimavara.

Kehittämiskohde 7 Omaisten jaksamisen tukeminen on erityisen tarpeellista silloin kun muistisairaus on edennyt keskivaikeaan vaiheeseen **koska** tulokset osoittivat omaisten sidonnaisuuden olevan suurta. Heidän vapauttamisensa ylläpitämään omaa terveyttään ja henkilösuhteitaan

³⁶ Katso Liite 4. Taulukko 5. 5. Osaamisen järjestelmällinen kehittäminen ja tietopohjan vahvistaminen

³⁷ Katso Liite 4. Taulukko 4. Oikea-aikaisen ja vaikuttavan hoidon ja kuntoutuksen turvaaminen

³⁸ Katso Liite 4. Taulukko 4. Oikea-aikaisen ja vaikuttavan hoidon ja kuntoutuksen turvaaminen.

voi olla kotona asumisen jatkamisen kynnyskysymys. Vaikka omaisen työn helpottamiseksi oli järjestetty erilaisia laitoksessa tai palvelutaloissa tapahtuvia vuorohoitoja, kotiin annettavaa lomitusta, ”tuuraajia” tai ”kotimiehiä” oli tarjolla vähän. Hyviä tapoja keventää omaisen kuormitusta ovat muistisairaiden päivätoiminnan lisääminen ja yhteistyö eri toimijoiden kanssa³⁹. Järjestöjen roolia myös omaisten tukemisessa kannattaa kasvattaa.

Kehittämiskohde 8. Palveluasumisen monipuolistaminen ja lisääminen, niissä kunnissa, missä palveluasumista ei ole, tai sitä on riittämättömästi, on tarpeellista koska laitoshoidon tulee lain mukaan lähes poistumaan ja kaikki muistisairaavat eivät voi asua loppuun asti turvallisesti kotona. Tämä selvitys osoitti palveluasumisen olleen vielä joissain kunnissa riittämätöntä⁴⁰.

Kehittämiskohde 9. Valtakunnallista tutkimustietoa tarvitaan niistä kotona asuvista muistisairaista ihmisistä, jotka käyttävät ainoastaan terveysasemien palveluita (mutta eivät saa vanhuspalveluita kuten kotihoitoa), koska terveysasemien muistisairaita koskeva osaaminen arvioitiin puutteelliseksi⁴¹.

Kehittämiskohde 10. Palautteen kerääminen asiakkailta ja heidän omaisiltaan ja läheisiltään on lakisääteinen tehtävä ja koskee myös muistisairailta henkilöitä (2012/980, § 6).

Tämän selvityksen kaksi tärkeintä rajoitusta olivat matala peittävyys ja muistibarometrin osalta kymmenen vuoden pituisen aikasarjan aiheuttama jähmettyminen aiemmin esitettyihin kysymyksiin. Peittävyys oli muistibarometrikyselyn osalta vään alle puolet manner-Suomen kunnista tai yhteistoiminta-alueista ja RAI-järjestelmän osalta noin kolmasosa Suomen vanhuspalveluista.

On mahdollista, että vain parhaiten muistiasioihin tarttuneet kunnat ja yhteistoiminta-alueet ovat vastanneet muistibarometrin kyselyyn. Heillä on mahdollisesti ollut valmiina taho, jolle kyselyn saattoi osoittaa. Myös aiempien

³⁹ Katso lisäksi Liite 4. Taulukko 4. Oikea-aikaisen ja vaikuttavan hoidon ja kuntoutuksen turvaaminen.

⁴⁰ Katso lisäksi Liite 4. Taulukko 4. Oikea-aikaisen ja vaikuttavan hoidon ja kuntoutuksen turvaaminen

⁴¹ Katso Liite 4. Taulukko 5. Osaamisen järjestelmällinen kehittäminen ja tietopohjan vahvistaminen

muistibarometriiden vastausprosentit ovat jääneet alle 50 prosenttiin Suomen kunnista, joten tässä raportissa havaittuihin suuntauksiin kannattaa suhtautua jossain määrin varauksella. Myös vapaaehtoisesti RAI-järjestelmän käyttöön ottaneista kunnista ja palvelujentuottajista on arveltu, että ne saattavat edustaa edistyneimpiä toimijoita. On siis mahdollista, että raportti antaa todellisuutta paremman kuvan nykytilanteesta.

Kymmenen vuoden pituisen aikasarjan yhtenä rajoituksena on muistibarometrissä käytetty tapa kysyä toiminnan laadusta. Sama tapa on aikasarjan vuoksi säilytetty ennallaan. Jotkut laadun osa-alueet kuten henkilöstön osaaminen ja asiakkaan äänen kuuleminen on muistibarometrissä nostettu erikseen, mutta niitä ei ole määritetty täsmällisesti. Muita laadun osa-alueita ei ole eritelty. Laadun taloudellista aspektia ei ole tutkittu. Se, mitä laadulla kukin vastaaja on vuosien varrella ymmärtänyt, jää viitteelliseksi.

Muistibarometrin osalta kyseessä on kuntien työntekijöiden käsitys asiointilasta ja RAI-järjestelmän osalta vanhuspalveluiden omahoitajan arviointiin ja asiakas/potilasasiakirjoihin perustuva koonti asiakkaan terveydestä, toimintakyvystä ja tarpeista sekä saaduista hoidoista. Edellisellä näytti olleen varsin vähän tietämystä erikoissairaanhoidon ja yksityissektorin asiakaskunnasta ja jälkimmäinen rajoittuu vanhuspalveluita jo saavaan asiakaskuntaan. Kattava kokonaiskuva kaikkien muistisairaiden tilanteesta puuttuu.

6 Liitteet

6.1 Liite 1. Muistibarometrin kysymykset

MUISTIBAROMETRI 2015

Tutustukaa ystävällisesti oheiseen tekstiin ennen vastaamista.

Muistibarometrin tausta

Muistibarometri on muistiliiton kysely ja laadittu viiden vuoden välein vuodesta 2000. Sen tavoitteena on koota ajankohtaista tietoa muistisairaiden ihmisten ja heidän omaishoitajiensa palvelujen saatavuudesta ja laadusta, ammattihenkilöstön osaamisesta sekä julkisen ja kolmannen sektorin yhteistyöstä.

Tänä vuonna barometri suoritetaan osana kansallisen muistiohjelman toimeenpanoa (2012-2020) ja sen tarkoitus on auttaa suuntaamaan kehittämistyötä vastaamaan lisääntyvää palvelutarvetta. Barometrin toteuttamisesta vastaa tällä kertaa THL ja aloitteen tekijänä on sosiaali- ja terveysministeriö. Aikasarjojen vertaamiseksi barometrissä on pyritty säilyttämään aiempien kyselyjen sanamuotoja ja rakenteita.

Ohjeet

Pyydämme arvioimaan **muistisairaiden henkilöiden ja heidän omaistensa ja läheistensä palveluja koskevia kysymyksiä koko** maantieteellisen **vastuualueenne kannalta**. Muistisairauksilla tarkoitamme tässä kyselyssä eteneviä verisuoniperäisiä tai neurologisia, **dementiaan johtavia sairauksia**.

Kunnasta tai laajemmasta sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueesta käytetään kyselyssä nimitystä **alue**.

Kysely on **vapaaehtoinen**. Vaikka vastaajan nimiä ei kysytäkään, yksin vastannut työntekijä voidaan tunnistaa kunnan ja virkanimikkeen perusteella. Mikäli tämä sopii teille, vastaamalla hän myös suostuu tietojen julkisuuteen. Voitte myös esittää vastauksenne työryhmässä, jolloin henkilöt jäävät tunnistamattomiksi.

Kysely sisältää 49 kysymystä, joissa voi olla alakohtia. **Lukekaa ensin kaikki barometrin kysymykset ja tarvittaessa tulostakaa ne**. Sopikaa sen jälkeen vastaajista tai vastaajaryhmästä.

Pyydämme teitä ympyröimään **tai** rastittamaan alueenne tilannetta tai käsityksiänne vastaavan vaihtoehdon **ja/tai** kirjoittamaan vastauksen sille varatulle riville.

Muistakaa antaa kunnan (kuntayhtymän) nimi ja yhteistoiminta-alueeseen kuuluvat kunnat, jotta yhdistäminen vanhuspalvelulain seurantakyselyyn vastauksiin tapahtuu oikein

I TAUSTATIEDOT

1a. Kunnan nimi: _____

1b. TAI Kuntayhtymän / yhteistoiminta-alueen nimi ja alueeseen kuuluvat kunnat:

2. Kyselyn vastaamiseen osallistuneiden virka-aset, nimikkeet tai vastanneen työryhmän kuvaus (esim. sosiaali- ja terveysalan palvelupäälliköt **tai** palvelupäälliköt ja terveyskeskuksen ylihoitajat **tai muu vastaava** työryhmän työntekijöiden **virkanimikkeitä** vastaava kuvaus)

II MUISTISAIRAUDET ALUEENNE SOSIAALI- JA TERVEYSPOLITIIKASSA

Rastittakaa parhaaksi arvioimanne vaihtoehto

3. Onko alueellanne suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi?

- 1 () kyllä; milloin viimeisin on laadittu tai päivitetty?
2 () ei vielä, valmistellaan
3 () ei vielä, suunnitelmassa
4 () ei ole, eikä vielä suunniteltu

Valitkaa jokaiselta riviltä yksi parhaaksi arvioimanne vaihtoehto

4. Miten alueenne suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi **huomioi aivoterveysten edistämisen ja muistisairaiden ihmisten** palvelut seuraavilla osa-alueilla?

	ei lainkaan	huonosti	jokseenkin huonosti	kohtalaisesti	jokseenkin hyvin	hyvin
Muistisairauksien ennaltaehkäisy	()	()	()	()	()	()
Tutkimuksiin ohjaaminen ja diagnoosin saaminen	()	()	()	()	()	()
Kotihoito	()	()	()	()	()	()
Päivätoiminta	()	()	()	()	()	()
Lyhytaikainen ympärivuorokautinen hoito	()	()	()	()	()	()
Tavallinen palveluasuminen (ei- ympärivuorokautista palvelua)	()	()	()	()	()	()
Tehostettu palveluasuminen (ympäri- vuorokautinen palvelu)	()	()	()	()	()	()
Vanhainkoti	()	()	()	()	()	()
Terveyskeskus - vuodeosasto	()	()	()	()	()	()
Lääkinnällinen kuntoutus	()	()	()	()	()	()

Valitkaa yksi parhaaksi arvioimanne vaihtoehto

5a. Onko alueellanne käytössä yhtenäinen muistisairaiden ihmisten palvelupolku?

- kyllä
- ei

Valitkaa yksi parhaaksi arvioimanne vaihtoehto

5b. Ottaako tarjoamanne palvelupolku riittävästi huomioon muistisairaiden ihmisten yksilölliset tarpeet?

- ei lainkaan
- huonosti
- jokseenkin huonosti
- kohtalaisesti
- jokseenkin hyvin
- hyvin

Valitkaa yksi parhaaksi arvioimanne vaihtoehto

6. Onko palvelujenne suunnittelussa käytetty Kansallista muistiohjelmaa (STM 2012, 2014)?

- ei
- kyllä, missä asioissa _____
- en osaa sanoa

Valitkaa yksi parhaaksi arvioimanne vaihtoehto

7. Onko palvelujen suunnittelun pohjana käytetty arvioita muistisairaiden ihmisten määrästä alueellanne?

- kyllä
- ei
- en osaa sanoa

Kuvatkaa lyhyesti

8. Miten **työikäisten** muistisairaiden palvelutarpeet on huomioitu alueenne sosiaali- ja terveyspolitiikassa?

Valitkaa jokaiselta riviltä yksi parhaaksi arvioimanne vaihtoehto
9. Edistetäänkö alueellanne aivoterveyttä

	kyllä	ei	en osaa sanoa
tarjoamalla tietoa aivoterveydestä osana kaikkien ikäkausien neuvola- ja ohjauspalveluita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tuottamalla matalan kynnyksen liikuntapalveluita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tarjoamalla riskiryhmille tavoitteellista vertaisryhmätoimintaa, esimerkiksi kolmannen sektorin kanssa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tarjoamalla riskiryhmille elämäntapaohjausta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

III MUISTISAIRAILLE HENKILÖILLE SUUNNATTUJEN PALVELUJEN SAATAVUUS JA LAATU

A. Taustakysymyksiä

Valitkaa yksi parhaaksi arvioimanne vaihtoehto

10. Onko alueenne perusterveydenhuollossa muistipoliklinikka / muistineuvola?

- ei
 kyllä, kuinka monta? _____

Valitkaa yksi parhaaksi arvioimanne vaihtoehto

11. Onko alueellanne muistihoitaja?

- ei
 kyllä, osa-aikainen muistihoitaja, kuinka monta? _____
 kyllä, kokopäivätoiminen muistihoitaja, kuinka monta? _____

Valitkaa yksi parhaaksi arvioimanne vaihtoehto

12. Onko alueellanne muistikoordinaattori?

- ei
 kyllä, osa-aikainen muistikoordinaattori; kuinka monta? _____
 kyllä, kokopäivätoiminen muistikoordinaattori; kuinka monta? _____

Valitkaa yksi parhaaksi arvioimanne vaihtoehto

13a. Onko alueenne perusterveydenhuollon vastaanotoilla valmius huolehtia muistisairauksien varhaisesta havaitsemisesta?

- ei
 kyllä

Valitkaa yksi parhaaksi arvioimanne vaihtoehto

13b. Onko alueenne perusterveydenhuollon vastaanotoilla valmius huolehtia muistisairaiden ihmisten hoidosta ja tuesta?

- ei
 kyllä

Kysymyksissä **14- 25** tiedustellaan muistisairaille ihmisille, heidän läheisilleen ja omaishoitajilleen suunnattujen palveluiden **saatavuutta** suhteessa alueen muistisairaiden määrään sekä näiden palvelujen **laatua**. Huomioikaa vastauksissanne kuntanne/yhteistoiminta-alueenne järjestämät, ostamat tai yhteistyössä toteuttamat palvelut.

B. Sairauden alkuvaiheen neuvonnan ja palvelujen saatavuus ja laatu

Valitkaa jokaiselta riviltä yksi parhaaksi arvioimanne vaihtoehto

14. Millaiseksi arvioitte muistisairauteen liittyvän neuvonnan ja palvelujen **saatavuuden** alueellanne?

	ei lainkaan	huono	jokseenkin huono	kohta-lainen	jokseenkin hyvä	hyvä
Ensivaiheen neuvonta (tiedottaminen, ohjaus tutkimuksiin ja palveluihin)	()	()	()	()	()	()
Diagnosointi (sairauden määrittäminen, jatko-tutkimukset)	()	()	()	()	()	()
Diagnoosikohtainen neuvonta (tiedollinen ja henkinen tuki)	()	()	()	()	()	()
Tukea antava neuvonta (myös käytännöllinen tuki, ohjaus palveluihin)	()	()	()	()	()	()
Ennakoiva ohjaus ja neuvonta edunvalvonnasta ja hoitotahdosta	()	()	()	()	()	()
Ensiapukurssit	()	()	()	()	()	()
Sopeutumisvalmennus	()	()	()	()	()	()
Kuntoutussuunnitelmat	()	()	()	()	()	()

Valitkaa yksi parhaaksi arvioimanne vaihtoehto

15. Kuinka pitkään alueenne muistipotilaille on viimeisen vuoden aikana kulunut keskimäärin tutkimuksiin hakeutumisesta diagnoosin saamiseen?

- alle 2 kuukautta
- 3- 4 kuukautta
- 5- 6 kuukautta
- yli 6 kuukautta

Valitkaa jokaiselta riviltä yksi parhaaksi arvioimanne vaihtoehto

16. Millaiseksi arvioitte muistisairauteen alkuvaiheeseen liittyvien neuvonnan ja palvelujen **laadun** alueellanne?

	huono	jokseenkin huono	kohta-lainen	jokseenkin hyvä	hyvä	en osaa sanoa
Neuvonta ja ohjaus	()	()	()	()	()	()
Sopeutumisvalmennus	()	()	()	()	()	()
Kuntoutussuunnitelmat	()	()	()	()	()	()

C. Kotona asumista tukevien palvelujen saatavuus ja laatu

Valitkaa jokaiselta riviltä yksi parhaaksi arvioimanne vaihtoehto

17. Millaiseksi arvioitte muistisairaiden ihmisten kotona asumista tukevien palvelujen **saatavuuden** alueellanne?

	ei lainkaan	huono	jokseenkin huono	kohta- lainen	jokseenkin hyvä	hyvä
Hoito- ja palvelusuunnitelma, joka sisältää kuntoutussuunnitelman	()	()	()	()	()	()
Muistisairaalle henkilölle nimetty vastuutyöntekijä	()	()	()	()	()	()
Muistikoordinaattori	()	()	()	()	()	()
Kotihoito	()	()	()	()	()	()
Kotilomitus / kotimiestoiminta	()	()	()	()	()	()
Muistisairaille suunnattu oma päivätoiminta	()	()	()	()	()	()
Päivätoiminta / päiväsairaala	()	()	()	()	()	()
Iltahoito	()	()	()	()	()	()
Yöhoito	()	()	()	()	()	()
Viikonloppuhoito	()	()	()	()	()	()
Lomahoito (tilapäinen hoitajakso)	()	()	()	()	()	()
Lyhytaikainen ympärivuorokautinen hoito (säännöllinen koti- ja hoitajaksojen vuorottelu esim. kahden viikon välein)	()	()	()	()	()	()
Kriisihoito (äkillinen tarve esim. omaisen sairastuessa, käytösoireiden hoidossa)	()	()	()	()	()	()
Yksilölliset terapiat, esim. fysio-/toimintaterapia	()	()	()	()	()	()
Tavoitteellinen vertaistukitoiminta	()	()	()	()	()	()
MuistiKaVeRi tai muu vastaava vapaaehtoinen henkilö	()	()	()	()	()	()

Valitkaa jokaiselta riviltä yksi parhaaksi arvioimanne vaihtoehto

18. Millaiseksi arvioitte muistisairaiden ihmisten kotona asumista tukevien palvelujen **laadun** alueellanne?

	huono	jokseenkin huono	kohtalainen	jokseenkin hyvä	hyvä	en osaa sanoa
Hoito- ja palvelusuunnitelma, joka sisältää kuntoutussuunnitelman	()	()	()	()	()	()
Vastuutyöntekijä, joka huolehtii palvelujen toteutumisesta ja yhteensovittamisesta	()	()	()	()	()	()
Muistikoordinaattori	()	()	()	()	()	()
Kotihoito	()	()	()	()	()	()
Kotilomitus/kotimiestoiminta	()	()	()	()	()	()
Päivätoiminta/päiväsairaala	()	()	()	()	()	()
Muistisairaille suunnattu oma päivätoiminta	()	()	()	()	()	()
Iltahoito	()	()	()	()	()	()
Yöhoito	()	()	()	()	()	()
Viikonloppuhoito	()	()	()	()	()	()
Lomahoito (tilapäinen hoitajakso)	()	()	()	()	()	()
Lyhytaikainen ympärivuorokautinen hoito (säännöllinen koti- ja hoitajakson vuorottelu esim. kahden viikon välein)	()	()	()	()	()	()
Kriisihoito (äkillinen tarve esim. omaisen sairastuessa, käytösoireiden hoidossa)	()	()	()	()	()	()
Yksilölliset terapiat, esim. fysio-/toimintaterapia	()	()	()	()	()	()
Tavoitteellinen vertaistukitoiminta	()	()	()	()	()	()
MuistiKaVeRi tai muu vastaava vapaaehtoinen henkilö	()	()	()	()	()	()

D. Muiden tukipalvelujen saatavuus ja laatu

Valitkaa jokaiselta riviltä yksi parhaaksi arvioimanne vaihtoehto

19. Millaiseksi arvioitte muistisairaiden ihmisten muiden tukipalvelujen **saatavuuden** alueellanne?

	ei lainkaan	huono	jokseenkin huono	kohtalainen	jokseenkin hyvä	hyvä
Ateriapalvelu	()	()	()	()	()	()
Kylvetyspalvelu	()	()	()	()	()	()
Siivouspalvelu	()	()	()	()	()	()
Vaatehuolto	()	()	()	()	()	()
Kuljetuspalvelu (myös saattajapalvelu)	()	()	()	()	()	()
Muistamisen apuvälineet ja turvateknologia	()	()	()	()	()	()
Asunnon muutostyöt	()	()	()	()	()	()

Valitkaa jokaiselta riviltä yksi parhaaksi arvioimanne vaihtoehto

20. Millaiseksi arvioitte muistisairaiden ihmisten muiden tukipalvelujen **laadun** alueellanne?

	huono	jokseenkin huono	kohtalainen	jokseenkin hyvä	hyvä	en osaa sanoa
Ateriapalvelu	()	()	()	()	()	()
Siivouspalvelu	()	()	()	()	()	()
Kuljetuspalvelu (myös saattajapalvelu)	()	()	()	()	()	()

E. Omaisten ja läheisten tuen ja palvelujen saatavuus ja laatu

Valitkaa jokaiselta riviltä yksi parhaaksi arvioimanne vaihtoehto

21. Millaiseksi arvioitte muistisairaiden ihmisten omaisten ja läheisten tuen ja palvelujen **saatavuuden** alueellanne?

	ei lainkaan	huono	jokseenkin huono	kohtalainen	jokseenkin hyvä	hyvä
Omaisille ja läheisille annettu neuvonta	()	()	()	()	()	()
Muistisairaiden ihmisten omaisten ja läheisten tukiryhmät	()	()	()	()	()	()
Läheistään hoitavien kuntoutus	()	()	()	()	()	()
Omaishoitajalle maksettava palkkio	()	()	()	()	()	()
Omaishoidon tukeen sisältyvät palvelut	()	()	()	()	()	()

Valitkaa yksi parhaaksi arvioimanne vaihtoehto

22. Millaiseksi arvioitte muistisairaiden ihmisten omaisten ja läheisten tuen ja palvelujen **laadun** alueellanne?

- huono
- jokseenkin huono
- kohtalainen
- jokseenkin hyvä
- hyvä
- en osaa sanoa

F. Pitkäaikaisen hoidon saatavuus ja laatu

Valitkaa jokaiselta riviltä yksi parhaaksi arvioimanne vaihtoehto

23. Millaiseksi arvioitte muistisairaiden ihmisten pitkäaikaisen hoidon **saatavuuden** alueellanne?

	ei lainkaan	huono	jokseenkin huono	kohtalainen	jokseenkin hyvä	hyvä
Tavallinen palveluasuminen	()	()	()	()	()	()
Tehostettu palveluasuminen muistisairaille tarkoitetussa yksikössä (ympärivuorokautinen henkilökunta, esim. ryhmäkoti)	()	()	()	()	()	()
Tehostettu palveluasuminen (ympärivuorokautinen henkilökunta)	()	()	()	()	()	()
Vanhainkoti	()	()	()	()	()	()
Terveyskeskus – vuodeosasto / terveyskeskussairaala	()	()	()	()	()	()

Valitkaa yksi parhaaksi arvioimanne vaihtoehto

24. Millaiseksi arvioitte muistisairaiden ihmisten pitkäaikaishoidon **laadun** alueellanne?

- huono
- jokseenkin huono
- kohtalainen
- jokseenkin hyvä
- hyvä
- en osaa sanoa

Valitkaa jokaiselta riviltä yksi parhaaksi arvioimanne vaihtoehto

25. Toteutuuko alueellanne hyvä kuolevan muistisairaahan ihmisen hoito (esimerkiksi saattohoito ja palliatiivinen hoito)?

	ei lainkaan	huonosti	jokseenkin huonosti	kohta- laisesti	jokseenkin hyvin	hyvin
Oma koti (tukitoimiseen)	()	()	()	()	()	()
Tavallinen palveluasuminen	()	()	()	()	()	()
Tehostettu palveluasuminen	()	()	()	()	()	()
Vanhainkoti	()	()	()	()	()	()
Terveyskeskus - vuodeosasto /terveyskeskussairaala	()	()	()	()	()	()

G. Palvelut yleensä ja asiakaspalautteet

Valitkaa parhaaksi arvioimanne vaihtoehto

26. Miten **yhdenmukaisesti** näkemyksenne mukaan toteutuu **eri puolilla aluettanne** asuvien muistisairaiden ja heidän omaistensa ja läheistensä palvelujen saatavuus?

- huonosti
- jokseenkin huonosti
- kohtalaisesti
- jokseenkin hyvin
- hyvin

Valitkaa jokaiselta riviltä yksi parhaaksi arvioimanne vaihtoehto

27. Miten seuraavat asiat toteutuvat mielestänne muistisairaiden ja heidän läheistensä ja omaishoitajiensa palveluissa?

	huonosti	jokseenkin huonosti	kohta- laisesti	jokseenkin hyvin	hyvin	en osaa sanoa
Palvelujen koordinointi	()	()	()	()	()	()
Uusien toimintatapojen kehittäminen	()	()	()	()	()	()
Asiakkaiden osallistumismahdollisuudet palveluiden suunnitteluun	()	()	()	()	()	()

Valitkaa parhaaksi arvioimanne vaihtoehto

28. Kerätäänkö alueenne muistisairaiden, heidän läheistensä ja omaishoitajien palveluista asiakaspalautetta?

- ei
- kyllä, satunnaisesti; missä palveluissa? _____
- kyllä, systemaattisesti; missä palveluissa? _____

Valitkaa jokaiselta riviltä yksi parhaaksi arvioimanne vaihtoehto
 29. Kerätäänkö asiakaspalautetta muistisairailta henkilöiltä itseltään?

- ei
- kyllä, satunnaisesti; missä palveluissa? _____
- kyllä, systemaattisesti; missä palveluissa? _____

Kuvatkaa lyhyesti alla oleville riveille
 30. Miten asiakaspalautetta hyödynnetään?

IV AMMATTIHENKILÖSTÖN OSAAMINEN

Kysymyksissä 31–40 ympärivuorokautiseen hoitoon sisällytetään tavallinen palveluasuminen, tehostettu palveluasuminen, vanhainkoti ja terveyskeskus-vuodeosasto /terveyskeskussairaala.

Valitkaa jokaiselta riviltä yksi parhaaksi arvioimanne vaihtoehto

31. Millaiseksi arvioitte alueenne ammattihenkilöstön osaamisen **muistisairauksien ennaltaehkäisyssä**?

	huono	jokseenkin huono	kohtalainen	jokseenkin hyvä	hyvä	en osaa sanoa
Terveysasemalla	()	()	()	()	()	()
Kotihoidossa	()	()	()	()	()	()
Ympäri vuorokautisessa hoidossa	()	()	()	()	()	()

Valitkaa jokaiselta riviltä yksi parhaaksi arvioimanne vaihtoehto

32. Millaiseksi arvioitte alueenne ammattihenkilöstön osaamisen **muistioireiden tunnistamisessa**?

	huono	jokseenkin huono	kohtalainen	jokseenkin hyvä	hyvä	en osaa sanoa
Terveysasemalla	()	()	()	()	()	()
Kotihoidossa	()	()	()	()	()	()
Ympäri vuorokautisessa hoidossa	()	()	()	()	()	()

Valitkaa jokaiselta riviltä yksi parhaaksi arvioimanne vaihtoehto

33. Millaiseksi arvioitte alueenne ammattihenkilöstön osaamisen muistisairaiden ihmisten **psykkisessä tukemisessa**?

	huono	jokseenkin huono	kohtalainen	jokseenkin hyvä	hyvä	en osaa sanoa
Terveysasemalla	()	()	()	()	()	()
Kotihoidossa	()	()	()	()	()	()
Ympäri vuorokautisessa hoidossa	()	()	()	()	()	()

Valitkaa jokaiselta riviltä yksi parhaaksi arvioimanne vaihtoehto

34. Millaiseksi arvioitte alueenne ammattihenkilöstön osaamisen **muistisairaiden ihmisten kohtaamisessa?**

	huono	jokseenkin huono	kohtalainen	jokseenkin hyvä	hyvä	en osaa sanoa
Terveysasemalla	()	()	()	()	()	()
Kotihoidossa	()	()	()	()	()	()
Ympäri vuorokautisessa hoidossa	()	()	()	()	()	()

Valitkaa jokaiselta riviltä yksi parhaaksi arvioimanne vaihtoehto

35a. Millaiseksi arvioitte alueenne ammattihenkilöstön osaamisen **muistisairaiden ihmisten itsemääräämisoikeuden tukemisessa?**

	huono	jokseenkin huono	kohtalainen	jokseenkin hyvä	hyvä	en osaa sanoa
Terveysasemalla	()	()	()	()	()	()
Kotihoidossa	()	()	()	()	()	()
Ympäri vuorokautisessa hoidossa	()	()	()	()	()	()

Valitkaa jokaiselta riviltä yksi parhaaksi arvioimanne vaihtoehto

35b. Millaiseksi arvioitte alueenne ammattihenkilöstön osaamisen **muistisairaiden ihmisten osallisuuden tukemisessa?**

	huono	jokseenkin huono	kohtalainen	jokseenkin hyvä	hyvä	en osaa sanoa
Terveysasemalla	()	()	()	()	()	()
Kotihoidossa	()	()	()	()	()	()
Ympäri vuorokautisessa hoidossa	()	()	()	()	()	()

Valitkaa jokaiselta riviltä yksi parhaaksi arvioimanne vaihtoehto

36. Millaiseksi arvioitte alueenne ammattihenkilöstön osaamisen muistisairaiden ihmisten **omaisten ja läheisten tukemisessa?**

	huono	jokseenkin huono	kohtalainen	jokseenkin hyvä	hyvä	en osaa sanoa
Terveysasemalla	()	()	()	()	()	()
Kotihoidossa	()	()	()	()	()	()
Ympäri vuorokautisessa hoidossa	()	()	()	()	()	()

Valitkaa jokaiselta riviltä yksi parhaaksi arvioimanne vaihtoehto

37. Millaiseksi arvioitte alueenne ammattihenkilöstön osaamisen **etenevien muistisairauksien lääkehoidossa?**

	huono	jokseenkin huono	kohtalainen	jokseenkin hyvä	hyvä	en osaa sanoa
Terveysasemalla	()	()	()	()	()	()
Kotihoidossa	()	()	()	()	()	()
Ympäri vuorokautisessa hoidossa	()	()	()	()	()	()

Valitkaa jokaiselta riviltä yksi parhaaksi arvioimanne vaihtoehto

38. Millaiseksi arvioitte alueenne ammattihenkilöstön osaamisen muistisairaiden ihmisten **käyttösoireiden kohtaamisessa ja hoitamisessa?**

	huono	jokseenkin huono	kohtalainen	jokseenkin hyvä	hyvä	en osaa sanoa
Terveysasemalla	()	()	()	()	()	()
Kotihoidossa	()	()	()	()	()	()
Ympäri vuorokautisessa hoidossa	()	()	()	()	()	()

Valitkaa jokaiselta riviltä yksi parhaaksi arvioimanne vaihtoehto

39. Millaiseksi arvioitte alueenne ammattihenkilöstön osaamisen muistisairaiden ihmisten **kuntoutumisen tukemisessa?**

	huono	jokseenkin huono	kohtalainen	jokseenkin hyvä	hyvä	en osaa sanoa
Terveysasemalla	()	()	()	()	()	()
Kotihoidossa	()	()	()	()	()	()
Ympäri vuorokautisessa hoidossa	()	()	()	()	()	()

Valitkaa jokaiselta riviltä yksi parhaaksi arvioimanne vaihtoehto

40. Millaiseksi arvioitte alueenne ammattihenkilöstön osaamisen **työikäisten muistisairaiden erityistarpeissa?**

	huono	jokseenkin huono	kohtalainen	jokseenkin hyvä	hyvä	en osaa sanoa
Terveysasemalla	()	()	()	()	()	()
Kotihoidossa	()	()	()	()	()	()
Ympäri vuorokautisessa hoidossa	()	()	()	()	()	()

Kuvatkaa alla oleville riveille

41. Miten alueellanne varmistetaan ympärivuorokautista hoivaa ja hoitoa hankittaessa (esim. tarjouspyynnössä), että palveluntuottajan henkilöstöllä on riittävä osaaminen muistisairaiden ihmisten hoidosta?

V YHTEISTYÖ KOLMANNEN SEKTORIN KANSSA

Valitkaa jokaiselta riviltä yksi parhaaksi arvioimanne vaihtoehto

42. Oletteko tehneet viimeksi kuluneen vuoden aikana yhteistyötä seuraavien toimijoiden kanssa?

	kyllä	ei	en osaa sanoa
Vanhusjärjestöt	()	()	()
Omaishoitajajärjestöt	()	()	()
Potilasjärjestöt	()	()	()
Vammaisjärjestöt	()	()	()
Päihdejärjestöt	()	()	()
Mielenterveysjärjestöt	()	()	()
Liikuntajärjestöt	()	()	()
Seurakunnat	()	()	()

joku muu, mikä _____

Kuvatkaa lyhyesti alla oleville riveille

43. Minkälaista yhteistyötä olette tehneet?

Valitkaa parhaaksi arvioimanne vaihtoehto

44. Onko alueellanne yhteistyötä Muisti- Alzheimer tai Dementiayhdistyksen kanssa tällä hetkellä?

ei

kyllä; mitkä ovat mielestänne yhteistyön keskeisimmät sisällöt?

Valitkaa parhaaksi arvioimanne vaihtoehto ja kuvatkaa tarvittaessa lyhyesti

45. Onko alueellanne yhteistyötä Muistiyhdistysten ylläpitämien Muistiluotsi – asiantuntija- ja tukikeskuksen kanssa tällä hetkellä?

ei

kyllä; mitkä ovat mielestänne yhteistyön keskeisimmät sisällöt?

Kuvatkaa lyhyesti

46. Millaisia odotuksia teillä on paikalliselle Muisti-, Alzheimer- tai Dementiayhdistykselle?

Kuvatkaa lyhyesti

47. Millaisia odotuksia teillä on valtakunnalliselle Muistiliitolle?

VI VAPAA SANA JA PALAUTE KYSELYSTÄ

Kuvatkaa lyhyesti

48. Vapaa sana.

49. Palaute kyselystä.

KIITOS VASTAUKSESTANNE

6.2 Liite 2. Muistibarometrin liitetaulukot

Taulukot niistä kuvioista, joissa ei ole annettu numeerisia arvoja

Kuvion 3 taulukko

Ikääntyneitä ihmisiä koskevat kunnalliset tai alueelliset suunnitelmat (%) 2005 – 2015

	2005	2010	2015
Kyllä	70	80	85
Ei vielä, valmistellaan	20	14	12
Ei vielä, suunnitelmissa	4	3	3
Ei	5	4	0

Kuvion 4 taulukko kahdessa osassa

Miten alueen suunnitelmassa iäkkään väestön tukemiseksi huomioidaan aivoterveysten edistäminen ja muistisairaiden ihmisten palvelut (%) 2015

	Muisti-sairauksien ennalta-ehkäisy	Tutkimuksiin ohjaaminen ja diagnostiikka	Kotihoito	Päivätoiminta	LAH
Ei vastausta	5,43	5,43	5,43	6,52	7,61
Ei lainkaan	2,17	1,09	1,09	4,35	2,17
Huonosti tai jokseenkin huonosti	7,61	7,61	2,17	7,61	7,61
Kohtalaisesti	42,39	17,39	23,91	21,74	20,65
Jokseenkin hyvin -hyvin	42,39	68,48	67,39	59,78	61,96

	Palveluasuminen, tavallinen	Palveluasuminen, tehostettu	Vanhainkoti	Terveyskeskus, pitkäaikaishoito	Lääkinnällinen kuntoutus
Ei vastausta	13,04	6,52	18,48	11,96	7,61
Ei lainkaan	19,57	2,17	19,57	7,61	8,70
Huonosti tai jokseenkin huonosti	10,87	6,52	5,43	9,78	20,65
Kohtalaisesti	23,91	14,13	11,96	21,74	34,78
Jokseenkin hyvin -hyvin	32,61	70,65	44,57	48,91	28,26

Kuvion 5 taulukko**Muistisairaille tarjottu palvelupolku ja muistisairaiden ihmisten yksilölliset tarpeet (%) 2015**

Ei vastausta	2,17
Ei lainkaan	1,09
Huonosti tai jokseenkin huonosti	6,52
Kohtalaisesti	23,91
Jokseenkin hyvin -hyvin	66,30

Kuvion 8 taulukko**Muistihoitajan- ja poliklinikan yleisyys (%) 2005 - 2015**

	2005	2010	2015
Alueella on muistipoliklinikka/muistineuvola	30	64	82
Alueella on muistihoitaja	45	86	95

Kuvion 9 taulukko

Sairauden ensivaiheen neuvonnan ja palveluiden saatavuus (%) 2005-2015

	2005 (%)				
	Ei lainkaan	Huono tai jokseenkin huono	Kohtalainen	Hyvä tai jokseenkin hyvä	Ei vastausta
Ensivaiheen neuvonta	1	13	36	49	1
Diagnosointi	1	10	37	52	1
Diagnoosikohtainen neuvonta	1	19	43	38	1
Tukea antava neuvonta	1	13	40	45	1
Ensitetokurssit	22	39	23	14	2
Sopeutumisvalmennus	22	46	22	9	2
Kuntoutussuunnitelmat	10	33	38	17	2
	2010 (%)				
	Ei lainkaan	Huono tai jokseenkin huono	Kohtalainen	Hyvä tai jokseenkin hyvä	Ei vastausta
Ensivaiheen neuvonta	0	5	41	53	1
Diagnosointi	0	1	32	66	1
Diagnoosikohtainen neuvonta	0	3	47	49	1
Tukea antava neuvonta	0	5	39	53	3
Ensitetokurssit	12	25	28	34	1
Sopeutumisvalmennus	13	34	36	14	3
Kuntoutussuunnitelmat	7	27	49	17	1
	2015 (%)				
	Ei lainkaan	Huono tai jokseenkin huono	Kohtalainen	Hyvä tai jokseenkin hyvä	Ei vastausta
Ensivaiheen neuvonta	0	1	23	76	0
Diagnosointi	0	2	14	84	0
Diagnoosikohtainen neuvonta	0	2	24	73	0
Tukea antava neuvonta	0	1	16	82	1
Ensitetokurssit	14	14	26	43	3
Sopeutumisvalmennus	17	20	31	28	4
Kuntoutussuunnitelmat	3	17	31	45	4

Kuvion 10 taulukko

Sairauden alkuvaiheen neuvonnan ja sopeutumisvalmennuksen ja kuntoutussuunnitelmien saatavuus (%) 2005 - 2015

	2005 (%)			
	Vastaus puuttuu/en osaa sanoa	Huono tai jokseenkin huono	Kohtalainen	Hyvä tai jokseenkin hyvä
Neuvonta ja ohjaus	(-)	(-)		(-)
Sopeutumisvalmennus	9	44	31	16
Kuntoutussuunnitelmat	0	32	41	27
	2010 (%)			
	Vastaus puuttuu/en osaa sanoa	Huono tai jokseenkin huono	Kohtalainen	Hyvä tai jokseenkin hyvä
Neuvonta ja ohjaus	0	2	27	71
Sopeutumisvalmennus	16	21	26	37
Kuntoutussuunnitelmat	14	20	38	29
	2015 (%)			
	Vastaus puuttuu/en osaa sanoa	Huono tai jokseenkin huono	Kohtalainen	Hyvä tai jokseenkin hyvä
Neuvonta ja ohjaus	0	1	12	87
Sopeutumisvalmennus	13	26	26	36
Kuntoutussuunnitelmat	6	18	26	50

Kuvion 11a taulukko

Muistisairaiden ihmisten kotona asumista tukevien palveluiden saatavuus ja laatu ensivaiheen jälkeen (%) 2015

	Saatavuus 2015 (%)				
	Ei lainkaan	Huono tai jokseenkin huono	Kohtalainen	Hyvä tai jokseenkin hyvä	Ei vastausta
Iltahoito	21	18	20	41	0
Yöhoito	32	24	15	29	0
Viikonloppuhoito	15	17	21	46	1
Lomahoito (tilapäinen hoitajakso)	1	3	17	77	1
Lyhytaikainen ympärivuorokautinen hoito	1	4	17	77	0
Kriisihoito	0	8	18	74	0
	Laatu 2015 (%)				
Iltahoito	0	22	8	52	18
Yöhoito	0	33	4	40	23
Viikonloppuhoito	0	17	10	58	15
Lomahoito (tilapäinen hoitajakso)	0	3	11	80	5
Lyhytaikainen ympärivuorokautinen hoito	0	3	8	84	5
Kriisihoito	0	5	13	73	9

Kuvion 11b taulukko

Muistisairaiden ihmisten kotona asumista tukevien palveluiden saatavuus ja laatu ensivaiheen jälkeen (%) 2015

	Saatavuus 2015 (%)				
	Ei lainkaan	Huono tai jokseenkin huono	Kohtalainen	Hyvä tai jokseenkin hyvä	Ei vastausta
Hoito- ja palvelusuunnitelma, joka sisältää kuntoutussuunnitelman	4	14	38	43	0
Kotihoito	0	2	12	86	0
Kotilomitus/kotimiestoiminta	37	29	15	16	2
Muistisairaille suunnattu oma päivätoiminta	21	13	20	46	1
Päivätoiminta/päiväsairaala	18	12	17	52	0
Yksilölliset terapiat, esim. fysio/toimintaterapia	1	37	33	29	0
	Laatu 2015 (%)				
Hoito- ja palvelusuunnitelma, joka sisältää kuntoutussuunnitelman	0	15	25	59	1
Kotihoito	0	0	13	85	2
Kotilomitus/kotimiestoiminta	0	34	13	23	30
Muistisairaille suunnattu oma päivätoiminta	0	15	9	61	15
Päivätoiminta/päiväsairaala	0	13	17	60	10
Yksilölliset terapiat, esim. fysio/toimintaterapia	0	14	15	57	14

Kuvion 12 taulukko

Muistisairaana kotona asumista tukevien palveluiden saatavuus (%) 2005 – 2015

	2005				
	Ei lainkaan	Huono tai jokseenkin huono	Kohtalainen	Hyvä tai jokseenkin hyvä	Ei vastausta
Kotihoito		3	14	83	
Kotilomitus/kotimiestoiminta	12	28	34	24	2
Muistisairaille suunnattu päivätoiminta	37	23	20	19	2
Päivätoiminta/päiväsairaala	13	20	25	38	4
Iltahoito	16	31	28	24	1
Yöhoito	31	25	18	25	2
Viikonloppuhoito	12	28	25	33	2
Lomahoito (tilapäinen hoitajakso)	0	8	28	60	4
Lyhytaikainen ympärivrk hoito	1	7	24	68	1
Kriisihoito	3	19	31	46	1
	2010				
	Ei lainkaan	Huono tai jokseenkin huono	Kohtalainen	Hyvä tai jokseenkin hyvä	Ei vastausta
Kotihoito	0	5	25	68	1
Kotilomitus/kotimiestoiminta	25	36	20	15	5
Muistisairaille suunnattu päivätoiminta	25	25	17	30	3
Päivätoiminta/päiväsairaala	8	24	22	45	1
Iltahoito	21	29	26	21	3
Yöhoito	26	31	24	17	3
Viikonloppuhoito	16	26	29	25	4
Lomahoito (tilapäinen hoitajakso)	1	9	33	54	3
Lyhytaikainen ympärivrk hoito	1	11	29	55	4
Kriisihoito	1	19	29	48	3
	2015				
	Ei lainkaan	Huono tai jokseenkin huono	Kohtalainen	Hyvä tai jokseenkin hyvä	Ei vastausta
Kotihoito	0	2	12	86	0
Kotilomitus/kotimiestoiminta	37	29	15	16	2
Muistisairaille suunnattu päivätoiminta	21	13	20	46	1
Päivätoiminta/päiväsairaala	18	12	17	52	0
Iltahoito	21	18	20	41	0
Yöhoito	32	24	15	29	0
Viikonloppuhoito	15	17	21	46	1
Lomahoito (tilapäinen hoitajakso)	1	3	17	77	1
Lyhytaikainen ympärivrk hoito	1	4	17	77	0
Kriisihoito	0	8	18	74	0

Kuvion 13 taulukko

Muistisairaahan henkilön kotona asumista tukevien palveluiden laatu (%) 2005 – 2015

	2005			
	Vastaus puuttuu/en osaa sanaa	Huono tai jokseenkin huono	Kohtalainen	Hyvä tai jokseenkin hyvä
Palveluohjaus/ Muistisairaalle nimettyvastautt.	3	6	35	57
Kotihoito	0	32	41	27
Kotilomitus/kotimiestoiminta	11	24	37	29
Muistisairaille suunnattu oma päivätoiminta	9	28	24	39
Päivätoiminta/päiväsairaala	4	16	33	47
Iltahoito	7	25	36	33
Yöhoito	9	31	25	35
Viikonloppuhoito	7	22	29	43
Lomahoito /tilapäinen hoitojakso)	4	5	28	63
Lyhytaikainen ympärivuorokautinen hoito	1	3	25	71
Kriisihoito	4	13	37	46
	2010			
Palveluohjaus/ Muistisairaalle nimettyvastautt.	0	7	23	70
Kotihoito	0	0	15	84
Kotilomitus/kotimiestoiminta	28	22	23	28
Muistisairaille suunnattu oma päivätoiminta	18	24	13	45
Päivätoiminta/päiväsairaala	10	17	18	57
Iltahoito	19	21	14	45
Yöhoito	21	27	11	40
Viikonloppuhoito	17	21	13	49
Lomahoito /tilapäinen hoitojakso)	1	6	18	75
Lyhytaikainen ympärivuorokautinen hoito	3	4	14	69
Kriisihoito	5	11	19	65
	2015			
Palveluohjaus/ Muistisairaalle nimettyvastautt.	5	3	15	76
Kotihoito	2	0	13	85
Kotilomitus/kotimiestoiminta	30	34	13	23
Muistisairaille suunnattu oma päivätoiminta	15	15	9	61
Päivätoiminta/päiväsairaala	10	13	17	60
Iltahoito	18	22	8	52
Yöhoito	23	33	4	40
Viikonloppuhoito	15	17	10	58
Lomahoito /tilapäinen hoitojakso)	5	3	11	80
Lyhytaikainen ympärivuorokautinen hoito	5	3	8	84
Kriisihoito	9	5	13	73

Kuvion 14 taulukko

Tukipalveluiden saatavuuden jakaumat palvelutyypin mukaan (%) 2015.

	Ei lainkaan	Huono tai jokseenkin huono	Kohtalainen	Hyvä tai jokseenkin hyvä	Ei vastausta
Ateriapalvelu	0	0	4	96	0
Kylvetyspalvelu	2	0	8	90	0
Siivouspalvelu	3	9	17	71	0
Vaatehuolto	2	4	15	78	0
Kuljetuspalvelu (myös saattajapalvelu)	2	18	34	46	0
Muistamisen apuvälineet ja turvateknologia	0	16	39	44	1
Asunnon muutostyöt	2	10	41	46	1

Kuvion 15 taulukko

Tukipalveluiden saatavuuden jakaumat palvelutyypin mukaan (%) 2005 2015

	2005				
	Ei lainkaan	Huono tai jokseenkin huono	Kohtalainen	Hyvä tai jokseenkin hyvä	Ei vastausta
Ateriapalvelu	0	1	4	95	1
Kuljetuspalvelu (myös saattajapalvelu)	1	10	28	60	1
Muistamisen apuvälineet ja turvateknologia (2005 apuvälineet ja turvateknologia)	0	1	39	59	1
Asunnon muutostyöt (2005 korjausavustukset)	1	11	42	45	1
	2010				
Ateriapalvelu	0	0	4	93	3
Kuljetuspalvelu (myös saattajapalvelu)	0	12	32	54	3
Muistamisen apuvälineet ja turvateknologia	0	31	38	29	3
Asunnon muutostyöt	3	8	42	45	3
	2015				
Ateriapalvelu	0	0	4	96	0
Kuljetuspalvelu (myös saattajapalvelu)	2	18	34	46	0
Muistamisen apuvälineet ja turvateknologia	0	16	39	44	1
Asunnon muutostyöt	2	10	41	46	1

Kuvion 16 taulukko**Muistisairasta henkilöä hoitavan omaisen tai läheisen saamien palveluiden saatavuus (%), 2015**

	Omaisille ja läheisille annettu neuvonta	Muistisairaiden ihmisten omaisten ja läheisten tukiryhmät	Läheistään hoitavien kuntoutus	Omaishoitajalle maksettava palkkio	Omaishoidon tukeen sisältyvät palvelut
Ei vastausta	1,09	2,17	3,26	1,09	1,09
Ei lainkaan	0	7,61	9,78	0	1,09
Huono tai jokseenkin huono	2,17	15,22	38,04	11,96	5,43
Kohtalainen	28,26	38,04	15,22	34,78	28,26
Jokseenkin hyvä tai hyvä	68,48	36,96	33,7	52,17	64,13

Kuvion 18 taulukko

Muistisairasta henkilöä hoitavan omaisen tai läheisen saamien palveluiden saatavuus (%), 2005 - 2015

	Ei lainkaan	Huono tai jokseenkin huono	Kohtalainen	Hyvä tai jokseenkin hyvä	Ei vastausta
	2005				
Läheistään hoitavien kuntoutus (2010 omaishoitajien kuntoutus, 2005 omaisten kuntoutus)	14	46	31	6	3
Omaishoitajille maksettava palkkio (2010 ja 2005 omaishoidon tuki rahana)	0	5	38	56	1
Omaishoidon tukeen sisältyvät palvelut (2005 omaishoidon tuki palveluna)	7	11	35	44	3
	2010				
Läheistään hoitavien kuntoutus (2010 omaishoitajien kuntoutus, 2005 omaisten kuntoutus)	11	47	28	11	4
Omaishoitajille maksettava palkkio (2010 ja 2005 omaishoidon tuki rahana)	0	15	32	51	3
Omaishoidon tukeen sisältyvät palvelut (2005 omaishoidon tuki palveluna)	9	16	37	34	4
	2015				
Läheistään hoitavien kuntoutus (2010 omaishoitajien kuntoutus, 2005 omaisten kuntoutus)	10	38	34	15	3
Omaishoitajille maksettava palkkio (2010 ja 2005 omaishoidon tuki rahana)	0	12	35	52	1
Omaishoidon tukeen sisältyvät palvelut (2005 omaishoidon tuki palveluna)	1	5	28	64	1

Kuvion 19 taulukko

Pitkäaikaishoidon asumispalvelujen saatavuus muistisairaille henkilöille (%), 2015

	Tavallinen palveluasuminen	Tehostettu palveluasuminen	Vanhainkoti	Terveyskeskus, pitkäaikaisosasto
Ei vastausta	0	0	3,26	1,09
Ei lainkaan	25	8,7	34,78	19,57
Huono tai jokseenkin huono	13,04	6,52	7,61	7,61
Kohtalainen	23,91	23,91	9,78	17,39
Jokseenkin hyvä tai hyvä	38,04	60,87	44,57	54,35

Kuvion 21 taulukko

Pitkäaikaishoidon saatavuus asumispalveluissa (%), 2005 - 2015

	2005				
	Ei lainkaan	Huono tai jokseenkin huono	Kohtalainen	Hyvä tai jokseenkin hyvä	Ei vastausta
Tavallinen palveluasuminen	17	10	28	43	2
Tehostettu palveluasuminen muistisairaille tarkoitettussa yksikössä (esim. ryhmäkoti)	21	14	19	44	2
Tehtostettu palveluasuminen	14	14	22	47	2
Terveyskeskus – vuodeosasto	4	11	26	57	2
	2010				
Tavallinen palveluasuminen	7	16	36	41	1
Tehostettu palveluasuminen muistisairaille tarkoitettussa yksikössä (esim. ryhmäkoti)	7	21	24	48	1
Tehtostettu palveluasuminen	3	15	30	50	3
Terveyskeskus – vuodeosasto	8	8	38	42	4
	2015				
Tavallinen palveluasuminen	25	13	24	38	0
Tehostettu palveluasuminen muistisairaille tarkoitettussa yksikössä (esim. ryhmäkoti)	9	7	24	61	0
Tehtostettu palveluasuminen	4	5	17	73	0
Terveyskeskus – vuodeosasto	20	8	17	54	1

Kuvion 22 taulukko

Muistisairaana henkilön elämän loppuvaiheen hyvän hoidon toteutuminen (%) 2015

	Omassa kodissa	Tavallisessa palveluasumisessa	Tehostetussa palveluasumisessa	Vanhainkodissa	Terveyskeskusosastolla
Ei vastausta	1,09	3,26	0	5,43	1,09
Ei lainkaan	6,52	26,09	3,26	30,43	4,35
Huono tai jokseenkin huono	20,65	19,57	1,09	0	2,17
Kohtalainen	25	19,57	17,39	9,78	8,7
Jokseenkin hyvä tai hyvä	46,74	31,52	78,26	54,35	83,7

Kuvion 23 taulukko

Palveluiden yhdenmukaisuus, koordinointi, kehittäminen ja asiakaspalautteet (%), 2015

	Alueen eri puolilla asuvien muistisairaiden palvelujen yhdenmukaisuuden toteutuminen	Palvelujen koordinointi	Uusien toimintatapojen kehittäminen	Asiakkaiden osallistumismahdollisuudet palveluiden suunnitteluun
Ei vastausta	1,09	1,09	0	0
Ei lainkaan	0	0	0	0
Huono tai jokseenkin huono	8,7	1,09	6,52	13,04
Kohtalainen	23,91	23,91	26,09	32,61
Jokseenkin hyvä tai hyvä	66,3	73,91	67,39	54,35

Kuvion 25a taulukko kahdessa osassa
Henkilöstön osaaminen palvelutyypeittäin (%), 2015

	Ennalta ehkäisy			Tunnistaminen		
	Terveys- asema	Koti- hoito	Ympäri- vuoro- kautinen hoito	Terveys- asema	Koti- hoito	Ympäri- vuoro- kautinen hoito
Ei vastausta	9,78	0	1,09	10,87	1,09	1,09
Ei lainkaan	0	0	0	0	0	0
Huono tai jokseenkin huono	5,43	7,61	9,78	1,09	3,26	2,17
Kohtalainen	25	23,91	25	22,83	18,48	15,22
Jokseenkin hyvä tai hyvä	59,78	68,48	64,13	65,22	77,17	81,52

	Psyykinen tukeminen			Muistisairaiden henkilöiden kohtaaminen		
	Terveys- asema	Koti- hoito	Ympäri- vuoro- kautinen hoito	Terveys- asema	Koti- hoito	Ympäri- vuoro- kautinen hoito
Ei vastausta	10,87	2,17	1,09	13,04	0	0
Ei lainkaan	0	0	0	0	0	0
Huono tai jokseenkin huono	6,52	4,35	2,17	1,09	1,09	1,09
Kohtalainen	36,96	59,78	31,52	30,43	16,3	16,3
Jokseenkin hyvä tai hyvä	45,65	33,7	65,22	55,43	82,61	82,61

Kuvion 25b taulukko kahdessa osassa
Henkilöstön osaaminen palvelutyypeittäin (%), 2015

	Itsemääräämisoikeuden tukeminen			Muistisairaiden ihmisten osallisuuden tukeminen		
	Terveys- asema	Koti- hoito	Ympäri- vuoro- kautinen hoito	Terveys- asema	Koti- hoito	Ympäri- vuoro- kautinen hoito
Ei vastausta	17,39	2,17	3,26	15,22	0	0
Ei lainkaan	0	0	0	0	0	0
Huono tai jokseenkin huono	3,26	4,35	4,35	7,61	8,7	6,52
Kohtalainen	39,13	34,78	34,78	36,96	25	20,65
Jokseenkin hyvä tai hyvä	40,22	58,7	57,61	40,22	66,3	72,83

	Omaisten ja läheisten tukeminen		
	Terveysasema	Kotihoito	Ympärivuorokautinen hoito
Ei vastausta	15,22	2,17	1,09
Ei lainkaan	0	0	0
Huono tai jokseenkin huono	1,09	2,17	2,17
Kohtalainen	27,17	25	22,83
Jokseenkin hyvä tai hyvä	27,17	70,65	73,91

Kuvion 25c taulukko kahdessa osassa

Henkilöstön osaaminen palvelutyypeittäin (%), 2015

	Lääkehoito			Käyttösoireiden kohtaaminen		
	Terveysasema	Kotihoito	Ympärivuorokautinen hoito	Terveysasema	Kotihoito	Ympärivuorokautinen hoito
Ei vastausta	16,3	4,35	5,43	14,13	3,26	3,26
Ei lainkaan	0	0	0	6,52		0
Huono tai jokseenkin huono	1,09	4,35	5,43	6,52	6,52	3,26
Kohtalainen	17,39	21,74	19,57	27,17	34,78	30,43
Jokseenkin hyvä tai hyvä	65,22	69,57	69,57	52,17	55,43	63,04

	Kuntoutumisen tukeminen			Muistisairaana ihmisen erityistarpeet		
	Terveysasema	Kotihoito	Ympärivuorokautinen hoito	Terveysasema	Kotihoito	Ympärivuorokautinen hoito
Ei vastausta	18,48	3,26	4,35	23,91	20,65	22,83
Ei lainkaan	0	0	0	19,57	26,09	27,17
Huono tai jokseenkin huono	8,7	5,43	7,61	19,57	26,09	27,17
Kohtalainen	29,35	54,35	32,61	32,61	36,96	32,61
Jokseenkin hyvä tai hyvä	43,48	36,96	55,43	23,91	16,3	17,39

Kuvion 26 taulukko

Vanhusjärjestöt	94,68
Omaishoitajajärjestöt	79,79
Potilasjärjestöt	61,7
Vammaisjärjestöt	50,0
Päihdejärjestöt	31,91
Mielenterveysjärjestöt	46,81
Liikuntajärjestöt	68,09
Seurakunnat	95,74
Muut	29,79

6.3 Liite 3. RAI-tietokannan liitetaulukot

Kuvion 1 taulukko neljässä osassa

Kognition vajuksen osuus (%) vanhuspalveluiden asiakkailta 2008 – 2015

	Kotihoito							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ei kognition vajuusta	39,15	37,5	36	32,66	31,97	30,15	28,25	26,9
Lievä- keskivaikea vajuus	46,7	47	49,4	53,02	54,57	55,98	57,56	59
Vaikea - erittäin vaikea vajuus	14,15	15,5	14,7	14,32	13,46	13,87	14,19	14,1

	Tehostettu palveluasuminen							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ei kognition vajuusta	12,07	10,1	7,94	7,52	6,73	5,84	5,9	5,28
Lievä- keskivaikea vajuus	31,11	27,3	27,6	26,12	25,61	26,6	25,38	24,7
Vaikea - erittäin vaikea vajuus	56,81	62,6	64,5	66,36	67,67	67,56	68,72	70

	Vanhainkoti							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ei kognition vajuusta	6,43	5,28	5,36	3,95	3,95	3,91	3,85	3,98
Lievä- keskivaikea vajuus	20,34	20	16,7	16,03	15,97	16,94	17,71	17,7
Vaikea - erittäin vaikea vajuus	73,22	74,8	78	80,03	80,08	79,15	78,44	78,3

	Terveyskeskusten pitkäaikaisosastot							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ei kognition vajuusta	6,14	6,99	7,6	11,85	8,33	7,34	7,54	8,57
Lievä- keskivaikea vajuus	15,07	17,9	18	19,28	19,77	18,56	16,25	17,8
Vaikea - erittäin vaikea vajuus	78,79	75,1	74,4	68,87	71,9	74,1	76,22	73,6

Kuvion 27 taulukko

Muistilääkkeiden käyttö (%) kognition vajauksen vaikeusasteen mukaan säännöllisen kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen muistisairailta asiakkailta 2015

	Ei vajausta	Raja	Lievä	keski- vaikea	Vaikea	Erittäin vaikea
AKE-estäjä, KH	45,58	50,91	54,69	55,2	51,55	41,3
Memantiini, KH	5,1	12,12	20,28	29,59	36,78	26,09
AKE tai memantiini, KH	48,98	57,94	64,53	67,08	65,88	52,17
Molemmat, kh	1,7	5,09	10,44	17,71	22,45	15,22
AKE-estäjä, TehPA*	23,81	30,67	27,75	37,13	29,44	12,95
Memantiini, TehPA*	17,86	24,69	24,1	39,69	38,92	26,26
AKE tai memantiini, TehPA*	39,9	43,39	40,42	58,15	52	27,67
Molemmat, TehPA*	4,76	11,98	12,43	18,67	16,36	5,53

Kuvion 28 taulukko

Muistilääkkeiden käyttö (%) kognition vajauksen vaikeusasteen mukaan säännöllisen laitoshoidon muistisairailta asiakkailta, 2015

	Ei vajausta	Raja	Lievä	keski- vaikea	Vaikea	Erittäin vaikea
AKE-estäjä, VK	25,93	32,58	33,44	28,21	17,86	5,37
Memantiini, VK	11,11	34,09	37,85	40,47	32,96	13,28
AKE tai memantiini, VK	37,04	54,55	58,04	53,99	41,63	16,33
Molemmat, VK	0	12,12	13,25	14,69	9,18	2,32
AKE-estäjä, TK	42,86	26,92	26,92	26,15	19,57	7,99
Memantiini, TK	21,43	38,46	38,46	29,23	28,99	9,58
AKE tai memantiini, TK	50	46,15	57,69	46,15	39,13	15,97
Molemmat, TK	14,29	19,23	7,69	9,23	9,42	1,6

Kuvion 29 taulukko

Psykoosilääkkeiden käyttö ja käytösoireet (%) kognition vajauksen vaikeusasteen mukaan säännöllisen kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen muistisairailta asiakkailta 2015

	Ei vajausta	Raja	Lievä	keski- vaikea	Vaikea	Erittäin vaikea
Atyyppinen psykoosilääke, KH	13,61	16,24	16,2	27,1	24,37	28,26
Vähintään yksi käytösoire, KH	3,5	8,42	18,79	41,07	57,02	47,06
Atyyppinen psykoosilääke, TehPA	9,52	23,94	16,68	32,54	35,16	18,48
Vähintään yksi käytösoire, TehPA	17,86	26,43	36,09	61,14	76,85	54,6

Kuvion 30 taulukko

Psykoosilääkkeiden käyttö ja käytösoireet kognition (%) vajauksen vaikeusasteen mukaan laitoshoidon muistisairailta asiakkailta 2015

	Ei vajausta	Raja	Lievä	keski- vaikea	Vaikea	Erittäin vaikea
Atyyppinen psykoosilääke, VK	22,22	30,3	32,18	31,57	31,63	16,97
Vähintään yksi käytösoire, VK	14,81	33,33	41,32	62,55	71,53	46,58
Atyyppinen psykoosilääke, TK	57,14	42,31	40,38	40	36,23	26,84
Vähintään yksi käytösoire, TK	14,29	30,77	32,69	56,54	64,13	49,2

Kuvion 31 taulukko

Rauhoittavien ja unilääkkeiden käyttö (%) kognition vajauksen vaikeusasteen mukaan säännöllisen kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen muistisairailta asiakkailta, 2015

	Ei vajausta	Raja	Lievä	keski- vaikea	Vaikea	Erittäin vaikea
Vähintään yksi rauhoittava lääke, KH	6,46	6,42	5,22	6,07	6,79	10,87
Unilääke, KH	32,31	30,79	25,13	20,12	18,46	23,91
Melatoniini, KH	18,71	14,55	15,16	13,72	13,29	19,57
Vähintään yksi rauhoittava lääke, TehPA	27,38	23,44	19,25	27,27	32,52	19,7
Unilääke, TehPA	44,05	31,67	23,58	22,87	21,61	11,44
Melatoniini, TehPA	11,9	15,96	13,39	18,71	18,1	10,98

Kuvion 32 taulukko

Rauhoittavien ja unilääkkeiden käyttö (%) kognition vajuksen vaikeusasteen mukaan laitoshoidon muistisairailta asiakkailta, 2015

	Ei vajausta	Raja	Lievä	Keski- vaikea	Vaikea	Erittäin vaikea
Vähintään yksi rauhoittava lääke, VK	8,82	27,45	24,87	24,39	28,58	22,5
Unilääke, VK	29,41	25,49	19,17	21,75	16,36	8,39
Melatoniini, VK	26,47	20,92	18,39	19,89	15,39	7,24
Vähintään yksi rauhoittava lääke, TK	20	26,67	26,56	27,67	36,39	29,34
Unilääke, TK	46,67	20	28,13	24,67	19,34	12,87
Melatoniini, TK	6,67	6,67	15,63	12,33	8,52	5,69

Kuvion 33 taulukko

Omaisien tai läheisen kuormittuneisuus (%) ja halukkuus järjestää hoidettavalle muu hoitopaikka kuin koti omaishoidosopimuksen mukaan säännöllisen kotihoidon muistisairailta asiakkailta, 2015

	Ei vajausta	Raja	Lievä	Keski- vaikea	Vaikea	Erittäin vaikea
Omainen on kuormittunut (ei omaishoidon tukea), %	6,78	8	12,85	22,55	23,08	26,51
Omainen on kuormittunut (omaishoidon tuki on), %	4	9,41	14,37	31,84	45,45	33,96
Omaisien mielestä aiheen löytää jokin muu hoitopaikka kuin koti (ei omaishoidon tukea) %	2,26	3,33	9,08	21,24	28,85	25,3
Omaisien mielestä aiheen löytää jokin muu hoitopaikka kuin koti (omaishoidon tuki on), %	0	4,71	7,49	16,42	27,27	22,17

Kuvion 34 taulukko

Omaisten ja läheisten sekä kotihoidon työntekijöiden muistisairaille asiakkaille kohdentama työaika tunteina viikossa omaishoitotosimuksen mukaan, 2015

	Ei vajausta	Raja	Lievä	Keski- vaikea	Vaikea	Erittäin vaikea
Omaisen keskimääräinen hoitoaika tunteina viikossa (omaishoidon tuki on)	29,52	30,2	27,3	54,15	93,45	85,7264
Kotihoidon keskimääräinen hoitoaika tunteina viikossa (omaishoidon tuki on)	4,104	4,05	4,9	6,298	5,821	7,53514
Omaisen keskimääräinen hoitoaika tunteina viikossa (ei omaishoidon tukea)	5,9096	8,08	10,1	14,9	24,96	23,012
Kotihoidon keskimääräinen hoitoaika tunteina viikossa ei (omaishoidon tukea)	3,7894	4,46	5,37	8,02	8,731	9,45971

6.4 Liite 4. Kansallisen muistiohjelman toimeenpanon vastuutahot ja aikataulut

Taulukko 1. Kansallisen muistiohjelman seuranta

Toimija/vastuutaho	Käytännön toimet	Toteutus aika
THL	Perfect Memory – tutkimuksen I osa julkaistaan	kevät 2015
Muistiliitto ja THL	Muistibarometrin ja vanhuspalvelulain muistia koskevat tulokset julkaistaan	syksy 2015
THL	Perfect Memory – tutkimuksen II osa julkaistaan	2016 aikana
THL, Kunnat / kuntayhtymät / SOTE-alueet	Muistiohjelman seuranta-, ja avainindikaattorit työtetään ja testataan	2015 – 2017
Kunnat / kuntayhtymät / SOTE-alueet	Avainindikaattorien käyttöönotto näkyy kuntasuunnitelmissa ja tuloksissa	2017 - 2020
Muistiliitto	Muistibarometrin 2020 tulokset julkaistaan	2020

Taulukko 2. Aivoterveiden edistäminen

Toimija / vastuutaho	Käytännön toimet	Toteutus aika
THL, sote-alueet	ottavat huomioon vanhuspalvelulain toimeenpanossa aivoterveiden edistämisen ja edistymisen 1)raportti tilanteesta ennen vanhuspalvelulain voimaantuloa vuodelta 2014, 2)Vanhuspalvelulain 5 §:n mukaiset vuosisuunnitelmat	julk. 2015 tot. 2016 ->
STM, sote-alueet	ottavat aivoterveiden edistämisen huomioon tulevissa sote- järjestelyissä	2015–2020
Suomen Kuntaliitto, sote-alueet, kunnat	kehittävät sähköisen hyvinvointikertomuksen sisältöä ja tukevat kuntia siten, että aivoterveiden edistyminen (ja muut muistiohjelman keskeiset sisällöt) ovat raportoitavissa kertomuksen avulla.	2016 – 2017
Kunnat, THL sote-alueet	tekevät yhteistyötä THL:n koordinoiman Mieli -ohjelman (Mieli – Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma) kanssa tavoitteenaan hyödyntää ohjelman jo käynnissä olevaa toimeenpanoa aivoterveiden edistämiseksi.	2015 ->
THL	lisää TEA-viisarin tunnettuutta ja edistää sen hyödyntämistä aivoterveiden edistämisen työvälineenä.	2015 - 2016
Kunnat, kuntayhtymät	aktivoivat kuntalaisten omaehtoista toimintaa kehittämällä aivoterveiden edistämiseksi välineitä ja edistämällä aivoterveyttä tukevan toiminnan leviämistä ja hyödyntävät tutkittua tie-toa kuten Finger (https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/finger-tutkimushanke)	2015->

Taulukko 4. Oikea-aikaisen ja vaikuttavan hoidon ja kuntoutuksen turvaaminen

Toimija/ vastautaho	Käytännön toimet	Toteutus aika
Kunnissa kuntayhtymissä, soite-alueilla	toimii suosituksiin perustuva, kotona asumisen mahdollistava muistisairaahan ihmisen hoito- ja palveluketju , jossa eri toimijoiden vastuut on määritelty ja kirjattu. Erityishuomio hoito- ja palveluketjussa kiinnitetään 1) asiakkaan saatavilla olevaan tietoon 2)muuttuviin tilanteisiin 3) kuntoutukseen mukaan lukien toimivat apuvälinepalvelut ja informaatioteknologian 4) sekä mielekkään ja turvallisen arjen mahdollistaminen.	2015 - 2016
Kunnat, sote- alueet, kunta- yhtymät, yhdessä kolmannen sektorin kanssa	turvaavat muistisairaahan ihmisen omaisten tuen hoito- ja palveluketjun kaikissa vaiheissa	2015- 2016
Kunnat, kuntayhtymät, sote-alueet	järjestävät muistisairaiden ihmisten ympärivuoro-kautisen hoidon valta-kunnallisten linjausten ohjaamana: laitoshoitoa vähentäen ja asumisen ja yksilölliset palvelut sisältävien palveluvaihtoehtojen määrää lisäten.	2015 – 2016
KELA	tarjoaa muistisairaille asiakkaalle ja hänen omaisilleen riittävää tietoa kuntoutusmahdollisuuksista	2015->
KELA	tarjoaa sopeutumisvalmennus- ja kuntoutus-kursseja muistisairaille ja heidän omaisilleen. KELA kehittää ja kohdentaa kuntoutuspalveluita vastaamaan entistä paremmin muistisairaiden ihmisten ja heidän läheistensä tarpeita ja arvioi mahdollisuutta kohdentaa niitä myös yli 76-vuotiaille.	2015->
THL	Tutkii ja kehittää muistisairaiden saattohoidon nykytilannetta ja henkilöstön osaamista EU-rahoitteisessa PACE-hankkeessa yhteistyössä yhteisvastuukeräyksen saattohoitokoulutuksen kanssa, sekä selvittää saattohoitoa koskevan osuuden tarkentamista kanta.fi palveluun	2015- 2018 2015- 2016
Kunnat, kuntayhtymät, sote-alueet	varautuvat muistisairaiden hyvään hoitoon kuoleman läheystyessä.	2015 ->
THL, Muistiliitto ja muut toimijat	Levittävät hyviä käytäntöjä Innonkylän kautta.	2015– 2020
Kunnat, kuntayhtymät, sote-alueet ja kolmas sektori	Järjestävät tavoitteellista vertaisryhmätöimintää muistisairaille ihmisille, omaisille ja omaishoitajille	2015 ->

5. Osaamisen järjestelmällinen kehittäminen ja tietopohjan vahvistaminen

Toimija/vastuutaho	Käytännön toimet	Toteutus aika
STM (laajasti verkottuen)	valmistelee osaamiskeskusten verkostoa	2015 -
Kunnat, kuntayhtymät, sote-alueet	varmistavat muistisairauksien viiveettömän diagnostiikan perusterveydenhuollossa varmistamalla lääketieteen, hoito- ja sosiaali-työn sekä kuntoutuksen ja psykologian asiantuntemuksen sekä turvaavat apuvälineiden saannin ja toimivan palveluketjun.	2015 ->
THL	kehittää ammattihenkilöiden, omaisten ja läheisten sekä erilaisten virka- ja toimihaltijoiden käyttöön muistipassin	2016 – 2018
Muistiliitto	uudistaa muistisairaille tarkoitettujen toimintayksiköiden käyttöön tarkoitetut <i>Hyvän hoidon kriteerit</i>	2016 – 2017
Tutkimuslaitokset, STM, sote-alueet, osaamiskeskusten verkosto	muodostavat muistisairaiden kokonaisvaltaista arviointia, seurantaa, hoitoa ja kuntoutusta tukevan monitieteellisen tutkimushankekokonaisuuden, jolle haetaan tutkimusrahoitusta	2015 – 2016
TTL	tutkii ja kehittää aivoterveiden edistämistä työelämässä.	2015– 2020
STM	neuvottelee OKM:n Ok:n OK:n ja OPH:n kanssa aivoterveiden edistämiseen, muistisairauksien varhaiseen tunnistamiseen, muistisairauksien hoitoon ja kuntoutukseen sekä muistisairaiden saattohoitoon liittyvien opetussisältöjen lisäämisestä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten täydennyskoulutukseen.	2015
Koulutusviranomaiset ja organisaatiot	sisällyttävät sosiaali- ja terveysalan perus-, jatko- ja täydennyskoulutukseen riittävästi muistisairauksiin ja niiden ennaltaehkäisyyn liittyvää sisältöä.	2015– 2020
STM	tarkastaa tutkimus-EVot, painopistealueet vuosittain	2015 ->
Kunnat, kuntayhtymät, sote-alueet, THL	vahvistavat keskinäistä sekä, koulutusorganisaatioiden, perusterveydenhuollon yksiköiden ja sosiaalialan osaamiskeskusten välistä yhteistyötä tavoitteena lisätä muistisairauksiin liittyviä sisältöjä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten täydennyskoulutukseen (huomioon ottaen äitiys- & lastenneuvoloiden, koulu- & opiskelijaterveydenhuollon, työterveyshuollon & työttömien terveydenhuollon sekä iäkkäiden neuvontapalvelujen työntekijöiden täydennyskoulutustarpeet)	2015 ->

Lähteet

- Alzheimer's Disease International. Policy Brief for G8 Heads of Government. The Global Impact of Dementia 2013-2050. London: Alzheimer's Disease International; 2013. 2 World Health Organization. Dementia: A public health priority. Geneva: World Health Organization; 2012.
- Bond M, Rogers G, Peters J, Anderson R, Hoyle M, Miners A, *et al.* The effectiveness and cost-effectiveness of donepezil, galantamine, rivastigmine and memantine for the treatment of Alzheimer's disease (review of TA111): a systematic review and economic model. *Health Technol Assess* 2012;16(21). Download: Citation (for this publication as a .ris file) (5.5 KB).
- Colombo, F. *et al* (2011), Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care, OECD Publishing- Löydettävissä <http://www.oecd.org/els/health-systems/47836116.pdf>
- Kansallinen muistiohjelma 2012 - 2020. löydettävissä: <http://www.julkari.fi/handle/10024/111919>
- Kavirajan J, Schneider LS. Efficacy and adverse effects of cholinesterase inhibitors and memantine in vascular dementia: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet Neurol*. 2007 Sep;6(9):782-92.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975 Nov;12(3):189-98.
- Hurd MD, Martorell P, Delavande A, Mullen KJ, Langa KM. Monetary Costs of Dementia in the United States. *N Engl J Med* 2013;368:1326-34. DOI: 10.1056/NEJMSa1204629.
- Käypä hoito-suositus. Muistisairaudet. Löydettävissä: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/hoi/hoi50044.pdf>
- Maher AR, Maglione M, Bagley S *ym.* Efficacy and comparative effectiveness of atypical antipsychotic medications for off-label uses in adults: a systematic review and meta-analysis *JAMA* 2011;306:1359-69.
- Morris JN, Fries BE, Mehr DR, Hawes C, Philips C, Mor V, Lipsitz L. MDS Cognitive Performance Scale. *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 1994;49(4):M174-M182.
- Noro ja Alastalo (toim) Vanhuspalvelulain 980/2012 toimeenpanon seuranta. Tilanne ennen lain voimaantuloa vuonna 2013 Raportti 13/2014 Löydettävissä http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116151/URN_ISBN_978-952-302-169-3.pdf
- Viramo, P. & Sulkava, R. 2015: Muistisairauksien epidemiologia. Teoksessa Erkinjuntti *et al.* (toim) Muistisairaudet. Duodecim, Helsinki. Tilastokeskuksen ennuste vuodelle 2014. Löydettävissä: http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk_kansantalou.html <http://www.alcove-project.eu/> <http://www.alz.co.uk/> <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980> <http://valtioneuvosto.fi/hallitusohjelman-toteutus/hyvinvointi> <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/> <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8115041e.pdf?expires=1435311755&id=id&accname=oid013683&checksum=E171E4C598B4C57CD60098E9E92E20ED> http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin__vrm__vaerak/?tablelist=true