

Yhdessä muistisairaan henkilön parhaaksi

Kansallisen muistipalvelupolku -hankkeen loppuraportti

Marjaana Pennanen
Pia Pulkkinen
Elli Uusikoski
Jenni Kulmala
Teija Hammar
(toim.)



Raportti 13/2023

Marjaana Pennanen, Pia Pulkkinen, Elli Uusikoski, Jenni Kulmala,
Teija Hammar (toim.)

Yhdessä muistisairaan henkilön parhaaksi

Kansallisen muistipalvelupolku -hankkeen
loppuraportti



Terveysden ja
hyvinvoinnin laitos

© Kirjoittaja(t) ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Kannen kuva: Simon Godfrey (Unsplash) An old couple look out to sea in Cornwall.
Kuviot: PunaMusta Oy

ISBN 978-952-408- 226-6 (verkkojulkaisu)

ISSN 1798-0089 (verkkojulkaisu)

<http://urn.fi/URN:ISBN: 978-952-408-226-6>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Helsinki, 2023

Esipuhe

Maassamme muistisairauteen sairastuneiden henkilöiden määrä lähivuosina kasvaa väestön ikääntymisen myötä. Tästä johtuen muistisairauksista aiheutuvien palvelutarpeiden ja kustannusten on arvioitu nousevan, niin Suomessa kuin kansainvälisestikin. Kustannuksiin vaikuttaa myös se, että iäkkäät käyttävät palveluja pitempään. Palvelujen tarpeeseen voidaan vaikuttaa terveyden edistämisen toimilla, kuten vaikuttamalla kansansairauksien ennaltaehkäisyyn.

Tarvitsemme toimia aivoterveysten edistämiseksi, muistisairauksien ehkäisemiseksi ja muistiongelmien havaitsemiseksi mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Tutkimusten mukaan terveellisillä elämäntavoilla voidaan pitkittää muistihäiriöiden puhkeamista sekä ylläpitää toimintakykyä ja elämän laatua jo sairastuneilla henkilöillä. Varhainen ja oikea diagnosointi, lääkehoidon aloittaminen sekä kuntoutus ovat olennaisia sairastuneen ihmisen aktiivisten ja toimintakykyisten elinvuosien määrän sekä hyvän elämän kannalta.

Suomen kansallisen Ikäohjelman 2030 keskeisinä vaikuttavuustavoitteina on suunnata ennaltaehkäiseviä ja toimintakykyä parantavia toimia iäkkäälle väestölle ja riskiryhmille. Ikäohjelman vaikuttavuustavoitteen ”iäkkäät ovat toimintakykyisiä pitempään” yksi toimenpiteistä oli muistisairauksien varhaisen toteamisen kansallisen mallin kehittäminen Tulevaisuuden sote-keskuksiin eli Kansallinen muistipalvelupolku- hanke. Kehittämistyö hankkeessa painottui polun alkupäähän, riskiryhmien tunnistamiseen, elintapaohjaukseen ja muistisairauksien varhaiseen toteamiseen, lisäksi tarkasteltiin hoitoa ja seurantaa diagnoosin saannin jälkeen. Tässä vuonna 2021 alkaneessa hankkeessa hyödynnettiin muun muassa muistisairauteen sairastuneiden henkilöiden antamaa arvokasta tietoa eri alueiden muistipalvelupolkujen toimivuudesta. Muistisairaiden henkilöiden omakohtaisten kokemusten hyödyntäminen ja osallisuus kehittämistyössä vaikuttaa nyt ja tulevaisuudessa heidän elämäänsä ja heitä koskevaan päätöksentekoon. Kansallinen muistipalvelupolkumalli on laajassa yhteistyössä kehitetty malli, jossa on hyödynnetty alueilla kehitettyjä hyviä toimintamalleja ja käytäntöjä.

Loppuraportissa annetaan suosituksia palvelujärjestelmän toiminnan kehittämiseksi. Suosituksia voivat hyödyntää niin hyvinvointialueiden päättäjät, johtajat ja työntekijät kuin kuntien HYTE-toimijat, yhdistysten ja järjestöjen edustajat.

Seija Viljamaa
erityisasiantuntija
Sosiaali- ja terveysministeriö

Tiivistelmä

Marjaana Pennanen, Pia Pulkkinen, Elli Uusikoski, Jenni Kulmala, Teija Hammar (toim.). Yhdessä muistisairaahan henkilön parhaaksi. Kansallisen muistipalvelupolku -hankkeen loppuraportti. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 13/2023. 113 sivua. Helsinki 2023. ISBN 978-952-408-226-6 (verkkojulkaisu)

Kansallinen muistipalvelupolkumalli -hanke - Muistisairauksien varhaisen toteamisen kansallisen mallin kehittäminen osaksi sosiaali- ja terveyspalveluja tavoitteena oli edistää muistisairauksien varhaista tunnistamista, sujuvoittaa muistisairaahan henkilön palvelu- ja hoitopolkua sekä vahvistaa elintapaohjausta palvelupolun eri vaiheissa luomalla kansallinen palvelupolkumalli, erityisesti ikäihmisille.

Kansallisen muistipalvelupolkumallin kehittämistä varten selvitettiin kunnissa ja alueilla käytössä olevia muistipolkumalleja ja kansalliseen malliin siirrettäviä hyviä toimintamalleja, kartoitettiin toiminnan kehittämistarpeita ja ammattilaisten osaamistarpeita.

Tätä varten: (1) perustettiin kansallinen sosiaali- ja terveysalan ammattilaisista, tutkijoista, oppilaitosten ja järjestöjen toimijoista sekä kokemusasiantuntijoista ja heidän omaisistaan koostuva yhteistyöverkosto, joka kokoontui säännöllisesti käsittelemään aiheeseen liittyviä teemoja (2) tutustuttiin alan kirjallisuuteen ja verkkosivuilta löytyviin olemassa oleviin muistipalvelupolkumalleihin (3) tehtiin erilliskyselyjä asiakas- ja palveluohjauksen työntekijöille, terveyskeskusten ja muisti-, geriatrian- ja neurologian poliklinikoiden lääkäreille ja hoitajille, kotihoitoon sekä muistiyhdistykseen (4) selvitettiin osana THL:n vanhuspalvelujen tila -seurantaa, miten aivoterveysten edistäminen ja elintapaohjausta järjestetään ikäihmisten palveluissa sekä FIN-GER-toimintamallin tuntemusta (5) tehtiin yhteistyötä FINGER-asiantuntijoiden, THL:n tulevaisuuden sote-keskusohjelman asiantuntijoiden ja Muistiliiton asiantuntijoiden kanssa

Kansallisen muistipalvelupolkumallin tärkeänä elementtinä oli elintapaohjauksen vahvistaminen muistipolun kaikissa vaiheissa. Tätä toteutettiin yhdistämällä FIN-GER-toimintamalli kiinteäksi osaksi muistipalvelupolkua ja tukemalla sen levittämistä hyvinvointialueille.

Kansallisessa mallissa keskeistä on aivoterveysten edistäminen, muistisairauden varhainen tunnistaminen matalalla kynnyksellä, diagnosointi ja nopea hoitoon pääsy sekä ihmisten yksilöllisiin tarpeisiin perustuva palvelukokonaisuus. Mallissa painotetaan toimintakyvyn ylläpitämistä, elämän laatua, sujuvia palvelupolkuja ja tiedonkulkua, osaamisen vahvistamista palvelupolun eri vaiheissa, moniammatillisuutta ja verkostomaista yhteistyötä hyvinvointialueiden, kuntien, yhdistysten, järjestöjen ja yritysten kesken. Keskiössä ovat muistisairaathan henkilöt, heidän läheisensä ja

omaishoitajat. Lisäksi muistipalvelupolku painottaa terveyden edistämistä, kuten hyvien elintapojen merkitystä ja FINGER-toimintamallin jalkauttamista alueille.

Tässä loppuraportissa tuodaan esille näkemyksiä muistisairaiden henkilöiden palvelujen nykytilasta, esitellään ehdotettu Kansallinen muistipalvelupolkumalli sekä annetaan kehittämisehdotuksia jatkotyöskentelyä varten.

Avainsanat: Muistipalvelupolkumalli, muistisairaat henkilöt, terveyden edistäminen, FINGER-toimintamalli, osaaminen, varhainen tunnistaminen, sosiaali- ja terveystalvet

Sammandrag

Marjaana Pennanen, Pia Pulkkinen, Elli Uusikoski, Jenni Kulmala, Teija Hammar (red.) Yhdessä muistisairaahan henkilön parhaaksi. Kansallisen muistipalvelupolku -hankkeen loppuraportti. [Tillsammans med personer som har demens - för deras bästa. Projektet för en nationell servicestig för minnestjänster]. Institutet för hälsa och välfärd (THL). Rapport 13/2023. 113 sidor. Helsingfors, Finland 2023.
ISBN 978-952-408-226-6 (nätpublikation)

Projektet för en nationell servicestig för minnestjänster - utveckling av en nationell modell för tidig diagnostisering av minnessjukdomar som en del av social- och hälsovårdstjänsterna. Målet med utvecklingen av en nationell modell var att främja en tidig identifiering av minnessjukdomar, göra service- och vårdkedjan för personer med minnessjukdom smidigare samt stärka livsstilshandledningen i olika skeden av servicestigen genom att skapa en nationell modell för en servicestig i synnerhet för äldre personer.

För att utveckla den nationella modellen för en servicestig för personer med minnessjukdom utredde man kommunernas och välfärdsområdenas servicestigar för personer med minnessjukdom och goda verksamhetsmodeller som ska överföras till den nationella modellen samt kartlade verksamhetens utvecklingsbehov och yrkespersonalens kompetensbehov.

För detta ändamål: (1) grundades ett nationellt samarbetsnätverk bestående av professionella personer inom social- och hälsovården, forskare, aktörer vid läroanstalter och organisationer samt erfarenhetsexperter och deras närstående som samlades regelbundet för att behandla teman med anknytning till ämnet (2) bekantade man sig med litteraturen inom branschen och befintliga modeller för en servicestig för personer med minnessjukdom som finns på webben (3) gjordes separata enkäter för anställda inom klient- och servicehandledningen, läkare och vårdare vid hälsovårdscentraler, minnespolikliniker, geriatriska och neurologiska polikliniker samt för hemvården och minnesföreningar (4) utreddes som en del av THL:s uppföljning av äldreomsorgen hur främjandet av hjärnhälsan och livsstilshandledningen ordnas inom tjänsterna för äldre samt kännedomen om FINGER-verksamhetsmodellen (5) samarbetade man med FINGER-experterna, experterna inom THL:s program Framtidens social- och hälsocentral och med Minnesförbundets experter

Ett viktigt element i den nationella modellen för en servicestig för personer med minnessjukdom var att stärka livsstilshandledningen i alla skeden av minnesstigen. Detta genomfördes genom att göra FINGER-verksamhetsmodellen till en integrerad del av servicestigen för personer med minnessjukdom och stöda spridningen av den till välfärdsområdena.

I den nationella modellen för en servicestig för personer med minnessjukdom är det viktigt att främja hjärnhälsan, tidigt identifiera en minnessjukdom med låg tröskel, diagnostisera och snabbt få vård. En servicehelhet som grundar sig på människors individuella behov är också central i modellen. I modellen betonas upprätthållande av funktionsförmågan, livskvalitet, smidiga servicestigar, stärkande av kompetensen i olika skeden av servicestigen, multiprofessionalitet och nätverksbaserat samarbete mellan välfärdsområden, kommuner, föreningar, organisationer och företag. I centrum står personer med minnessjukdom, deras närstående och närståendevårdare. Dessutom betonar servicestigen främjandet av hälsan, såsom betydelsen av goda levnadsvanor, och förankringen av FINGER-verksamhetsmodellen i välfärdsområdena.

I denna slutrapport lyfter vi fram synpunkter på nuläget inom servicen för personer med minnessjukdom. Vi presenterar den föreslagna nationella modellen för en servicestig för personer med minnessjukdom och ger ett utvecklingsförslag för det fortsatta arbetet.

Nyckelord: Modell för servicestig för personer med minnessjukdom, personer med minnessjukdom, främjande av hälsa, FINGER-verksamhetsmodellen, kompetens, tidig identifiering, social- och hälsovårdstjänster

Abstract

Marjaana Pennanen, Pia Pulkkinen, Elli Uusikoski, Jenni Kulmala, Teija Hammar (eds.) Yhdessä muistisairaahan henkilön parhaaksi. Kansallisen muistipalvelupolku -hankkeen loppuraportti. [Together for better services for persons with memory problems. The National memory care pathway]. National Institute for Health and Welfare (THL). Report 13/2023. 113 pages. Helsinki, Finland 2023. ISBN 978-952-408-226-6 (online publication)

The objective of the National memory care pathway was to promote the early identification of memory disorders, streamline the service and care of those with a memory disorder, and to strengthen the lifestyle counselling at different stages of the pathway by creating a national model, intended particularly for the older persons.

To develop the National memory care pathway, local and regional memory pathways and good practices were examined and included in the national model. Areas for improvement and any gaps in the expertise of professionals were identified.

To support these efforts: (1) a national network consisting of social and health care professionals, researchers, representatives of educational institutions and organisations as well as experts by experience was established. Members of the network came together regularly to discuss relevant issues (2) literature and memory care pathways available online were reviewed (3) surveys aimed at professionals at client assistance, doctors and nurses working at health centres and outpatient clinics for memory disorders, geriatric medicine and neurology, homecare providers and local associations of the Alzheimer Society of Finland were conducted (4) as a part of the Status of Older People Services Survey conducted by the Finnish Institute for Health and Welfare (THL), it was examined how brain health is promoted and lifestyle counselling is provided as part of the services for older people and how well the Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability (FINGER) model is known (5) the project worked together with FINGER specialists and specialists representing THL's Future Health and Social Services Centres programme and the Alzheimer Society of Finland and professionals of social care services.

The key principles of the National memory pathway are the promotion of brain health, having low-threshold services for the early identification, diagnostics and timely access to treatment, care and services based on the individual need for services. The model emphasises maintaining the functional capacity, quality of life, seamless service pathways and information transfer, strengthening the expertise at different stages of the pathway, multi-disciplinary approach as well as networking and cooperation between wellbeing services counties, municipalities, organisations, associations, and private sector. The model is built for people with memory disorders, their loved ones, and those who care for them.

A key element of the National memory care pathway was to strengthen the lifestyle counselling at all stages of the pathway. This was done by making the FINGER model as part of the pathway by supporting the implementation of the FINGER model in the wellbeing services counties.

This report provides views on the current state of memory care pathways, outlines the proposed National memory care pathway, and presents proposals for further development.

Keywords: Memory care pathway; people with a memory disorder; health promotion; FINGER model; expertise; early identification; social and health services

Sisällys

Esipuhe	3
Tiivistelmä.....	4
Sammandrag	6
Abstract	8
Sisällys	10
Johdanto	13
1 Nykytilan kuvausta muistisairauksista, aivoterveysten edistämisestä, muistipalvelu- poluista ja palvelujärjestelmästä	15
1.1 Muistisairaudet Suomessa.....	15
1.2 Aivoterveysten edistäminen ja FINGER-toimintamalli.....	16
1.3 Tavoitteena varhainen tunnistaminen ja hoidon aloitus sekä katkeamaton hoito- ja palvelupolku	16
1.4 Esimerkkejä muistipalvelupoluista	18
1.5 Muistipalvelupolut ja strategiat kansainvälisessä kirjallisuudessa.....	24
1.6 Mielen hyvinvointi muistipalvelupolulla	26
1.7 Omaishoito muistipalvelupolulla	27
1.8 Asumisvaihtoehtoja muistisairaalle henkilölle.....	28
1.9 Kulttuuristen vähemmistöryhmien ja vammaisten henkilöiden huomioiminen muistipalveluissa.....	29
1.9.1 Eri kieli- ja kulttuuritaustoista tulevat ikääntyvät henkilöt.....	29
1.9.2 Saamelaiset Suomen ainoa alkuperäiskansa	31
1.9.3 Vammaisten henkilöiden muistihäiriöiden havaitseminen ja testaaminen	32
2 Hankkeen tavoitteet, tarve ja kohderyhmät	33
2.1 Hankkeen tarkoitus ja tavoitteet.....	33
2.2 Hankkeen tarve	34
2.3 Kohderyhmät ja sidosryhmät	35
3 Hankkeen kulku ja toteuttaminen.....	36
4 Näkemyksiä muistipalvelupolun nykytilasta ja kehittämisehdotuksia kyselyiden perusteella	39
4.1 Muistioireiden tunnistaminen terveyskeskuksessa ja asiakasohjauksessa	40
4.2 Diagnostiikka, hoidon aloitus ja jatkohoidon järjestäminen	42
4.3 Muistisairausdiagnoosin saaneiden henkilöiden palveluiden järjestäminen, jatkohoito ja seuranta	43
4.4 Muistioireiden tunnistaminen ja jatkohoidon toteuttaminen kotihoidossa.....	47
4.5 Elintapaohjaus ja FINGER-toimintamalli	49
4.6 Osaaminen muistipalvelupolulla.....	51

4.7 Muistiliiton yhdistysten ja järjestöjen näkemyksiä	52
5 Työikäiset muistipalvelupolulla	54
6 Kansallinen muistipalvelupolkumalli	57
6.1 Aivoterveysten edistäminen, muistioireiden ennaltaehkäisy ja toimintakyvyn ylläpitäminen.....	59
6.2 Muistioireiden tunnistaminen	61
6.3 Diagnostiikka ja hoidon aloitus geriatrisessa osaamiskeskuksessa.....	68
6.4 Jatkohoito ja seuranta.....	71
7 Kansallisen muistipalvelupolkumallin vaikutukset	82
8 Pohdinta ja kehittämissuositukset.....	84
8.1 Kehittämissuosituksia	87
8.2 Toimenpide-ehdotuksia jatkotyöskentelyyn	91
Liite 1 Työryhmä, asiantuntijat ja yhteistyökumppanit.....	92
Liite 2 Käsitteet	93
Liite 3 Hankkeessa järjestetyt tilaisuudet	102
Liite 4 Hankkeesta pidettyjä esityksiä, julkaisuja, blogeja, artikkeleita ja yhteistilaisuuksia.....	104
Liite 5 Saamelaiset asiakkaat muistipalveluissa	106
Lähteet.....	109

Johdanto

Pääministeri Orpon hallitusohjelmassa (2023) tavoitteena on painopisteen siirto korjaavista palveluista kohti varhaisempaa tukea ja apua sekä ennaltaehkäisyä. Muistisairaudet ovat merkittävä kansansairaus, jonka esiintyvyyden oletetaan kasvavan väestön ikääntymisen seurauksena. Ikääntyminen on keskeinen muistisairauksien riskitekijä, vaikka elintavoilla voidaan myös vaikuttaa muistioireiden kehittymiseen.

Suomessa on arvioitu olevan 100 000 henkilöä, joilla on lievä ja 93 000 henkilöä, joilla on vähintään keskivaikea muistisairaus. Lisäksi voidaan arvioida, että noin 200 000 henkilöllä tiedonkäsittely on lievästi heikentynyt. Merkittävä osa muistisairauksista jää vielä diagnosoimatta tai diagnoosin tekeminen viivästyy, sillä muistisairauden varhaisen vaiheen oireet ovat moninaisia, eivät aina ilmene muistin heikkenemisenä ja sekoittuvat muihin kroonisiin sairauksiin. Myös ammattilaisilta puuttuu osaamista tunnistaa alkava muistisairaus ja yhteistyö eri toimijoiden kanssa vaatii vielä kehittämistä. Lisäksi sairaudentunnottomuus hidastaa muistisairaiden henkilöiden hoitoon hakeutumista ja palvelujen vastaanottamista.

Muistisairaudet lisäävät merkittävästi moninaisten sosiaali- ja terveyspalveluiden tarvetta: terveyttä edistäviä ja toimintakykyä ylläpitäviä palveluja, perus- ja erikoissairaanhoidon sekä sosiaalipalveluja. Muistisairaus vaikuttaa sairastavan henkilön ja hänen läheisensä elämänlaatuun. Vaikka parantavaa hoitoa ei toistaiseksi ole, sairauden varhainen tunnistaminen ja oikea-aikainen palvelujen piiriin pääseminen on oleellista. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella (THL) kehitetty FINGER-tutkimus on osoittanut, että monitekijäinen elintapaohjaus voi ylläpitää muisti- ja ajattelutoimintoja ja pienentää riskiä muistihäiriöihin ja siten viivästyttää raskaiden sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttöä ja kustannuksia. FINGER-toimintamalli edesauttaa myös jo sairastuneiden toimintakyvyn ylläpitämisessä. Kansallinen ikäohjelma vuoteen 2030 –periaatepäätöksen (Valtioneuvosto 2022a) yhtenä vaikuttavuustavoitteena on iäkkäiden toimintakyvyn säilyttäminen pidempään.

THL:n vanhuspalvelujen tila -seurannassa vanhuspalvelujohtajien mukaan 57 prosentilla alueista oli säännöllisessä käytössä iäkkäiden muistisairaiden ihmisten palvelupolku varhaisesta tunnistamisesta hoitoon ja seurantaan vuonna 2022. Alueet ja kunnat ovat kehittäneet ja ottaneet käyttöön muistipalvelupolkumalleja, mutta toiminta on käynnistynyt alueilla eri tahdissa, malleja on kehitetty paikallisiin olosuhteisiin, rakenteisiin ja toteutustapoihin soveltuviksi ja alueiden sisällä on vaihtelua. Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestäjävastuun siirtyminen kunnilta hyvinvointialueille edellyttää, että hyvinvointialueiden sisällä käytännöt ovat yhtenäiset ja palvelut yhdenvertaisesti saatavilla kaikille apua tarvitseville.

Kansallisen muistipalvelupolku -hankkeen taustalla oli tarve selvittää palvelujen yhdenvertaista saatavuutta ja mallien toimivuutta sekä eri muistipalvelupolkumallien vaikutuksia ja soveltuvuutta hyvinvointialueiden käyttöön. Lisäksi tarvittiin tietoa, minkälaisia osaamistarpeita henkilöstöllä on muistisairaiden henkilöiden tunnistamisessa, hoitamisessa ja seurannassa eri puolilla palvelujärjestelmää, kuten asiakas- ja palveluohjauksessa, perusterveydenhuollossa ja kotihoidossa. Tietoa tarvittiin myös muistisairaiden henkilöiden ja heidän läheistensä näkemyksistä toimivasta palvelupolusta.

Kansallisen muistipalvelupolku -hankkeen tavoitteena oli edistää muistisairauksien varhaista tunnistamista, sujuvoittaa muistisairaana henkilön palvelu- ja hoitopolkua sekä vahvistaa elintapaohjausta palvelupolun eri vaiheissa luomalla kansallinen palvelupolkumalli. Kansallisen muistipalvelupolkumallin yhteydessä kehitettiin keinoja liittää THL:ssä tutkittu, vaikuttavaksi todettu monitekijäinen FINGER-elintapaohjausmalli muistipalvelupolun jokaisen vaiheen osaksi sekä edistää sen jalkauttamista.

Tässä loppuraportissa esitellään Kansallinen muistipalvelupolkumalli, joka pohjautuu laajassa verkostossa tehdylle yhteistyölle, verkostotilaisuuksissa kuultuihin esityksiin ja keskusteluihin, alan kirjallisuuteen sekä kyselyihin, jotka kohdennettiin hyvinvointialueiden ammattilaisille ja Muistiyhdistyksille. Lisäksi mallin kehittämisessä hyödynnettiin eri alueiden olemassa olevia muistipalvelupolkuja ja toimintamalleja muistisairauksien varhaiseen tunnistamiseen, diagnosointiin, hoitoon ja seurantaan liittyen. Raportissa esitellään myös ehdotuksia ja suosituksia jatkokehittämistä varten.

1 Nykytilan kuvausta muistisairauksista, aivo- terveyden edistämistä, muistipalvelu- poluista ja palvelujärjestelmästä

Tässä kappaleessa kuvataan muistisairauksien esiintyvyyttä Suomessa, muistipalvelu-
polkuja ja elementtejä, jotka kirjallisuudessa nousevat huomioon otettaviksi muisti-
sairauksia tunnistettaessa, diagnosoitaessa, hoidettaessa ja seurattaessa.

1.1 Muistisairaudet Suomessa

Suomessa arvioidaan olevan noin 200 000 lievää tai vähintään keskivaikeaa muisti-
sairautta sairastavaa henkilöä. Työikäisiä muistisairautta sairastavia on noin 7000.
Muistisairauteen sairastuu tämänhetkisen tiedon mukaan vuosittain noin 14 500 hen-
kilöä, mutta todennäköisesti määrä on tätäkin suurempi. Huomattava osa muistisai-
rauksista jää edelleen diagnosoimatta. Yleisimmät muistisairaudet ovat Alzheimerin
tauti, verisuoniperäiset muistisairaudet, Lewyn kappale- tauti, otsa-ohimolohkorap-
peumasta johtuvat muistisairaudet ja Parkinsonin taudin muistisairaus. (Käypä hoito
-suositus 2021.) Diagnosoitujen muistisairauksien lisäksi suomalaisilla esiintyy eri
systä johtuvia taudinmääritystä vaativia tiedonkäsittelyn ongelmia. Näillä henkilöillä
on lieviä kognitiivisia vaikeuksia, mutta heidän päivittäinen toimintakykynsä ei vielä
ole heikentynyt dementiatasoisesti. Merkittävällä osalla heistä on varhainen Al-
zheimerin tauti. (Koivisto ym. 2018.) Väestön ikääntyessä muistisairauksien esiinty-
vyys lisääntyy ja valtaosa muistisairauksiin sairastuneista onkin yli 75-vuotiaita. Suo-
messa oli vuonna 2020 yli puoli miljoonaa 75 vuotta täyttänyttä ja vuonna 2050 heitä
arvioidaan olevan jo yli 900 000, vaikka väestön kokonaismäärä ei kokonaisuudes-
saan mainitulla aikavälillä kasva. (Hallikainen, Ngandu & Remes 2022.)

Muistisairaudet ovat ikääntyvän väestön suurin toimintakykyä heikentävä ja avun
sekä palveluiden tarvetta lisäävä sairausryhmä. Muistisairaudet aiheuttavat merkittä-
viä taloudellisia kustannuksia ja ne ovat Suomessa yleisin syy ympärivuorokautiseen
hoitoon siirtymisessä. Ympäri vuorokautisen hoidon onkin arvioitu muodostavan 80–
85 prosenttia muistisairauksien aiheuttamista kustannuksista (Juva & Eloniemi-Sul-
kava 2015; Alzheimer’s Disease International 2015), ja sen vuorokausikustannuksien
on laskettu olevan yli kaksinkertaiset verrattuna muihin hoitomuotoihin (Linna ym.
2019). Ympäri vuorokautiseen hoitoon siirtymistä voidaan siirtää myöhäisemmäksi
tukemalla kotona asumista ja aloittamalla muistisairauteen tarkoitettu lääkehoito pian
diagnoosin varmistumisen jälkeen (Halminen ym. 2021). Muistisairauksista aiheutu-
viin kustannuksiin voidaan vaikuttaa myös räätälöimällä palvelut yksilöllisesti ja

tarpeiden mukaisesti sekä ottamalla käyttöön palvelukokonaisuutta koordinoiva yhteishenkilö (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2012).

1.2 Aivoterveystien edistäminen ja FINGER-toimintamalli

THL:n FINGER-tutkimus on osoittanut, että edistämällä ikääntyneiden ihmisten terveyttä elintapoja on mahdollista ehkäistä muistihäiriöitä ja mahdollisesti siirtää muistisairauksia myöhemmälle iälle. FINGER-tutkimuksen tulosten pohjalta onkin kehitetty muistisairauksien ehkäisyn toimintamalli terveydenhuollon ammattilaisten työn tueksi. Toimintamalli sisältää riskitestin muistisairauksien riskitekijöiden tunnistamiseksi sekä FINGER-elintapaohjelman kuvauksen. FINGER-elintapaohjelman on todettu parantavan ja ylläpitävän muistisairauksien riskissä olevien ikääntyneiden kognitiivisia toimintoja. Elintapojen korjaaminen paransi ikääntyneiden ihmisten toiminnanohjausta, prosessointinopeutta ja muistitehtävissä suoriutumista. (Ngandu ym. 2015.) Laaja-alaisella FINGER-interventiolla havaittiin kognitiivisten toimintojen ohella olevan muitakin positiivisia hyötyjä ikääntyneiden hyvinvointiin. Intervention seurauksena ikääntyneiden henkilöiden arjen toimintakykyä pystyttiin tehokkaasti ylläpitämään, mikä on tärkeää esimerkiksi turvallisen kotona asumisen kannalta (Kulmala ym. 2019). Myös elämänlaatu, joka liittyy parempaan koettuun terveyteen ja parempaan koettuun fyysiseen toimintakykyyn, parani intervention läpikäyneillä ikääntyneillä (Strandberg ym. 2017).

FINGER-toimintamallin mukainen elintapaohjaus sisältää liikuntaohjausta, ravitsemusneuvontaa ja kognitiivisia harjoitteita sekä sydän- ja verisuonitautien riskitekijöiden tehostettua seurantaa (Kivipelto ym. 2013). Elintapaohjauksessa hyödynnetään paljon ryhmämuotoista neuvontaa ja harjoittelua. FINGER-mallissa keskeistä on, että siinä vaikutetaan useaan muistisairauksien riskitekijään samanaikaisesti. (Ngandu ym. 2015.) FINGER-toimintamallin on osoitettu olevan tehokas kaikilla muistisairauksien riskissä olevilla ikääntyneillä erilaisista taustatekijöistä, kuten sosioekonomisesta asemasta tai muistisairauksien perinnöllisestä alttiudesta, huolimatta. Siksi mallia voidaan soveltaa väestötasolla. (Rosenberg ym. 2018; Solomon ym. 2018.)

1.3 Tavoitteena varhainen tunnistaminen ja hoidon aloitus sekä katkeamaton hoito- ja palvelupolku

Muistisairauksien varhainen tunnistaminen on asetettu tärkeäksi kansalliseksi tavoitteeksi. Muistisairauksien varhaiseen toteamiseen on käytössä yhä parempia työvälineitä ja muistisairauksien varhaisdiagnoositiikka on niiden myötä kehittynyt merkittävästi. Muistisairauksien tunnistaminen ei kuitenkaan aina ole suoraviivaista ja erilaisia pullonkauloja prosessin alkamiselle esiintyy. Pullonkaulan muodostavat usein epäilyn herääminen ja tutkimuksiin hakeutuminen sekä niiden käynnistyminen.

Tunnistamisen haasteena voi olla muistisairaahan henkilön puutteellinen omien oireiden tiedostaminen tai terveydenhuollon ammattilaisten vähättelevä suhtautuminen lieviin alkaviin muistioireisiin. Toisinaan prosessia saattaa viivästyttää se, ettei henkilöllä ole läheisiä, jotka havaitsisivat muistioireet ja kehottaisivat hakeutumaan tutkimuksiin. Näiden syiden takia tutkimuksiin hakeutuminen ja niiden käynnistyminen viivästyy. Eri muistisairauksien ensimmäiset oireet myös poikkeavat toisistaan, jonka lisäksi muut terveydentilaan liittyvät tekijät voivat vaikeuttaa sekä tunnistamista että taudinmäärittystä.

Tutkimusten käynnistymisen syyksi tulisi riittää henkilön oma tai läheisten huoli muistista. Epäiltäessä muistisairautta, on kognition arvio tärkeä alkuvaiheen selvitys. Mini-Mental State Examination eli MMSE-testi ei useinkaan ole riittävä havaitsemaan alkavaa muistisairautta, etenkin nuorempien ja korkeasti koulutettujen kohdalla. Seulontatutkimukseksi iäkkäille suositellaan CERAD-tehtäväsarjaa ja jokaisessa terveyskeskuksessa olisi hyvä olla muistihoitaja, joka hallitsee sen käytön. (Juva 2014.)

Vaikka eteneviin muistisairauksiin ei ole parantavaa hoitoa, voidaan varhaisella diagnostiikalla, yksilöllisellä tuella ja hoidolla ylläpitää toimintakykyä, helpottaa oireita ja tukea elämänlaatua. Diagnostiikka on keskitetty muistipoliklinikoille ja iäkkäiden henkilöiden kohdalla arvio tehdään moniammatillisena yhteistyönä kokonaisvaltaisen geriatrisen arvioinnin periaattein. Arvioinnissa käytetään validoituja kognitiivisen, fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn mittareita. Oleellinen osa arviointia on selvittää henkilön omat voimavarat ja toiveet. (Laakkonen, Roitto, Aalto & Pitkälä 2022.) Hoito ja kuntoutus suunnitellaan kokonaisuutena ja suunnitteluun otetaan mukaan myös muistisairaant henkilöt ja heidän läheisensä. Lääkehoidon lisäksi hoito ja kuntoutus perustuvat lääkkeettömiin hoitokeinoihin ja muistisairauden kaikissa vaiheissa voidaan soveltaa näyttöön perustuvia interventioita. (Hallikainen, Ngandu & Remes 2022; Laakkonen ym. 2022.) Työikäisten diagnostiikka vaatii erityisosaamista ja heidät ohjataan neurologian poliklinikalle (Käypä hoito -suositus 2021).

Diagnoosin jälkeen on tärkeää varmistaa jatkohoidon, seurannan ja tuen toteuttaminen. Muistisairausdiagnoosin saaneet ja heidän läheisensä hyötyvät ensitiedosta ja ryhmävalmennuksesta sekä tuesta muistisairaahan kanssa elämiseen ja sopeutumiseen. Yhtenä esimerkkinä muistisairaahan varhaisen vaiheen ryhmävalmennuksesta voidaan mainita Omahoitovalmennus, jolla on muistisairaahan henkilön parantuneen kognition lisäksi todettu olevan positiivinen vaikutus myös omaishoitajan elämänlaatuun lisäämättä sosiaali- ja terveystalveluiden kokonaiskustannuksia. (Laakkonen ym. 2016; Laakkonen ym. 2022; Pitkälä ym. 2020.) Muistisairauteen sairastuneille laaditaan myös hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelma ja heidät ohjataan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa muistikoordinaattorille. Muistikoordinaattori auttaa oikea-aikaisessa tuen ja hoidon kohdentumisessa. (Laakkonen ym. 2022.) Muistikoordinaattoritoiminnan avulla voidaan pidentää myös kotona asumisen aikaa (Eloniemi-

Sulkava ym. 2009). Muistikoordinaattorit toimivat linkkinä muistisairaahan henkilön, läheisten, sosiaali- ja terveydenhuollon sekä muiden yhteistyötahojen välillä. Palvelupolun eri vaiheissa kunnat ja hyvinvointialueet yhdessä kolmannen sektorin toimijoiden kanssa turvaavat asianmukaisen tuen muistisairaalle henkilölle ja hänen läheisilleen. (Hallikainen ym. 2022.)

Muistipalvelupolut eivät kuitenkaan aina toimi toivotulla tavalla. Palvelupolkua ei aina ole kuvattu eikä se ole ammattilaisten tai kansalaisten tiedossa. Lisäksi ilmenee alueellisia eroja diagnosointiin pääsyssä ja palveluiden tarjonnassa. Myös useat eri potilas- ja asiakastietojärjestelmät ja järjestelmien yhteensopimattomuus sekä palveluiden myöntämisen laintulkinnalliset vaihtelut aiheuttavat haasteita. Muistisairaille henkilöille ja heidän läheisilleen epäselvyyttä voi aiheuttaa myös, etteivät ammattilaisten tehtävänkuvat ja nimikkeet ja palvelukeskusten nimet ole valtakunnallisella tasolla yhdenmukaisia. (Muistiliitto & Biogen 2021.) Viimeisimmän Muistibarometrin mukaan muistisairaille ja heidän läheisilleen tarjottavissa palveluissa on kuitenkin tapahtunut kehitystä viime vuosien aikana; ammattihenkilöstön osaaminen on lisääntynyt ja muistihoidattajien ja -koordinaattoreiden määrä on kasvanut. Kohentunut on myös palveluiden saatavuus alueiden sisällä ja merkittävällä osalla alueista käytetään alueella asuvien muistisairaiden ihmisten määrää palveluiden suunnittelun pohjana. (Tommola ym. 2020.)

1.4. Esimerkkejä muistipalvelupoluista

Kehittämistyön aikana kuntien, alueiden ja järjestöjen toimijat esittelivät hankkeen verkostotilaisuuksissa esimerkkejä kehitetyistä muistipalvelupolkumalleista. Lisäksi raporttiin on koottu malleja, jotka löytyivät lokakuussa 2023 eri toimijoiden verkkosivuilta. Esimerkeissä esitetään muistioireisiin ja muistisairauksiin liittyviä hoitosuosituksia, muistipolkuja, palveluketjuja ja hoito- ja palvelumalleja, joiden toteuttamisessa on mukana sosiaali- ja terveydenhuollon lisäksi muita toimijoita, kuten järjestöjä ja kuntia. Muistipalvelupoluissa on huomioitu ammattilaisten ja asiantuntijoiden lisäksi myös asiakkaat ja heidän läheisensä.

Osa kuvatuista malleista kattaa koko tai osan hyvinvointialueesta ja osa malleista on kehitetty ennen vuoden 2023 voimaantullutta palvelurakenneuudistusta kunnan, kaupungin tai alueen tarpeisiin.

Lisäksi Muistiliitto ja Biogen tekivät vuonna 2021 toimeksiannon raportista Muistisairauksien yhteiskunnalliset vaikutukset, jossa esiteltiin Alzheimerin tautia sairastavan hoito- ja palvelupolku läheisen ja sairastavan näkökulmasta.

Käypä hoito -suositus

Käypä hoito -suositus muistisairauksille on kansallinen suositus, joka on tarkoitettu lääkärin ja muiden terveydenhuollon, sosiaalityön ja apteekkialan ammattiryhmien, alan opiskelijoiden sekä sosiaali- ja terveydenhuollon päätöksentekijöiden käyttöön. Soveltuvien osin se on tarkoitettu muistisairaille henkilöille ja heidän läheisilleen. (Käypä hoito -suositus 2021.)

Suosituksen tavoitteena on edistää yleisimpien muistisairauksien ehkäisyä sekä riskitekijöiden tunnistamista ja hoitoa sekä tehostaa ja yhdenmukaistaa muistioireista ja etenevistä muistisairauksista kärsivien taudinmäärittystä, lääkehoitoa sekä kokonaisvaltaista hoitoa ja kuntoutusta *.

ERRATUM 8.2.2024:

*niiden henkilöiden keskuudessa, joilla on kognitiivisia oireita tai etenevä muistisairaus. (Käypä hoito -suositus 2021.)

Käypä hoito -suosituksesta on julkaistu päivitetty versio loppuvuodesta 2023, johon Käypä hoito -suositusten 2021-linkit johtavat.

Lue lisää

[Käypä hoito -suositus](#)

Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen muistisairaahan palveluketju

Muistisairaahan palveluketju tarjoaa kaikenikäisille muistisairaille henkilöille ja heidän läheisilleen tietoa ja tukea muistisairaudesta eri vaiheisiin, kuten muistisairauksien oireisiin ja niiden tunnistamiseen, lääkähoidon aloittamiseen, sairauteen sopeutumiseen sekä hoito- ja kuntoutussuunnitelman tekemiseen.

Ammattilaiselle palveluketju avaa hoitoketjun eri vaiheet, työvälineet ja ohjausmateriaalit, joita omassa työssään voi hyödyntää. Palveluketjusta löytyy myös ensisijaiset yhteydenottotahot eri tilanteisiin. Sivuilta löytyy konkreettisia ohjeita ja esimerkkejä, muun muassa kirjaamiskäyttöihin, palvelu- ja hoitosuunnitelmaan sekä lähetekäyttöihin liittyen. Sivuilta löytyy tietoa myös aivoterveystien edistämistä.

Lue lisää

[Etelä-Pohjanmaan muistisairaahan palveluketju](#)

Pohjois-Karjalan hyvinvointialue Siun sote -muistipotilaan hoito- ja palveluketju

Muistipotilaan hoito- ja palveluketju sisältää osion asiakkaille ja läheisille sekä ammattilaisille. Hoito- ja palveluketjun tavoitteena on tarjota tietoa asiakkaille ja heidän läheisilleen sekä yhtenäistää muistisairaiden hoitoa ja ammattilaisten työnjakoa Siun soten alueella. Terveystien hoitoketjun tavoitteena on sujuvoittaa muistisairaudesta oikea-aikaista tunnistamista, hoitoonohjausta, lähetekäytäntöjä ja hoitoa. Hoitoketju perustuu ensisijaisesti Muistisairauksien Käypä hoito -suositukseen (2021) sekä näyttöön perustuvaan lääketieteeseen. Asiakkaan hoito suunnitellaan aina yksilöllisesti. Hoito- ja palveluketju on linkitetty FINGER-toimintamalliin.

Perusselvitykset tehdään muistihoitajan vastaanotolla. Työikäisten mahdollisen muistisairauden selvittelyt aloitetaan ensisijaisesti työterveyshuollossa. Muistihoitajan tutkimusten jälkeen hoidonpöytäkirja toteutuu Siun sotessa siten, että alle 75-vuotiaiden asiakkaiden selvitykset jatkuvat perusterveydenhuollossa ja neurologian poliklinikalla. Yli 75-vuotiaat asiakkaat tutkitaan Siun soten geriatriassa muistipoliklinikoilla. Geriatrille voidaan harkinnan mukaan ohjata myös 70–75-vuotiaita asiakkaita. Säännöllisen kotihoidon piirissä olevien asiakkaiden muistiongelmia selvitetään kotihoidossa.

Lue lisää

[Siun soten muistipotilaan hoito- ja palveluketju](#)

Muistiasiakkaan hoito- ja palvelupolku Keski-Suomen hyvinvointialueella

Toimintamalli mahdollistaa yhdenvertaisen, oikea-aikaisen ja sujuvan hoito- ja palvelupolun niin asiakkaan kuin sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden näkökulmasta. Toimintamalli tehostaa muistisairauden ennaltaehkäisyä, varhaisempaa tunnistamista ja diagnosointia. Innokylässä on esitetty hoito- ja palvelupolku kuvana.

Lue lisää

[Muistiasiakkaan hoito- ja palvelupolkuun Keski-Suomen hyvinvointialueella](#)

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen muistisairaahan hoito- ja palvelupolku

Hyvinvointialueen yhteisellä toimintamallilla sujuvoitetaan ja yhdenvertaistetaan muistisairaahan hoito- ja palvelupolkuja sekä tehostetaan muistisairaahan ennaltaehkäisyä, varhaisempaa tunnistamista ja diagnosointia. Hoito- ja palvelupolku on vielä kehittämissä vaiheissa ja on osa Pohjois-Pohjanmaan Tulevaisuuden kotona asumista tukevat palvelut, Ikä on POP-hanketta.

Muistisairaahan hoito- ja palvelupolussa eri vaiheet on jaoteltu palveluun hakeutumiseen, muistisairaahan diagnoosiin, hoitoon ja seurantaan sekä ohjaukseen. Jokainen vaihe on vaiheistettu yksityiskohtaisemmin ja sisältää lisätietoa. Hoitoon ja seurantaan on linkitetty yhdistystoimintaa ja aivoterveiden edistäminen.

Lue lisää

[Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen muistisairaahan hoito- ja palvelupolku](#)

Muistihäiriöpotilaan hoito- ja palvelupolku Kuopiossa

Osana Tulevaisuuden sote-keskus –hanketta kehitettiin muistihäiriöpotilaan hoito- ja palvelupolkuja. Tavoitteena hankkeessa oli, että terveyskeskuksen, terveyskeskussairaalan geriatrian poliklinikan, yliopistollisen sairaalan neurologian poliklinikan ja

vanhuspalvelujen yhteisellä toimintamallilla huolehditaan siitä, että muistihäiriöpotilaiden seurantakäynnit toteutuvat säännöllisinä eikä tippumista hoitopalveluketjusta tapahtuisi.

Toimintamallissa geriatrian ja neurologian poliklinikoilla diagnosoidut potilaat ilmoitetaan terveyskeskukseen muistihäiriöpotilaiden jonolle, kun seurantakäynnit ollaan siirtämässä poliklinikoilta terveyskeskukseen. Terveyskeskuksen hoitaja kutsuu potilaat seurantakäynnille jonosta kirjeitse. Mikäli potilas ei saavu seurantakäynnille eikä häntä tavoiteta, voi terveyskeskuksen työntekijä pyytää vanhuspalvelujen muistikoordinaattoria selvittämään asiakkaan tilannetta kotona. Muistikoordinaattorin työpästä kohdennetaan Kuopiossa diagnoosin saaneisiin muistihäiriöpotilaisiin, jotka eivät vielä ole vanhuspalvelujen piirissä.

Lue lisää

[Kuopion toimintamalli](#)

Muistipoliklinikka -toimintamalli (TulKoti-hanke Pohjois-Savo)

Hankkeen tavoitteena on kehittää Pohjois-Savoon yhteiskehittämisen ja palvelumuotoilun menetelmiä hyödyntäen hyvinvointialueasoinen muistipolin toimintamalli, jonka pohjalta toiminnan harmonisointi voi käynnistyä hankkeen jälkeen.

Lue lisää

[Pohjois-Savon Muistipoliklinikka -toimintamalli](#)

Satakunnan hyvinvointialueen muistiasiakkaan palveluketju

Osana Satasairaalan tuottavuus ohjelmaa ja Sata-sote rakenneuudistus -ohjelmaa toteutettiin hanke, jossa oli tavoitteena parantaa yhteistyötä muistipotilaan hoidossa, kehittää palveluketjun sujuvuutta ja toimivuutta, ylläpitää muistisairaana ja hänen läheisensä toimintakykyä ja osallisuutta sekä parantaa muistisairauksiin liittyvää osaamista ja tietoa.

Muistiasiakkaan palveluketju toimii hyvinvointialueen ja sidosryhmien sisäisenä työkaluna ja se ei ole julkisesti saatavilla. Palveluketjuun on kirjoitettu palveluketjun eri vaiheet: varhainen tunnistaminen, muistihäiriön tutkiminen, muistisairaudesta jatkoahoito, kuntoutus ja seuranta, muistiasiakkaan kohtaaminen, sekä elämän loppuvaiheen hoito. Palveluketjussa on myös omat osuuden muistipoliklinikan toiminnasta, aivoterveystien edistämistä, FINGER-toimintamallista, muistiluotsin ja muistiyhdistysten toiminnasta, tietoa omaisille ja omaishoitajille muun muassa vertaistuesta ja omaishoitovalmennuksesta. Satasairaalan sivuilta löytyy tarkasti kuvattu ammattilaisten käyttöön tarkoitettu malli.

Lue lisää *

[Hoito- ja palveluketjut IMS-järjestelmässä.](#) Käyttäjätunnus ja salasana löytyvät [täältä](#).

Espoon muistipolku

Muistisairaana palvelupolun kehittämisen käsikirjassa kuvataan polun kokonaisuutta käyttäen esimerkkinä Espoon kaupungin muistipolkuhankkeessa vuosina 2018–2021 tehtyä kehittämistyötä. Hankkeen keskiössä ovat muistisairaana ihmisen ja hänen läheisensä tarpeet. Muistipolku kuvaa keskeisiä muistisairauksien ennaltaehkäisyyn ja hoitoon liittyviä vaiheita sekä liittyy muistisairaana ja tämän läheiset saumattomasti yhteen perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, kuntoutuksen, vanhustenhuollon ja sosiaalitoimen kanssa. Muistipolun tavoitteena on, että muistisairashenkilö saa tarvitsemansa palvelun oikea-aikaisesti oikeassa paikassa, muistisairashenkilö asuu turvallisesti ja toimintakykyisenä kotona, muistisairashenkilö ja läheiset saavat tarvitsemansa tuen ja apua sujuvasti sekä organisaatioiden ja palvelualueiden välinen yhteistyö paranee ja työnjako selkiytyy.

Muistipolussa on määritelty muistisairauksien ennaltaehkäisy ja riskiryhmien tunnistaminen, muistipolun ensiaskeleet terveysasemalla, muistitutkimuksiin lähettäminen, muistisairaana etenemisen seuraaminen, muistineuvojan antama tuki ja koordinaatio sekä ilman läheistä olevan muistisairaana tukeminen.

Lisäksi muistipolku sisältää osioita muun muassa muistisairaana henkilön toimintakyvyn edistämisestä ja ylläpitävästä toiminnasta, muistisairaana henkilön kotona asu-misen tukemisesta sekä tuesta muistipolun muutostilanteissa. Muistipolun käsikirjassa on kuvattu muistipolun eri vaiheiden toimintamalleja, muun muassa perusterveydenhuollon muistihuoli-toimintamalli, johon on tiiviisti kerätty tiedot siitä mitä toimintoja kussakin palvelupolun vaiheessa tapahtuu.

Lue lisää

[Espoon muistisairaana palvelupolun kehittämisen käsikirja](#)

Lapin maakunnan muistipolku – 10 askelta

Lapin maakunnan muistipolku tehtiin osana Pohjois-Suomen Seniori Kaste-hanketta vuosien 2014–2016 aikana. Hanke toteutettiin yhteistyössä Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän, Oulunkaaren kuntayhtymän, Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon- ja peruspalvelukuntayhtymän, Lapin sairaanhoitopiirin, Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän sekä 40 eri kunnan kanssa.

Muistipolun tavoitteena oli tehdä yhteneväinen toimintamalli työikäisten ja eläkeikäisten muistisairauksien ennaltaehkäisyyn, diagnosoimiseen ja hoitoon erikoissairaanhoidossa, perusterveydenhuollossa ja vanhuspalveluissa. Kehittämävaiheessa huomioidiin alueen sairaanhoitopiirin, kuntayhtymien ja kuntien aikaisempi kehittämistyö ja erityispiirteet.

Muistipolku on vaiheistettu eri osioihin. Näitä osioita ovat aivoterveystuen edistäminen, varhainen tutkimuksiin hakeutuminen, työterveyshuolto ja muistihoidon, terveyskeskuslääkäri, erikoislääkärit geriatrit ja neurologit, diagnoosin jälkeen, muistihoidon ohjaus ja seuranta, muistikoordinaattori/muistisairaiden palveluneuvoja sekä moniammatillinen yhteistyö tukee kotona asumista. Muistipolun tueksi tehtiin käsikirja, jossa on tarkemmin annettu tietoa ja ohjausta jokaiseen osioon liittyen, muun muassa siitä millaisia tutkimuksia muistihoidon vastaanotolla tehdään. Käsikirjassa on huomioitu Saame-erityisyys.

Lue lisää

[Lapin maakunnan muistipolun käsikirja](#)

Muistisairaahan hoitopolku Vantaalla

Muistisairaiden hoitopolkukuvaus ohjaa ja turvaa asiakkaan sekä hänen läheistensä tuen muistisairaudesta eri vaiheissa. Varhainen tunnistaminen sekä sairauden eri vaiheissa rinnalla kulkeminen turvaa asiakkaille heidän tarvitsemansa palvelut ja hoidon. Kaupungin eri toimijoiden lisäksi muistisairaahan sekä hänen läheistensä tukemisessa tehdään tiivistä yhteistyötä myös eri järjestötoimijoiden kanssa.

Vantaan muistisairaiden palvelupolku ohjaa muistisairaiden tukemista Vantaalla. Muistiperheiden säännöllinen seuranta ja tukeminen tapahtuu ikääntyneiden asiakasohjausyksikössä diagnoosin jälkeen. Asiakkaalle nimetään seurannasta vastaava omatyöntekijä asiakasohjauksesta. Muistisairaahan vantaalaisen palveluntarvetta arvioidaan säännöllisillä tapaamisilla, kotona asumista tuetaan ohjauksella sekä tarvittavien palvelujen aloittamisella ja koordinoinnilla. Palveluohjaajat konsultoivat lääkitysasioissa terveysaseman omalääkäriä tai haastavissa tilanteissa geriatrisen vastaanoton geriatria. Muistisairas asiakas ja hänen läheisensä jäävät asiakasohjauksen asiakkuuteen, kunnes asiakas mahdollisesti siirtyy säännöllisen kotihoidon tai tehostetun palveluasumisen piiriin. Tällöin muistiasiakkaan seurantavastuu siirtyy asiakkaan parhaiten tunnevalle omahoitajalle säännöllisen palvelun piirissä.

Lue lisää

[Vantaan muistisairaahan hoitopolku](#)

Muistiliiton ja Biogenin Alzheimerin tautia sairastavan hoito- ja palvelupolku läheisen ja sairastavan näkökulmasta

Mallissa muistisairauksien hoidossa ensisijaista on yksilöllinen hoito- ja palvelupolku. Myös muistisairauksien varhainen diagnosointi on mallissa keskeistä oikea-aikaisen hoidon, kuntoutuksen ja tarpeen mukaisten palvelujen mahdollistamiseksi. Muistisairaudet vaikuttavat myös sairastuneen läheisten elämään, ja heidän

jaksamistaan mallissa tuetaan. Raportti, jossa malli esitellään, on kirjoitettu muistisairauksien yhteiskunnallisten vaikutusten näkökulmasta.

Lue lisää

[Muistisairauksien yhteiskunnalliset vaikutukset -raportti](#)

1.5 Muistipalvelupolut ja strategiat kansainvälisessä kirjallisuudessa

Kansainvälisessä kirjallisuudessa on tunnistettu useita hoito- ja palvelupolkuihin liittyviä haasteita ja kehittämiskohteita esimerkiksi varhaiseen tunnistamiseen, hoidon viivästymiseen, tiedon saantiin ja ammattilaisten osaamiseen liittyen. Varhaisen tunnistamisen haasteiksi nousevat muun muassa muistisairauksiin liittyvä stigma ja oireiden vähättely (Perry-Young, Owen, Kelly & Owens 2018). Se, ettei oireita tunnisteta, johtaa siihen, että edelleen merkittävä osa muistisairautta sairastavista henkilöistä jää diagnosoimatta (Liss ym. 2021), ja vaikka muistioireet tunnistettaisiin, on tunnistamisen ja hoitoon hakeutumisen välillä kuitenkin usein viivästymää (Chrisp ym. 2011; Perry-Young ym. 2018; Samsi & Manthorpe 2014). Stigma ja muistioireiden vääränlainen tulkinta ovat myös syitä hoitoon hakeutumisen viivästymiselle. Ennen diagnoosia muistisairas henkilö käykin usein läpi monivaiheisen prosessin muistioireiden tunnistamisesta hoitoon hakeutumiseen. Tietoisuutta ja osaamista lisäämällä, voidaan hoitoon hakeutumista parantaa. (Speechly ym. 2008.)

Muistisairauden diagnosointia pidetään usein avainvaiheena muistipalvelupolulla, jonka jälkeen polulla kulkeminen on usein sujuvampaa. Muistisairaahan henkilön näkökulmasta kulkemisen sujuvuutta voivat kuitenkin varjostaa muistipalvelupolkuun ja muistisairaahan etenemiseen liittyvä epätietoisuus (Samsi & Manthorpe 2014; Campbell ym. 2015.) Oikea-aikaiseen ja riittävään tiedon saantiin tulisikin kiinnittää huomiota. Tiedon saanti on tärkeää jo ennen varsinaisen muistipalvelupolun alkamista. Tiedon tarpeet ovat hyvin moninaisia ja tieto tulisi kohdistaa muistisairaille henkilöille yksilöllisesti. Tiedon tulisi olla mahdollisimman helposti ymmärrettävässä muodossa ja sitä suositellaan toistamaan kohdennetusti polun eri vaiheissa. (Hailey ym. 2016.) Haasteeksi muistipalvelupolulla voi nousta myös ammattilaisten osaamisvaheet. Useissa kansainvälisissä vertailuissa perusterveydenhuollon ammattilaisten muistisairauksiin liittyvä osaaminen on koettu puutteelliseksi (Lethin ym. 2018). Lisäksi terveydenhuollon ammattilaisilta toivottaisiin parempaa palvelujärjestelmän tuntemusta (Samsi & Manthorpe 2014). Palvelujen aloittamisen viivästymisen ja stigmat eli kielteisen mielikuvan vähentämiseksi olisi tärkeä korostaa muistisairaahan henkilön ja terveydenhuollon ammattilaisen välisen kanssakäynnin sensitiivisyyttä sekä ammattilaisen kommunikaatiokykyä ja taitoa kohdata muistisairas henkilö (O'Malley ym. 2021).

Kansallisia muistipalvelupolkustrategioita ja -malleja vertailevissa tutkimuksissa on havaittu suuria eroja eri maiden välillä. Polun alkuvaiheet on usein huomioitu hyvin, mutta etenkin diagnoosin jälkeiseen seurantaan sekä tukeen tulisi panostaa aiempaa enemmän (Wells & Smith 2017). Elämän loppuvaiheen hoito tulisi myös ottaa paremmin osaksi kansallisia strategioita. Niissä tulisi määritellä tarkoin myös palvelujen koordinointiin liittyvät kysymykset ja ammattilaisten osaaminen, jotta muistisairaiden henkilöiden yksilöllisiin tarpeisiin vastattaisiin myös siirtymävaiheissa (Fortinsky & Downs 2014). Parannettavaa olisi myös palvelujen integraatiossa sekä palvelujen järjestäjien välisessä kommunikaatiossa (Stolee ym. 2021). Kansallisissa malleissa puuttuviksi teemoiksi etiikan ja ihmisoikeuksien näkökulmasta nousevat päätöksenteossa tukeminen sekä vähemmistöryhmät ja nuorena muistisairauteen sairastuneet henkilöt (Vinay & Biller-Andorno 2023). Muistisairaita henkilöitä saatetaan pitää jopa kyvyttöminä päättämään omasta hoidostaan, vaikka päätökset tulisi tehdä yhdessä muistisairauteen sairastuneiden henkilöiden ja heidän läheistensä kanssa (Larsson & Österholm 2014).

Muistisairauteen liittyvissä strategioissa yleisenä tavoitteena toistuu yksilökeskeinen hoito- ja palvelupolku, joka huomioi muistisairaiden henkilöiden ja heidän läheistensä tarpeet ja toiveet. Muistisairaana henkilön omien kokemusten ymmärtäminen nähdäänkin usein keskeisenä tekijänä palvelujen kehittämiselle. (Fortinsky & Downs 2014; O'Malley 2021; Wells & Smith 2017; Larsson & Österholm 2014; Stolee ym 2021.) Vaikka vertailevissa tutkimuksissa tunnustetaan, ettei yhtä mallia voida soveltaa kaikissa maissa tai edes maiden sisällä (Samsi & Manthorpe 2014; Wells & Smith 2017), nähdään tarve myös monikansallisille konsepteille, jotka luodaan yhteistyössä muun muassa hoidon ja palveluiden tarjoajien, potilasjärjestöjen ja tutkimuslaitosten kanssa. Eurooppalaisessa vertailussa on todettu, että maiden välillä, mutta myös sisällä, olisi hoidolle ja palveluille hyvä määritellä laadun minimistandardit, jotta niihin liittyvää rakenteellista epätasa-arvoa voitaisiin vähentää. (Schmachtenberg, Monsees & Thyrian 2022.) Kansallisia malleja tulisi myös kehittää ja toteuttaa ennakoimalla paremmin tulevia väestötason tarpeita (Diaz & Gove 2016) ja mallien toimivuuden arviointia varten olisi hyvä kehittää mittareita (Fortinsky & Downs 2014).

Lue lisää kansainvälisistä strategioista

[WHO Global Action Plan on the Public Health Response to Dementia 2017-2025](#)
[Dementia plans | Alzheimer's Disease International](#)
[National Dementia Strategies | Alzheimer Europe](#)

1.6 Mielen hyvinvointi muistipalvelupolulla

Mielen hyvinvoinnilla eli positiivisella mielenterveydellä tarkoitetaan yksilöllistä kokemusta hyvinvoinnista ja mielen tasapainosta. Siihen liittyy esimerkiksi tyytyväisyyden tunne, kokemus elämän mielekkyydestä ja merkityksellisyydestä sekä myönteinen käsitys itsestä ja omista mahdollisuuksista. Mielen hyvinvointi on vahvistettavissa oleva voimavara, joka rakentuu arjessa vuorovaikutuksessa toisten ihmisten ja ympäristön kanssa. Muutokset elämässä tai toimintakyvyssä voivat olla haaste mielen hyvinvoinnille. Näissä tilanteissa tarvitaan resilienssiä eli selviytymiskyvykkyyttä, joka auttaa kohtaamaan muutoksia ja pääsemään eteenpäin hankaliltakin tuntuissa tilanteissa.

Mielen hyvinvoinnin terveyshyötyjä

Mielen hyvinvointi on yhteydessä kokonaisyhyvinvointiin, toimintakykyisyyteen ja terveyteen sekä elämänlaatuun. Mielen hyvinvoinnin teemojen yhteyksiä muistisairauksien riskin alenemiseen on tarkasteltu ja yhteydet ovat monitekijäisiä. Optimistisellä elämänsenteellä on havaittu olevan yhteys pienentyneeseen riskiin sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin (Keyes ym. 2004) sekä sydänsairauksista toipumiseen (Agarwal ym. 1995). Tutkimuksissa on saatu viitteitä siitä, että elämän kokeminen merkitykselliseksi tukee suotuisaa terveystyöskäytymistä (Kim ym. 2020), pidentää elinikää (Cohen ym. 2016), tukee kognitiivista toimintakykyä ja on yhteydessä myös pienentyneeseen riskiin sairastua muistisairauksiin (Sutin ym. 2021, Bell ym. 2022, Sutin ym. 2023).

Mielen hyvinvointi muistipalvelupolulla

Mielen hyvinvointi ja sen edistäminen on osa muistisairaiden ihmisten hoitoa ja heidän läheistensä tukea läpi palvelupolun. Tiedon ja tuen tarjoaminen mielen hyvinvoinnin ylläpitämiseksi auttaa muistisairauteen sairastunutta ihmistä ja hänen läheistään sopeutumaan uuteen elämäntilanteeseen ja rakentamaan itselleen hyvää ja merkityksellistä elämää.

Mielen hyvinvoinnin teema kuuluu olennaisesti ensitietoon ja sopeutumisvalmennukseen, palvelupolun eri vaiheissa toteutettuun ohjaukseen ja neuvontaan sekä kotihoitoon ja ympärivuorokautiseen hoivaan. Tämä edellyttää ammattilaisilta monipuolista osaamista ja taitoa tunnistaa muistisairaana ihmisen vahvuudet ja voimavarat sekä tukea hänen kokemustaan kyvykkyydestä ja elämän merkityksellisyydestä. Mielen hyvinvoinnin vahvistaminen tulee kiinnittää rakenteisiin ja varmistaa yhdessä sovitulla toimintatavoilla sen suunnitelmallisuus ja tavoitteellisuus.

1.7 Omaishoito muistipalvelupolulla

Omaishoidon tuella hoidettavien 75 vuotta täyttäneiden henkilöiden osuus vastaavan ikäisestä väestöstä oli 4,2 prosenttia vuoden 2022 aikana (Sotkanet 2023). Omaishoitajista noin puolet on eläkeiässä, ja tärkein syy viralliselle omaishoitajuudelle on muistisairaus (Leppäaho ym. 2019).

Muistisairaus koskettaa koko perhettä ja lähipiiriä. Omaishoitajien ja läheisten elämäntilanteet voivat kuitenkin olla hyvin erilaisia. Omaishoitajina toimii muun muassa eläkeläisiä, työssäkäyviä, perheellisiä, henkilöitä, joiden oma terveydentila on heikko, osa asuu etäällä hoidettavastaan ja osa sairastuneen kanssa (Halonen 2023; Kalliomaa-Puha 2019).

Muistisairaiden henkilöiden läheiset käyttävät omaa aikaansa paitsi läheisensä hoivaan, myös lukuisten asioiden hoitamiseen. Muistisairauden edetessä hoivan tarve, hoidon sitovuus ja vaatavuus muuttuvat. Kotihoidon kohdentaminen vain hoidollisiin tehtäviin ja esimerkiksi kodinhoitajista luopuminen ja tukipalvelujen saatavuuden rajaaminen ovat johtaneet siihen, että arkiasioiden hoitaminen on läheisten vastuulla. Omaishoitajat kokevat usein jäävänsä läheisensä muistidiagnoosin jälkeen tyhjän päälle. Heille ei ole tarjottu riittävästi tietoa, miten ja missä palvelupolku jatkuu tai onko olemassa jokin hoito- tai palvelusuunnitelma. Keskeistä olisi ottaa omaishoitaja mukaan palvelutarpeen arviointiin ja tehdä heidän kanssaan yhteistyötä. (Halonen 2023.)

Marjo Ring (2021) on tutkinut puoliso-omaishoitajuutta parisuhteen sisäisen sopimuksen ja psykologisen uudelleen sopimisen näkökulmista. Hän suosittelee väitös-kirjassaan omia vastuuhenkilöitä omaishoitajalle ja muistisairaalle henkilölle, koska heidän tarpeensa ovat erilaiset. Omaishoitaja ei ole ainoastaan hoitaja vaan tarvitsee myös palveluja ja tukea, myös psykologista tukea, koska hänen roolinsa puolisoonsa nähden muuttuu omaishoitajaksi ryhtyessään.

Ulla Halonen (2023) ehdottaa, että omaishoitajan vastuuhenkilönä voisi toimia palveluohjaaja tai muistikoordinaattori. Hän korostaa henkisen tuen lisäksi tiedon saannin, palveluohjauksen ja koulutuksen tärkeyttä. Haasteena on omaishoitajien tilanteiden yksilöllisyys ja palvelujärjestelmän kyky vastata tähän.

Palvelujärjestelmän ja tuen piirissä omaishoitajina puoliset ja aikuiset lapset ovat eriarvoisessa asemassa. Etenkin aikuisten lasten rooli muistisairaiden arjessa ja asioiden hoitajina sekä samanaikainen työssäkäynti jää usein huomioimatta (Halonen 2023). Omaishoidon ja ansiotyön yhteensovittamisen mahdollistaminen edellyttää monipuolista tukikeinojen valikoimaa (Kalliomaa-Puha 2019). Voidaan myös olettaa, että muistisairaus on epävirallisen hoivan suuri aiheuttaja ja näillä omaishoitajilla voi esiintyä uupumusta (Leppäaho ym. 2017) ja tarpeita, joita ei palvelujärjestelmässä välttämättä ole huomioitu.

Palvelujärjestelmän ohella järjestöillä, säätiöillä ja yrityksillä on mahdollisuus tarjota tukea omaishoitajille, läheisille ja muistisairauteen sairastuneelle henkilölle.

Tällaisia tukimuotoja ovat esimerkiksi Omaishoitajaliiton Ovet-valmennus®, Vanhustyön keskusliiton Omahoitovalmennus-toiminta® sekä Muistiliiton vertaistukiryhmät ja -linjat.

Lue lisää

[Ovet-valmennus® - Omaishoitajat ry](#)

[Omahoitovalmennus-toiminta® - Vanhustyön keskusliitto](#)

[Vertaistuki Muistiliitto](#)

1.8 Asumisvaihtoehtoja muistisairaalle henkilölle

Hyvinvointialueen on toteutettava iäkkään henkilön arvokasta elämää tukeva pitkäaikainen hoito ja huolenpito ensisijaisesti hänen kotiinsa annettavilla ja muilla sosiaali- ja terveydenhuollon avopalveluilla (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista, Vanhuspalvelulaki 980/2012). Muistisairaana henkilön sairauden etenemisen vaihe, läheiseltä saatu apu ja kotiin saatavat palvelut vaikuttavat siihen, miten kotona asuminen onnistuu. Henkilön kotona asumista ja läheisten jaksamista voidaan tukea esimerkiksi jaksottaishoito- tai perhehoitojaksojen avulla. Parhaimmillaan muistisairaalla henkilöllä on mahdollisuus aloittaa tutustuminen uuteen ympäristöön esimerkiksi päivätoiminnassa tai vuorohoitojaksoilla, jolloin kynnyksensä pysyvään ympäristön muutokseen on pienempi (Terveyskylä 2023).

Toisinaan pitkälle edennyttä muistisairautta sairastavan henkilön kotona asuminen ei enää onnistu edes kotihoidon ja/tai omaishoidon turvin. Asumispalveluiden uudistus mahdollistaa monimuotoisten asumis- ja palvelukokonaisuuksien luomisen niin, että iäkkäille henkilöille voidaan tarjota joustavia, yhteisöllisiä ja toimintakyvyn säilymistä tukevia asumis- ja palveluratkaisuja kotona asumisen ja ympärivuorokautisen palveluasumisen väliin. Siinä vaiheessa, kun muut asumis- ja palvelumuodot eivät enää vastaa iäkkään henkilön tarpeita tai ole riittävän turvallisia, hänellä on mahdollisuus siirtyä ympärivuorokautisen palveluasumisen yksikköön. (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.)

1.9 Kulttuuristen vähemmistöryhmien ja vammaisten henkilöiden huomioiminen muistipalveluissa

1.9.1 Eri kieli- ja kulttuuritaustoista tulevat ikääntyvät henkilöt

Suomen perustuslain mukaan suomi ja ruotsi ovat maamme kansalliskielet, joita kansalaisella on oikeus käyttää asioidessaan viranomaisen kanssa. Perustuslain mukaan saamelaisilla alkuperäiskansana sekä romaneilla ja muilla ryhmillä on oikeus ylläpitää ja kehittää omaa kieltään ja kulttuuriaan. Myös viittomakieltä käyttävien sekä vammaisuuden vuoksi tulkitsemis- ja käännösapua tarvitsevien oikeudet on turvattu lailla. (Oikeusministeriö; Kielilaki 423/2003, Saamen kielilaki 1086/2003, Viittomakielilaki 359/2015.)

Tänä päivänä maassamme on otettava huomioon hyvin laaja kirjo eri kieli- ja kulttuuritaustoista tulevia henkilöitä maahanmuuton monipuolistuttua. Myös maahan muuttanut väestö ikääntyy ja heillä voidaan olettaa esiintyvän muistisairauksia samassa suhteessa kuin väestössä keskimäärin. Kaikille testeistä suoriutumiseen voivat vaikuttaa jännittyneisyys, keskittymisvaikeudet, masentuneisuus sekä huono kuulo tai näkö (Sulkava, Vuori & Ylikoski 2007). Kieli, kulttuuritausta ja koulutustaso on kuitenkin otettava huomioon kognitiivisia taitoja selvitetessä sekä hoivaa ja hoitoa annettaessa.

Iän myötä ja muistioireiden edetessä toisen tai vieraan kielen hallinta usein heikenee ja äidinkielen merkitys korostuu. Muistitesti pitäisikin aina tehdä henkilön äidinkielellä. Lisäksi kulttuuritausta ja koulutustaso vaikuttavat siihen, miten henkilö käsittää kysymykset ja pystyy antamaan vastauksen. (Sulkava, Vuori & Ylikoski 2007.) Mikäli asiakas ei käsitä, mitä hänelle pyritään kertomaan tai mitä häneltä odotetaan, esitetyt kysymykset voivat tulla väärin ymmärretyiksi. Henkilön taitojen ylitai alidiagnosoiminen sekä väärinymmärrykset voivat johtaa myös potilaan tai asiakkaan oikeusturvan näkökulmasta ikäviin tilanteisiin. (Arjatsalo 2022.)

Kieli ja erilaiset kulttuuriset käsitykset asioista voivat vaikuttaa siihen, miten muistisairauksista puhutaan tai miten muistihäiriöihin haetaan apua (Alzheimer Europe 2018). Kieli- ja kulttuurihaasteissa voidaan käyttää tulkkia, joka ei ole perheenjäsen. Mieluiten hän tulee samasta kieli- ja kulttuuritaustasta kuin asiakas ja ymmärtää asiakkaan kulttuurin erityispiirteet. Tällaisia niin kutsuttuja muistitulkkieja on koulutettu muun muassa Etnimu-hankkeessa. Muistitulkki toimii suomenkielistä muistitestiä tekevän ammattilaisen apuna testitilanteessa. Muistitulkki kääntää henkilön puheen sanasta sanaan kaikkine virheineen pyrkimättä tekemään puheen tuottajan viestiä sujuvammaksi tai loogisemmaksi. Näin lääkäri tai taitoja testaava henkilö saa paremmin käsityksen asiakkaan/potilaan puheen tuottamisesta ja ilmaisukyvystä sekä siitä, miten hän ymmärtää kysymykset. (Suomen muistiasiantuntijat 2023.) Palvelut ja muistin testaaminen ovat yhdenvertaisia kaikille, mutta muistitulkki voi helpottaa asiakkaan tilanteen ja taitojen ymmärtämistä. Hän voi esimerkiksi tietää, jos

muistisairaus on kulttuurissa tabu tai dementialle ei ole kielessä termiä, jolloin asiaa kuvataan toisin, esimerkiksi kipukokemusten kautta (vrt. Jaakson 2018).

Alzheimer European (2018) raportissa mainitaan useita tekijöitä, jotka vaikuttavat eri kulttuuritaustaisten henkilöiden hakeutumiseen palvelujen piiriin, muistin ja toimintakyvyn perusselvitysten tekemiseen, diagnoosin saamiseen sekä hoidon ja palvelujen aloittamiseen. Vähemmistöryhmät eivät välttämättä käytä palveluja samassa määrin kuin kantaväestö ja eri kulttuureissa voi olla eroja halukkuudessa tai mahdollisuuksissa hakeutua hoitoon muistioireiden vuoksi. Joissain kulttuureissa saatetaan luottaa perheen sisäiseen hoivaan ulkopuolelta tulevien palvelujen sijasta. Raportissa esitetään myös suosituksia diagnoosin saamiseen, hoidon ja tuen tarpeisiin liittyen. Alzheimer European raportin pohjalta myös Pohjoismaisen hyvinvointikeskuksen (2020) tuella on laadittu raportti muistisairaana maahanmuuttajan hoidosta Pohjoismaissa ja norjalaisen Aldring og Helse –asiantuntemuksella tuotettu selkokielelliset nettisivut muistisairauksista.

Suomessa Kulttuurinen Moninaisuus -Muistikeskus ry (MUKES) toimii kulttuurisensitiivisen muistityön asiantuntijatahona ja sen tarkoituksena on käynnistää Muistitutkiki-koulutukset uudelleen. Lisäksi keskus kehittää eri kieli- ja kulttuuriryhmille soveltuvaa aineistoa muistivastaanoitoille muistisairauksien alkukartoitusta varten. (MUKES 2023.) Muistiliiton yhteydessä on myös järjestetty monikulttuurista toimintaa ja hanke, jossa koulutetaan vapaaehtoisia lisäämään muistiyymmärrystä omassa kieli- tai kulttuuriyhteisössään (Muistiliitto 2023a).

Yhteinen kieli tai kulttuurikaan ei aina takaa sitä, että henkilön yksilölliset toiveet ja tavat tulevat oikein tulkituiksi. Osa samasta kieli- ja kulttuuritaustasta tulevista henkilöistä saattaa edelleen toiseen maahan muutettuaan noudattaa alkuperäisiä kulttuurisia arvojaan, osa on omaksunut uuden kulttuurin tapoja. Tämän vuoksi tärkeää on paitsi eri kieli- ja kulttuuriryhmien tapojen tunteminen, myös yksilökeskeinen kohtaaminen ja keskinäinen kunnioitus. Jokaisella on taustallaan henkilökohtaisia kokemuksia ja näkemyksiä asioista. On luotava luottamuksellinen tila, jossa ammattilainen kohtaa henkilöt vailla henkilökohtaisia oletuksia (esim. Uttjek 2017).

Ennaltaehkäisyn ja elintapaohjauksen kohdentamisen näkökulmasta maahan muuttaneiden ryhmien keskuudessa voi olla tekijöitä, jotka kannattaa ottaa palvelutarjonnassa huomioon. Esimerkiksi toisesta maasta muuttaneet naiset harrastavat vähemmän liikuntaa kuin väestö keskimäärin ja psyykinen kuormittavuus on maahan muuttaneilla korkeampi kuin koko väestöllä keskimäärin. (Kuusio ym. 2020.)

Lue lisää

[Dementia selkokielellä-sivusto](#)

1.9.2 Saamelaiset Suomen ainoa alkuperäiskansa

Saamelaiset ovat Suomen ja Euroopan unionin alueen ainoa alkuperäiskansa, jolla on oma historia, kieli, kulttuuri, elinkeinot, elämäntapa ja identiteetti. Saamelaiset asuvat neljän valtion alueella, Norjassa, Ruotsissa, Suomessa ja Venäjällä ja saamelaisilla on alueittain yhteinen historia, perinteet, tavat ja yhteisöt. (Lue tarkemmin Liitteestä 5.)

Suomen perustuslain mukaan (17.3.§) saamelaisilla on alkuperäiskansana oikeus ylläpitää ja kehittää omaa kieltään ja kulttuuriaan. Lisäksi perustuslaki turvaa saamelaisille kieltään ja kulttuuriaan koskevan itsehallinnon kotiseutualueellaan sen mukaan kuin lailla säädetään. Saamelaisten kielellisiä oikeuksia on turvattu saamen kieliläillä, jossa säädetään toisaalta saamelaisen oikeudesta käyttää omaa kieltään viranomaisissa ja toisaalta julkisen vallan velvollisuudesta toteuttaa ja edistää saamelaisten kielellisiä oikeuksia. Suomi on ratifioinut useita kansainvälisiä ihmisoikeussopimuksia, jotka velvoittavat Suomea turvaamaan saamelaisen vähemmistön ja alkuperäiskansan kieltä, kulttuuria ja yhteiskuntaelämää sekä kunnioittamaan sen oikeutta itsemääräämiseen. Alkuperäiskansastatuksen ohella saamelaiset ovat myös kansallinen vähemmistö kansainvälisten vähemmistöjen oikeuksia koskevien sopimusten tarkoitettamalla tavalla.

Saamelaisia yhdistävät kansalliset symbolit kuten oma lippu ja kansallislaulu ”Sámi soga lávlla” (”Saamen suvun laulu”). Saamelaisten kansallispäivää vietetään helmikuun 6 p:nä. Suomessa puhutaan kolmea saamen kieltä; pohjoissaamea, inarinsaamea ja koltansaamea. Suomessa on noin 11 000 saamelaista ja suuri osa asuu saamelaisalueen ulkopuolella.

Saamelaiset tarvitsevat tukea ja auttamiskeinoja, jotka ovat saamenkielisiä, ja ne suunnitellaan ja toteutetaan saamelaisten omista lähtökohdista, saamelainen kulttuurista, perinteiset arvot, elämänmuoto ja ajattelutavat huomioon ottaen. Saamelaisen muistiasiakkaan palvelupolun luomisessa on kielellä ja kulttuurilla iso merkitys ja sen vuoksi polun pitäisikin toimia täysin saamen kielellä. Kohtaamistilanteissa on aina luotava kulttuurisesti turvallinen ilmapiiri, jossa saamelainen muistisairas voi olla luottavainen ja kokea turvallisuutta saamelaisena. ”*On turvallista puhua vaikeistakin asioista, kun tietää tulevansa ymmärretyksi oikein*”, kertoo saamelainen vanhus. Ei riitä, että saamelainen ymmärtää, mitä hänelle sanotaan, vaan ensin hänen on kyettävä ymmärrettävästi kertomaan, mikä mieltä painaa, miltä tuntuu saadakseen tarvitsemaansa tukea ja apua.

Lue lisää

[Tietoa saamen ja suomen kielellä sekä työskentelymateriaalia saameksi](#)

1.9.3 Vammaisten henkilöiden muistihäiriöiden havaitseminen ja testaaminen

Kehitysvammaiset henkilöt elävät Pohjoismaissa yhä pidempään. Kehitysvammaisilla henkilöillä dementian ensioireet tulevat usein jo 50 vuoden iässä, mutta niitä saat-
taa olla vaikea havaita. Sellaiset oireet, jotka usein tulevat muilla vasta myöhemmin
sairauden edetessä, voivat esiintyä kehitysvammaisilla jo dementian varhaisvai-
heessa. Dementoivaa sairautta epäillessä on aina aloitettava hoidettavien ja ohimene-
vien syiden selvittämisestä ja poissulkemisesta. Tässä arjen havainnot ovat keskei-
sessä asemassa.

Vammaisten henkilöiden kohdalla muistisairauksien testaamisessa on hyvä huo-
mioida saavutettavuus ja vammaisuuteen liittyvät erityiskysymykset. Osa vammai-
sista henkilöistä tarvitsee esimerkiksi selkokieltä ja kuvia tekstin lisäksi. Viittomakie-
listen henkilöiden kognitiivisia muutoksia ei myöskään voida arvioida suoraan esi-
merkiksi suomen- tai ruotsinkielisten muistitestien kautta. Kuurojen palvelusäätiö on
tehnyt CERAD-tehtäväsarjasta viittomakielisen käännöksen.

MUISTIKKA-kehittämishankkeessa (2016–2018) Pohjois-Savon muistiyhdistys
yhteistyössä Savas-säätiön, Vaalijalan ja Savon ammattiopiston sekä muiden kehitys-
vamma-alan toimijoiden kanssa kehittivät seurantavälineen kehitysvammaisten hen-
kilöiden muistisairauksien tunnistamiseen. (Savas-säätiö 2022.)

Lue lisää

[Viittomakielinen CERAD-tehtäväsarja](#)

[MUISTIKKA-seurantaväline](#)

[Kehitysvammaisuus ja muistisairaudet](#)

2 Hankkeen tavoitteet, tarve ja kohderyhmät

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus (momentti 33.60.39.07) Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen käyttöön 391 775 euroa muistisairauksien varhaisen toteamisen kansallisen mallin kehittämiseen osaksi sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen palveluja. Hankeaika oli 1.8.2021–31.12.2023.

2.1 Hankkeen tarkoitus ja tavoitteet

Hankkeen tarkoituksena oli tehdä ehdotus muistisairauksien varhaisen toteamisen kansalliseksi malliksi osana sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen palveluja. Mallilla vahvistetaan muistisairauksien varhaista toteamista, oikea-aikaista diagnoosin saamista, luomalla sujuva hoito- ja palvelupolku aina jatkohoitoon asti.

Hankkeen alatavoitteena oli painottaa ennaltaehkäisevää otetta suuntaamalla riskiryhmille FINGER-elintapaohjauksen mukaista toimintaa ja jalkauttamalla toimintamalli alueille. Elintapaohjaus ylläpitää toimintakykyä ja elämänlaatua myös muistisairaudesta johtuvaa ja on olennainen osa koko hoitopolkua.

Tavoitteena oli tehdä:

- selvitys olemassa olevista muistipalvelupolkumalleista sekä vertailla eri mallien toimivuutta ja soveltuvuutta tulevaisuuden sote-keskukseen / sosiaali- ja palvelujärjestelmään
- suunnitelma muistisairauksien kansallisesta pilottimallista, joka toteuttaa Ikäohjelman tavoitteita ja linkittyy Tulevaisuuden Sote-keskus -ohjelmaan

Tehtävinä tarkemmin oli:

- kartoittaa jo olemassa olevat sekä Tulevaisuuden sote-keskus – ohjelman hankkeissa kokeiluissa olevat muistisairauksien palvelupolkuun liittyvät mallit (ennaltaehkäisy – tunnistaminen – hoito ja seuranta)
- kuvata sisältö, rakenne, toimijat ja prosessit (toimintakäytännöt, tiedonkulku, vastuut, roolit, teknologian hyödyntäminen) polun eri vaiheissa
- tuottaa tietoa kehittämistyön pohjaksi olemassa olevista malleista sekä niiden vaikutuksista ja soveltuvuudesta palvelujärjestelmään
- etsiä geneeriset, siirrettävät elementit sekä määritellä tekijät, jotka estävät / edistävät mallien juurtumista
- löytää työvälineitä mallien levittämiseen ja juurruttamiseen
- rakentaa yhdessä alueiden ja muiden keskeisten toimijoiden (kuten Muistiliitto) kanssa yhteiskehittämisen ja verkostoyhteistyön keinoin kansallinen malli ja tukea sen toimeenpanoa (tai jatkaa olemassa olevien, hyväksi todettujen mallien jalkauttamista)

- kytkeä elintapaohjausmalli (FINGER-toimintamalli) palvelupolkuun sekä edistää sen leviämistä ja juurtumista
- vahvistaa asiakas- ja palveluohjauksen roolia riskiryhmien tunnistamisessa ja muistisairaiden hyvän hoidon järjestämisessä, koordinoinnissa ja seurannassa yhteistyössä muistikoordinaattoreiden /-hoitajien kesken
- vahvistaa perusterveydenhuollossa toimivien lääkäreiden roolia ja osaamista muistisairauksien tunnistamisessa ja hoidossa
- vahvistaa perusterveydenhuollossa toimivien hoitajien osaamista riskiryhmien tunnistamisessa ja elintapaohjauksen toteuttamisessa
- tuottaa ehdotus kehitetyn mallin toimeenpanosta ja vaikutusten seurannasta
- kohdennettu, tietoon perustuva ohjaus uudistuksen toimeenpanemiseksi

2.2 Hankkeen tarve

Kansallisen muistipalvelupolun kehittäminen vastaa erityisesti Ikäohjelman 2030 vaikuttavuustavoitteisiin ”lääkkäät ovat toimintakykyisiä pidempään” ja ”Palvelut tuotetaan sosiaalisesti ja taloudellisesti kestäväällä tavalla”. Muistisairaudet ovat merkittävä kansansairaus, jonka määrä on kasvussa väestön ikääntymisen seurauksena. On arvioitu, että merkittävä osa muistisairauksista jää diagnosoimatta tai diagnoosin tekeminen viivästyy. Sairauden varhainen havaitseminen ja oikea-aikainen muistipolulle pääseminen parantaa muistisairaana henkilön ja heidän läheistensä elämänlaatua ja siirtää säännöllisten raskaiden ja kalliiden palveluiden (vrt. ympärivuorokautinen hoito) tarvetta myöhäisemmäksi. Lisäksi on mahdollista, että monitekijäisellä elintapaohjelmalla, kuten FINGER-toimintamallin mukaisella harjoittelulla, terveellisellä ruokavaliolla ja sydän- ja verisuonitautien hoidolla voitaisiin viivästyttää muistisairauden puhkeamista ja ylläpitää toimintakykyä myös myöhemmällä iällä.

Kunnat ja alueet ovat kehittäneet omia muistipalvelupolkuja, mutta kaikilla alueilla polkuja ei ole käytössä. Toimintamallien rakenteet ja prosessit vaihtelevat ja niiden implementointi käytäntöön on edennyt eri tahdissa. Kansallinen kuva tällä hetkellä käytössä olevista malleista ja niiden vaikutuksista puuttuu. Myös työtekijöiden osaamisessa tunnistaa alkava muistisairaus on havaittu puutteita eikä yhteistyö eri tahojen kanssa toimi aina parhaalla mahdollisella tavalla.

Palvelujärjestelmän kehittämiseksi ja palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden varmistamiseksi tarvitaan kansallisen tason tietoa siitä, minkälaisia ja miten laajasti muistipalvelupolkumalleja on käytössä ja miten niihin on sisällytetty elintapaohjaus ja miten toimivaksi osoittautuneet mallit tai niiden siirrettävät elementit voitaisiin parhaiten integroida uuteen sote-palvelurakenteeseen. Lisäksi tarvitaan tietoa, minkälaista osaamista ja kehittämistarpeita on perusterveydenhuollossa – asiakas- ja palveluohjauksessa, terveyskeskuksessa ja kotihoidossa - muistisairauksien tunnistamiseksi ja diagnoosin jälkeisen hoidon ja seurannan järjestämiseksi ja miten yhteistyö toimii muisti-, geriatrian ja neurologisten poliklinikoiden kanssa.

Tuotettu tieto auttaa levittämään hyviä käytäntöjä ja kehittämään muistisairaahan henkilön palvelupolkua entistä toimivammaksi, laadukkaammaksi ja yhdenvertaisemmaksi.

2.3 Kohderyhmät ja sidosryhmät

Hankkeen ensisijaisena kohderyhmänä olivat iäkkäät muistisairaant henkilöt ja heidän läheisenä, joille kansallista mallia kehitettiin. Myös työikäisenä muistisairauteen sairastuneiden henkilöiden hoitopolkua tarkasteltiin. Tavoitteena oli luoda entistä toimivampi palvelupolku ja palvelukokonaisuus kohderyhmälle.

Hankkeen toissijaisena kohderyhmänä olivat kansallisen ja alueellisen tason päättäjät, sosiaali- ja terveystalvelujen järjestäjät ja tuottajat sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset eri puolilla palvelujärjestelmää, esimerkiksi asiakasohjauksessa, terveyskeskuksessa, muisti- ja neurologian poliklinikoilla, kotihoidossa ja sosiaalitoimissa. Lisäksi kohderyhmänä olivat muistiyhdistysten ja eri järjestöjen toimijat. Hankkeen aikana kerättyä tietoa voidaan hyödyntää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää koskevassa päätöksenteossa ja hyvinvointialueen ohjauksessa sekä toimintakäytäntöjen ja yhteistyömuotojen kehittämisessä. Myös media, tutkijat ja kehittäjät hyötyvät hankkeessa tuotetusta tiedosta.

Hankkeen sidosryhmänä oli kansallinen yhteistyöverkosto, joka tarjosi asiantuntijatukea kansallisen muistipalvelupolun rakentamisessa ja palvelujärjestelmän kehittämisessä. Yhteistyöverkosto toimi foorumina tiedon, kokemusten ja hyvien käytäntöjen jakamisessa. Yhteistyöverkoston jäsenistö koostui FINGER-tutkimuksen ja -toimintamallin asiantuntijoista, muistisairauksien parissa työskentelevistä ammattilaisista, järjestöjen, oppilaitosten ja viranomaisten edustajista, sote-palvelujen tuottajista ja johtajista, kokemusasiantuntijoista sekä yksityisistä toimijoista.

3 Hankkeen kulku ja toteuttaminen

Kansallisen muistipolukumallin kehittäminen alkoi syksyllä 2021 ja päättyi vuoden 2023 lopussa. Toimintamallia kehitettiin yhteistyössä yhteistyöverkoston kanssa. Mallin kehittäminen eteni vaiheittain: (1) muistisairauksien varhainen tunnistaminen, (2) muistisairausdiagnoosin tekeminen ja (3) muistisairaahan henkilön hoito ja seuranta. Kehittämistyön aikana kerättiin materiaalia useista lähteistä. Kerätyn aineiston avulla pyrittiin löytämään geneerisiä, siirrettäviä elementtejä kansalliseen muistipalvelupolukumalliin sekä kehittämistarpeita ja -ehdotuksia jatkotyöskentelyä varten. Hankkeen aikana tehtiin tiivistä yhteistyötä FINGER-asiantuntijoiden kanssa, pidettiin verkostotilaisuuksia ja avoimia webinaareja, kirjoitettiin julkaisuja sekä esiteltiin hanketta ja sen tuloksia lukuisissa tapahtumissa (Liite 3 ja 4).

1. Hankkeen alussa perustettiin THL:n koordinoima yhteistyöverkosto, joka osallistui muistipalvelupolukumallin rakentamiseen tuomalla tietoa käytössä olevista malleista ja niiden toimivuudesta, henkilöstön osaamistarpeista sekä olemassa olevista kehittämistarpeista. Verkosto myös auttoi hyväksi todettujen käytäntöjen levittämisessä ja toi arvokasta tietoa mallin juurruttamista edistävästä ja ehkäisevästä keinoista. Verkoston toiminta perustui vapaaehtoisuuteen ja oli avoin kaikille asiasta kiinnostuneille. Verkoston jäsenistö koostuu FINGER-tutkijoista, sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisista, oppilaitosten, järjestöjen ja yksityisten toimijoiden asiantuntijoista, kokemustoimijoista ja heidän läheisistään sekä sosiaali- ja terveysministeriön edustajista. Verkosto kokoontui säännöllisesti kuukausittain ja verkostoiltoapäivissä 3–4 kertaa vuodessa. Tapaamisten teemat vaihtelivat. Hankkeen loppupuolella perustettiin myös FINGER-kehittäjäverkosto. Verkostotyöskentelyyn osallistui yli 200 toimijaa ympäri Suomea.
2. Toimintamallia rakennettiin myös toteuttamalla kyselyitä hyvinvointialueiden keskuskuntien ja Helsingin asiakasohjauksen työntekijöille, terveyskeskusten sekä muistipoliklinikoiden, geriatrian ja neurologian poliklinikoiden lääkäreille ja hoitajille, kotihoidon työntekijöille sekä lisäksi muistiyhdistyksille. Kyselyissä kartoitettiin terveyden edistämiseen, muistisairauksien varhaiseen tunnistamiseen ja hoitoon ohjaamiseen, diagnosointiin sekä jatkohoitoon ja seurantaan liittyviä asioita. Lisäksi kyselyissä kartoitettiin eri tahojen yhteistyötä ja niissä ilmenneitä haasteita ja pyydettiin kehittämisehdotuksia kansalliseen malliin. Kyselyt toteutettiin 2022–2023 välisenä aikana.
3. Osana THL:n vanhuspalvelujen tila -seurannan järjestäjäkyselyä vuonna 2022 selvitettiin kuntien, kuntayhtymien ja yhteistyöalueiden toimintatapoja aivoterveyden ja elintapaohjauksen edistämiseksi ja FINGER-toimintamallin

tuntemusta. Kyselyssä kartoitettiin myös alueella käytössä olevia muistipalvelupolkumalleja.

4. Kehittämistyön aikana perehdyttiin alan kansalliseen ja kansainväliseen kirjallisuuteen ja nettisivustoilta löytyviin kuntien/alueiden muistipalvelupolkumalleihin. Alueiden käytössä olevia malleja esiteltiin myös verkostotapaamisissa. Lisäksi hankkeen aikana tehtiin vierailuja alueille ja tutustuttiin tarkemmin käytössä tai kehitteillä oleviin malleihin.
5. Hankkeen aikana pidettiin yhteistyöverkoston muistipalvelupolkukahveja (17) ja webinaareja (5), FINGER-kehittäjäverkoston tapaamisia (5), sekä loppuseminaari. Lisäksi järjestettiin kaksi kaikille avointa Kohti kansallista muistipalvelupolkua -webinaaria. Ensimmäinen tilaisuus järjestettiin Alzheimer European, Muistiliitto ry:n ja sosiaali- ja terveysministeriön yhteistyössä ja tässä tilaisuudessa käsiteltiin muistisairauksien hoitopolun haasteita, tulevaisuuden visioita Suomen ja EU:n tasolla. Toinen tilaisuus järjestettiin yhteistyössä THL:n FINGER-tutkijoiden ja Karolinska institutetin kanssa. Webinaarissa perehdyttiin FINGER-tutkimukseen ja sen kautta saatuun tietoon elintapaohjauksen vaikutuksista muistihäiriöiden ja muiden kroonisten sairauksien ennaltaehkäisemiseksi.
6. Hankkeessa selvitettiin myös työikäisten muistipalvelupolkua ja pidettiin työikäisten muistipalvelupolkuun liittyvä tilaisuus toukokuussa 2022. Selvityksen myötä huomattiin, että työikäisten muistipalvelupolku on rakenteeltaan erilainen kuin iäkkäille henkilöille suunnattu muistipalvelupolku. Työikäisten muistipalvelupolussa asiakkaan tilanteet ja tuen tarpeet ovat erilaisia, liittyen muun muassa mahdolliseen työelämään ja perhe-elämään.
7. Hanketta on esitelty THL:n omissa ja ulkopuolisten tahojen, muun muassa Muistiliiton ja Tulevaisuuden sote-keskusohjelman, tilaisuuksissa. Lisäksi hankkeella oli oma sessio kansainvälisessä Alzheimer Europe ja Suomen Muistiliiton järjestämässä konferenssissa syksyllä 2023. Lisäksi hankkeen aikana on kirjoitettu aiheeseen liittyviä artikkeleita muun muassa Vanhustyö-lehteen ja MUKES-uutisiin sekä osallistuttu muistisairauksia käsittelevään Podcastiin.
8. Hankkeen aikana on tehty yhteistyötä THL:n Tulevaisuuden sote-keskus-ohjelman, Muistiliiton ja Ikäinstituutin toimijoiden kanssa. Hankkeen tutkijat ovat mukana Alzheimer European ja Pohjoismaisen Dementia-verkoston toiminnassa.

Elintapaohjauksen vahvistaminen ja FINGER-toimintamallin levittäminen

Kansallisen muistipalvelupolkumallin yhtenä tavoitteena oli elintapaohjauksen vahvistaminen muistipolun eri vaiheissa. Tätä toteutettiin yhdistämällä FINGER-toimintamalli kiinteäksi osaksi muistipalvelupolkua ja tukemalla sen levittämistä hyvinvointialueille. Tämän tavoitteen saavuttamiseksi Kansallisen muistipalvelupolku -hankkeen toimijat ja FINGER-toimintamallin asiantuntijat tekivät tiivistä yhteistyötä ja tapasivat säännöllisesti. Konkreettisia tuotoksia tähän mennessä on muun muassa kohti kansallista muistipalvelupolkua -webinaari syyskuussa 2022, FINGER-toimintamallin Tiedä ja toimi -korttien päivitys kolmella kielellä ja loppusyksyllä 2022 perustettu FINGER-kehittäjäverkosto. Lisäksi FINGER –toimintamallista on tehty posterit.

Lue lisää

[FINGER-toimintamallin Tiedä & Toimi-kortit](#)

[FINGER-posteri](#)

Viestinnän toteuttaminen

Hankkeella on ollut THL:n verkkosivuilla oma hankesivu, jossa on kuvattu lyhyesti hankkeen perustiedot ja tavoitteet. Lisäksi hankkeen alkamisesta on julkaistu THL:n verkkosivuilla aiheutinen ja sen tuloksista on pidetty esitelmiä kotimaisissa ja kansainvälisissä seminaareissa ja webinaareissa, annettu haastatteluja sekä kirjoitettu julkaisuja (Liite 3 ja 4). Hankkeen aikana perustettiin myös FINGER-kehittäjäverkosto elintapaohjauksen toimintamallin jalkauttamiseksi alueille.

Hankkeen yhteistyöverkostolle ja ajoittain laajennetulle kuulijajoukko on järjestetty etäyhteydellä verkostoiltapäiviä ja ns. muistipolkukahveja sekä tiedotettu ajankohtaisista aiheeseen liittyvistä tilaisuuksista verkostoviestillä.

Hankkeesta valmisteltiin loppuraportti hyvinvointialueiden päättäjien, johtajien ja työntekijöiden, kuntien HYTE-toimijoiden, yhdistysten ja järjestöjen edustajien sekä sosiaali- ja terveystieteiden käyttöön. Myös muistisairaantekijät ja heidän läheisensä voivat hyötyä raportista. Viestintä raportista ja sen tuloksista toteutetaan yhteistyönä sosiaali- ja terveystieteiden kanssa. Raportista viestitään terveyden- ja sosiaalihuollon päättäjille, toimijoille, ammattilaisille ja sidosryhmille eri kanavia käyttäen, kuten THL:n uutiskirjeet, nettisivut, some-kanavat ja seminaarit. Lisäksi hankkeesta kirjoitetaan julkaisuja ammattilehtiin.

4 Näkemyksiä muistipalvelupolun nykytilasta ja kehittämisehdotuksia kyselyiden perusteella

Kansallisen muistipalvelupolkumallin rakentamiseksi toteutettiin kyselyitä hyvinvointialueiden keskuskuntien asiakasohjauksen ja terveyskeskusten sekä muisti-, geriatrian ja neurologian poliklinikoiden, kotihoidon ja muistiyhdistysten työntekijöille (taulukko 1).

Kyselyissä kartoitettiin muistipalvelupolkua varhaisesta tunnistamisesta diagno-sointiin ja jatkohoitoon sekä elintapaohjaukseen liittyviä kysymyksiä. Kaikissa kyselyissä kartoitettiin myös yhteistyön sujuvuutta eri tahojen kesken ja pyydettiin vastaa-jia tuomaan esille kehittämisehdotuksia, jotka on otettu huomioon Kansallista muistipal-velupolkua rakennettaessa.

- Tammi-helmikuussa 2022 toteutettiin kyselyt, jotka kohdistettiin alueiden kes-kuskuntien terveyskeskusten lääkäreille ja hoitajille sekä asiakas- ja palveluoh-jauksen työntekijöille. Kyselyjen avulla selvitettiin muistioireiden varhaista tun-nistamista, ammattilaisten näkemyksiä omasta ja työyksikkönsä osaamisesta muistisairauksia tunnistettaessa, käytettäviä muistitestejä, muistisairaiden henki-löiden ohjautumista palveluihin sekä FINGER-toimintamallin tuntemusta.
- Touko-kesäkuussa 2022 toteutettiin kysely muistipoliklinikoiden, geriatrian ja neurologian poliklinikoiden lääkäreille, sairaanhoitajille sekä muistihoitajille ja -koordinaattoreille. Sen avulla selvitettiin diagnoosin määrittämistä, lääkityksen ja hoidon aloittamista sekä jatkohoidon järjestämiseen liittyviä tekijöitä. Lisäksi kartoitettiin FINGER-toimintamallin tuntemusta poliklinikoilla.
- Marraskuussa 2022 lähetettiin kysely Muistiliiton alaisuudessa toimivien muis-tiyhdistysten toimijoille. Kyselyssä selvitettiin muistiyhdistysten tarjoamaa toi-mintaa ja tukea muistisairaille henkilöille ja heidän läheisilleen sekä heidän toi-veitaan muistiyhdistysten roolista muistipalvelupolulla.
- Syyskuussa 2023 toteutettiin jatkokyselyt, joissa neuvonnan ja asiakas- ja palve-luohjauksen työntekijät vastasivat muistisairausdiagnoosin saaneen asiakkaan palvelujen järjestämiseen liittyviin kysymyksiin ja terveyskeskusten lääkärit ja hoitajat vastasivat jatkohoitoa ja seuranta koskeviin kysymyksiin.
- Syyskuussa 2023 toteutettiin myös kysely kotihoidon työntekijöille; sairaanhoita-jille, lähihoitajille ja perushoitajille. Kyselyssä selvitettiin, miten työntekijät

tunnistavat alkavan muistisairauden kotihoidossa, miten prosessi etenee tunnistamisen jälkeen ja miten kotihoidon asiakkaan jatkohoito ja seuranta on järjestetty.

Taulukko 1. Muistioireiden varhaisen tunnistamisen, hoitoon ohjautumisen ja jatkohoidon kyselyihin vastanneiden määrät

Ajankohta	Kyselyn painopiste	Terveyskeskus		Asiakaohjaus	Muistipoliklinikka		Kotihoito	Muistiyhdistykset
		Lääkärit	Hoitajat	Työntekijät	Lääkärit	Muistihoitajat/-koordinaattorit	Työntekijät	Toimijat
1-2/2022	Varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjautuminen	49	95	30				
5-6/2022	Diagnoosin määrittäminen ja jatkohoidon aloittamien				32	39		
11/2022	Muistiyhdistysten toiminta							20
9/2023	Jatkohoito ja seuranta	30	41	109			160*	

* kotihoidon työntekijöiltä kysyttiin myös muistisairauksien varhaisesta tunnistamisesta ja hoitoon ohjautumisesta

4.1 Muistioireiden tunnistaminen terveyskeskuksessa ja asiakasohjauksessa

Muistisairauksien varhaista tunnistamista ja hoitopolulle pääsyä selvittäneet kyselyt lähetettiin asiakas- ja palveluohjaukseen (n=30) ja terveyskeskusten lääkäreille (n=49) ja hoitajille (n=95). Kyselyiden avulla kartoitettiin muistioireiden varhaisen tunnistamisen haasteita ja asian puheeksi ottamista. Lisäksi selvitettiin mitä menetelmiä varhaisen tunnistamisen apuna käytetään, minkälaista osaamista yksiköissä on ja miten prosessi etenee, jos henkilöllä epäillään muistisairautta.

Kyselyjen perusteella terveyskeskuksen vastaanotoilla muistiongelmien tulevat ilmi yleisimmin asiakkaan tai läheisten kertomana. Asiakas- ja palveluohjaukseen ottavat yhteyttä yleisimmin läheiset, jotka ovat havainneet läheisensä muistioireilua. Muistisairautta epäillään terveyskeskuksissa lääkäreiden ja hoitajien vastaanotoilla

kuukausittain, asiakas- ja palveluohjauksessa viikoittain. Muistioireiden varhaista tunnistamista terveyskeskuksissa vaikeuttivat eniten asiakassuhteiden vaihtuvuus, jolloin hoitosuhde ei ehdi muodostua ja lyhyt vastaanottoaika, jolloin oireet eivät välttämättä tule ilmi. Myös muiden sairauksien oireet vaikuttavat oireiden tunnistamiseen.

Avovastauksissa vastaajat mainitsivat tilanteita, jotka saavat useimmiten epäilemään potilaalla tai asiakkaalla muistiongelmia. Esimerkiksi henkilö toistaa tai unohtaa asioita, ei pysty ottamaan vastaan ohjausta, puheen tuotto on vaikeutunut, puhe tai käytös on epäloogista, esiintyy epävarmuutta, sekavuutta tai harhaluuloisuutta. Myös henkilön ulkoinen olemus, laihtuminen tai eksyminen voivat herättää epäilykset alkavasta muistisairaudesta. Terveyskeskuslääkärit mainitsivat, että potilas saattaa tulla saman asian vuoksi useaan kertaan vastaanotolle, lääkitys on saatettu laiminlyödä tai mielialassa voi ilmetä muutoksia.

Terveyskeskuslääkärit ja hoitajat vastasivat, että muistitestit tehdään useimmiten terveyskeskuksessa. Muistioireiden selvittelyssä käytössä ovat yleisimmin suppea MMSE-testi, Kellotesti ja laaja CERAD-tehtäväsarja, joiden tekeminen on muistioireisiin koulutuksen saaneiden hoitajien tai nimettyjen muistihoitajien vastuulla. Terveyskeskuksissa työskentelevät hoitajat ilmaisivat huolensa resurssipulasta, jolloin henkilön pääsy muistitesteihin voi viivästyä. Sekä lääkärit että hoitajat toivoivat lisäkoulutusta muistiasioista ja konsultaatiomahdollisuutta joko muistihoitajalle, -koordinaattorille tai toiselle lääkärille tai geriatrille.

Suurin osa sekä asiakasohjauksessa että terveyskeskuksessa vastasi, että toimintayksikössä on säännöllisesti käytössä toimintatapa, jonka mukaan edetään, kun asiakkaalla epäillään muistiongelmia. Kaikki eivät kuitenkaan olleet tietoisia prosessista tai sitä ei käytetty. Lähetekäytännöt myös vaihtelevat alueilla. Pääsääntöisesti tarvittavat muistilaboratorionäytteet otetaan terveyskeskuksessa.

Joillain alueilla terveyskeskuksen lääkäri tekee lähetteen jatkotutkimuksia ja mahdollista diagnoosia varten poliklinikalle, kuten muisti- tai geriatrian poliklinikalle tai geriatrian osaamiskeskukseen. Joillain alueilla on mahdollista päästä palveluihin muistihoitajan, -koordinaattorin tai sairaanhoitajan läheteellä tai yhteydenotolla neuvontaan tai asiakas- ja palveluohjaukseen. Työikäisten (yläikäraja vaihtelee 65–75-vuotta) muistioireita selvitetään erikoissairanhoidossa neurologian poliklinikalla, jonne tarvitaan lääkärin lähete. Sen tekee joko terveyskeskuksen tai työterveyshuollon lääkäri.

Palvelupolun eri vaiheissa voi tapahtua katkoksia. Vastausten perusteella sovittuja toimintatapoja yksikön sisällä ei aina noudateta tai yhteistyö eri tahojen välillä ei toimi. Eri tahojen väliseen yhteistyöhön voi vaikuttaa esimerkiksi asiakas- ja potilas-tietojärjestelmät, jotka eivät aina mahdollista sujuvaa tiedonkulkua tai sektorit ylittävän hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelman luomista ja käyttöä.

Palvelu- ja asiakasohjaus on monilla alueilla keskitettyä ja asiakasohjaajat tekevät palvelutarpeen arviointeja ja voivat tehdä myös muistitestejä. Muistiepäilyn herätessä asiakas- ja palveluohjauksen työntekijöille tuotti avovastausten perusteella haasteita

se, että sairauden edetessä muistisairaalle henkilölle kehittyy sairautentunnettomuus. Tästä huolimatta henkilön itsemääräämisoikeus on vahva ja henkilö voi kieltäytyä tarjotusta avusta, vaikka avuntarve olisi ilmeinen. Työntekijät ilmaisivat huolensa myös erityisesti yksin asuvien haavoittuvasta asemasta. Palvelu- ja asiakasohjauksessa arvioidaan myös, onko henkilöllä tarvetta esimerkiksi kotihoidon tai ympärivuorokautisen palveluasumisen palveluihin.

4.2 Diagnostiikka, hoidon aloitus ja jatkohoidon järjestäminen

Diagnoosivaihetta koskeva kysely lähetettiin muistipoliklinikoiden, geriatrian ja neurologian poliklinikoiden lääkäreille (n=32) ja hoitajille (n=39). Vastausten perusteella lääkäreiden erikoistumisala oli etupäässä geriatria tai neurologia. Hoitajat olivat muistihoitajia, –koordinaattoreita ja –neuvoja tai sairaanhoitajia.

Kyselyyn vastanneista muistipoliklinikoiden sekä geriatrian ja neurologian poliklinikoiden lääkäreistä sekä hoitajista suurin osa raportoi poliklinikan toimivan joko omana yksikkönään tai osana suurempaa kokonaisuutta kuten geriatriasta osaamiskeskusta. Muistitutkimuksiin tarvitaan usein lääkärin lähete, mutta tutkimuksiin on mahdollista päästä myös muistihoitajan tai sairaanhoitajan läheteellä tai ottamalla itse yhteyttä poliklinikkaan. Valtaosa lääkäreistä sekä hoitajista raportoi, että heidän poliklinikallaan on säännöllisesti käytössä toimintatapa, jonka mukaan edetään muistiongelmien tunnistamisesta diagnoosiin ja hoitoon.

Muistipoliklinikoilla sekä geriatrian ja neurologian poliklinikoilla työskentelee monen eri alan ammattilaisia. Kyselyyn vastanneiden ammattilaisten lisäksi poliklinikoilla työskentelee esimerkiksi sairaanhoitajia, fysio-, toiminta- ja puheterapeutteja, psykologeja/neuropsykologeja, erikoistuvia lääkäreitä, kuntoutusohjaajia, osastonsihteeireitä ja sosiaalityöntekijöitä. Diagnostiikan lisäksi muistipoliklinikoilla sekä geriatrian ja neurologian poliklinikoilla potilaille laaditaan hoito-, palvelu – ja/tai kuntoutussuunnitelma sekä annetaan monipuolisesti ohjausta ja neuvontaa. Yli puolet hoitajista raportoi, että suunnitelma laaditaan aina lääkärin ja muistihoitajan toimesta ja tarvittaessa yhdessä moniammatillisessa tiimissä. Suunnitelman laadintaan otetaan mukaan potilaat ja heidän läheisensä. Potilaiden omien toiveiden ja näkemysten kirjaaminen katsottiin tärkeäksi. Neuvontaa ja ohjausta annetaan esimerkiksi tarjolla olevista tukimuodoista, sosiaalietuisuuksista, edunvalvontavaltuutuksesta, hoitotahdosta, kotiin saatavista palveluista ja terveyden edistämisestä. Potilaan ei aina tarvitse saapua poliklinikan vastaanotolle. Osa poliklinikoista tekee tarvittaessa kotikäyntejä. Myös etäkäyntejä tehdään teknologiaa hyödyntäen, yleensä läheisen avustamana.

Varhaisen tunnistamisen haasteiksi poliklinikoiden näkökulmasta nousivat potilaiden sairautentunnettomuus ja tiedonpuute muistisairaudesta, jolloin tutkimuksiin ei hakeuduta riittävän ajoissa. Hoitajista useat raportoivat tapaavansa viikoittain vastaanotolla henkilöitä, joiden olisi ollut tarpeellista hakeutua tutkimuksiin aiemmin.

Myös terveysasemien heikko resurssitilanne vaikeuttaa alkuselvittelyihin pääsyä, jolloin jatkotutkimuksiin ei lähetetä tarpeeksi varhaisessa vaiheessa. Toisaalta myös heikot resurssit poliklinikoilla mainittiin haittaavaksi tekijäksi, jolloin aikaa muistitutkimuksiin voi joutua odottamaan kauan. Lisäksi yksin asuvat henkilöt ja henkilöt, joilla on vähäiset sosiaaliset kontaktit, nostettiin esiin erityisinä ryhminä, jotka hakeutuvat tutkimuksiin liian myöhään. Poliklinikoiden ja lähettävien tahojen välistä yhteistyötä haastavat henkilöstön vaihtuvuus, puutteelliset lähetteet ja se, ettei sovittuja käytäntöjä noudateta.

Ammattilaisten välistä yhteistyötä vaikeuttavat tiedonkulun haasteet, toimintakulttuurin erot, epäselvät roolit ja riittämättömät tiedot muiden yhteistyötahojen toiminnasta. Yhteistyötä kehitettäisiin luomalla verkostoja, tiivistämällä eri tahojen välistä yhteistyötä sekä säännöllisillä koulutuksilla koskien sovittuja toimintakäytäntöjä. Jatkok seurannan varmistamiseksi tärkeäksi nähtiin muistisairaalle henkilölle selkeän vastuutahon nimeäminen, muistikoordinaattorin seurantaan siirtäminen ja saattaen vaihtaminen. Terveysasemille toivottiin kutsujärjestelmää tai muuta vastaavaa jonoon asettamisen tapaa, jotta jatkok seurannan toteutuminen ei jäisi muistisairaahan henkilön vastuulle. Jos muistitutkimukset oli tehty erikoissairaanhoidossa, toivottiin selkeää polkua perusterveydenhuoltoon jatkohoitoa varten. Osaamisen vahvistaminen peruspalveluissa koettiin tärkeäksi. Kansallisen muistipalvelupolkumallin katsottiin voivan auttaa yhtenäistämällä käytäntöjä hyvinvointialueiden sisällä, mutta myös kansallisella tasolla sekä luomalla strukturoituja toimintatapoja, ohjeita ja suosituksia. Kansalliselta mallilta toivottiin myös suosituksia resurssointiin.

4.3 Muistisairausdiagnoosin saaneiden henkilöiden palveluiden järjestäminen, jatkohoito ja seuranta

Muistisairausdiagnoosin saaneiden henkilöiden jatkohoitoa koskevat kyselyt lähetettiin hankkeessa syksyllä 2023, jolloin hyvinvointialueet olivat aloittaneet toimintansa. Tässä osiossa hyvinvointialue-käsite kattaa myös Helsingin. Osiossa käsitellään neuvonnasta ja asiakasohjauksesta sekä terveyskeskusten lääkäreiltä ja hoitajilta saatuja vastauksia koskien muistisairausdiagnoosin saaneen henkilön jatkohoitoa, palvelujen järjestämistä tai seuranta.

Palvelujen järjestäminen neuvonnassa ja asiakasohjauksessa muistisairausdiagnoosin saaneelle henkilölle

Neuvonta ja asiakasohjauksyköt olivat pääasiassa keskitettyjä hyvinvointialueilla. Osassa alueita sekä neuvonta että asiakasohjaus oli keskitetty samaan yksikköön, osassa ainoastaan asiakasohjaus oli keskitetty. Noin puolet neuvonnan ja asiakasohjauksen kyselyyn vastanneista (n=109) ilmoitti, että yksikön toiminta kattoi koko hyvinvointialueen, osalla alueista toiminta kattoi useamman kuin yhden kunnan, muttei

koko aluetta. 41 prosenttia vastasi, että palvelu on kohdistettu ainoastaan ikääntyneille 65 vuotta täyttäneille asiakkaille. Suurin osa vastaajista kertoi, että heidän asiakkaiden on myös alle 65 vuotta täyttäneitä henkilöitä, muun muassa vammaisuuden ja pitkäaikaissairauksien perusteella.

Neuvonnan ja asiakasohjauksen vastaajien mukaan muistisairaahan henkilön palvelutarpeen arvioinnin teki kuka tahansa neuvonnan tai asiakas- ja palveluohjauksen työntekijä (67 %), mutta arvioinnin saattoi tehdä myös muistisairauksien hoitoon koulutuksen saanut työntekijä, esimerkiksi muistineuvoja tai -koordinaattori sekä mahdollisesti tilanteen mukaan jokin muu ammattihenkilö, kuten sosiaaliohjaaja. Kolme neljästä vastaajasta teki itse palvelutarpeen arviointia. 69 prosenttia vastaajista kertoi, että myös työikäisen muistisairaahan henkilön palvelutarpeen arviointi tehdään heidän toimintayksikössään. Tässä osiossa ei käsitellä työikäisenä muistisairausdiagnoosin saaneiden henkilöiden tilannetta.

Asiakasohjauksen vastausten perusteella toimintayksiköissä oli yleensä sovittu toimintakäytäntö muistisairausdiagnoosin saaneen asiakkaan palvelujen järjestämiseksi ja koordinaation toteuttamiseksi eri tahojen kesken. Useimmiten käytäntö oli sovittu toimintayksikön sisällä (62 %) sekä kotihoidon työntekijöiden, poliklinikoiden tai terveyskeskuksen muistihoitajien kanssa.

Vastaajilta tiedusteltiin asiakkaaseen liittyvistä tekijöistä, jotka vaikeuttavat muistisairausdiagnoosin saaneen henkilön palvelujen järjestämistä ja asioiden hoitamista. Erittäin paljon tai paljon -vastausvaihtoehtoja tarkasteltaessa 93 prosenttia oli valinnut vaihtoehdoksi henkilön sairautentunnotuuden, 91 prosenttia vastasi henkilön kieltäytyvän tarjotuista palveluista ja 84 prosenttia sanoi henkilön muistisairauteen liittyvien käyttäytymisen muutosten vaikuttavan palvelujen järjestämiseen ja asioiden hoitamiseen erittäin paljon tai paljon. Se, ettei läheisten kanssa ollut keskustelumahdollisuutta, vaikutti palvelujen hoidon järjestämiseen erittäin paljon tai paljon 54 prosentille vastaajista. Avovastauksissa nousi esiin, että läheiset eivät aina ymmärtäneet muistisairaudesta kulkua ja saattoivat puuttua asioiden hoitoon. Ongelmalliseksi palvelujen järjestämisessä koettiin myös hyvinvointialueen tiukat palvelujen myöntämisperusteet sekä se, ettei asiakkaalla ollut varaa maksaa kaikista palveluista.

Rakenteisiin ja prosesseihin liittyvinä keskeisimpinä tekijöinä, jotka vaikeuttavat muistisairausdiagnoosin saaneen henkilön palvelujen järjestämistä ja asioiden hoitamista vastattiin, että muistisairaudesta oireiden eteneminen, arjessa selviytymisen vaikeutuminen tai lääkkeiden sivuvaikutukset eivät tule välttämättä ilmi arviointikäynnin aikana. Myös asiakassuhteiden vaihtuvuuden koettiin vaikuttavan asiaan. 54 prosenttia vastaajista valitsi vaihtoehdon, etteivät asiakas- tai potilastietojärjestelmät mahdollista sektorit ylittävän hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelman luomista ja käyttöä. 45 prosenttia vastasi tietosuojan estävän tarvittavien tietojen siirtymisen ja yli 40 prosenttia vastasi, että yhteisten toimintatapojen puuttuminen terveyskeskuksen lääkäreiden ja hoitajien kanssa vaikutti palvelujen järjestämiseen erittäin paljon tai paljon.

Avovastauksissa haasteellisina rakenteellisina tekijöinä esiin nousivat muun muassa, etteivät terveydenhuolto ja sosiaalihuolto kommunikoivat alueella riittävästi keskenään, yhteistyö mielenterveys- ja päihdetyöntekijöiden kanssa on puutteellista sekä se, että jatkuvat muutokset aiheuttavat epäselvyyttä sekä omassa yksikössä että niiden tahojen kanssa, joihin pitäisi olla yhteydessä.

Kyselyssä tiedusteltiin, mitä erityistä yksin asuvan ikääntyvän muistisairaana henkilön tilanteessa pitäisi ottaa huomioon. Avovastauksissa nousi esille runsaasti huolta tämän ryhmän kohdalla. Vastajaat korostivat, että asiakkaan kokonaisvaltainen tilanne pitäisi ottaa aina huomioon ja seurata, vaikka asiakas kieltäytyisi tarjotuista palveluista. He olivat myös sitä mieltä, että etäyhteyden välityksellä annetut tiedot eivät välttämättä aina pidä paikkaansa, kuten lääkeshoidon toteutuminen. Avovastauksissa nähtiin tärkeänä, että kotikäynti olisi riittävän pitkä, jotta asiakkaan oireet, todelliset palvelutarpeet ja turvallisuusasiat voitaisiin tunnistaa. Tärkeäksi nähtiin myös sairauden etenemisen ennakointi, esimerkiksi edunvalvonnan järjestäminen. Myös omaishoitajien jaksaminen ja yhteistyö heidän kanssaan nousi vastauksissa esiin.

Mikäli neuvonnan tai asiakasohjauksen työntekijällä nousee tarve selvittää asiakkaan tilannetta, hän ottaa useimmiten yhteyttä työkaveriinsa tai esihenkilöönsä tai mahdollisesti omaishoitajaan tai läheiseen. Yhteydenotto terveyskeskuksen tai muistipoliklinikan muistihoitajaan on myös mahdollinen. Joillain alueilla asiakasohjauksessa on muistihoitaja tai -koordinaattori, johon voi olla yhteydessä. Muistisairausdiagnoosin saaneen henkilön palvelutarvetta arvioitaessa ja palveluja järjestäessä koettiin tarvittavan konsultaatiotukea muistihoitajalta tai -koordinaattorilta (57 % vastaajista). Myös moniammatillisen työryhmän konsultaatiotuki (47 %) ja tieto palvelujen tuottajista ja heidän tarjoamistaan palveluista oli toiveissa (41 %).

Jatkohoidon ja seurannan toteuttaminen terveyskeskuksessa

Hankkeessa toteutetut terveyskeskuksiin lähetetyt kyselyt kohdistettiin keskuskuntiin, joten vastaukset eivät edusta kaikkia terveyskeskuksia tai työntekijäryhmiä.

Terveyskeskuslääkäreille suunnatussa kyselyssä lääkärit (n=30) arvioivat, kuinka usein he hoitavat vastaanotollaan muistisairausdiagnoosin saaneen henkilön jatkohoittoa ja suurimmalle osalle tällaisia potilaita on viikoittain. Satunnaisesti vastaanotoilla hoidetaan työikäisen muistisairaana henkilön jatkohoittoa. Alueilla on erilaisia käytäntöjä siitä, mikä taho vastaa muistisairausdiagnoosin saaneiden henkilöiden jatkohoitosta. Kyselyyn vastanneiden lääkäreiden mukaan vastuu muistisairausdiagnoosin saaneen henkilön jatkohoidon seurannasta siirtyy yleisimmin terveyskeskuslääkärille, kun muistisairaudesta diagnoosi ja jatkohoitosuunnitelma on tehty ja lääkitys saatu kohdalleen seurannan (esim. 4–6 kk) jälkeen.

Sairaana- ja terveydenhoitajille suunnatussa kyselyssä (n=41) suurin osa vastasi, ettei heidän vastuullaan ole muistisairausdiagnoosin saaneiden henkilöiden jatkohoittoa lainkaan tai ei juuri koskaan. Hoitajien vastauksista kävi ilmi, että noin puolessa terveyskeskuksista työskentelee muistihoitaja tai -koordinaattori, joka vastaa heidän

hoidostaan. Suurin osa näin vastanneista arvioi myös muistihoitajalle tai -koordinaattorille annetun ajan riittäväksi muistisairausdiagnoosin saaneiden potilaiden hoitamiseksi.

Tieto diagnoosista tuli terveyskeskukseen hoitajien vastausten perusteella useimmiten muistipoliklinikan, geriatrian tai neurologian poliklinikan sähköisellä läheteellä, mutta myös läheinen saattoi ottaa yhteyttä asian tiimoilta. Harvoin tieto tuli asiakasohjauksesta tai asiakas itse otti yhteyttä. Vastaajista 46 prosenttia arvioi, että jotkut muistisairausdiagnoosin saaneet henkilöt jäävät palveluiden ulkopuolelle. Tällaisia asiakkaita voivat olla esimerkiksi he, joille yhteydenotto on vaikeaa, joilla ei ole omaisia tai kotihoidon palveluita. Ulkopuolelle jäävät voivat myös olla muualla, esimerkiksi neurologian poliklinikalla diagnoosin saaneita henkilöitä. Vastaanottoaikojen niukkuus ja pitkät odotusajat poliklinikalle voi aiheuttaa myös palvelupolun katkeamisen. Myös työikäiset voivat jäädä palvelujen ulkopuolelle.

Kysyttäessä, oliko toimipaikassa käytössä muistisairaiden henkilöiden jatkohoidossa työparimalli, jossa lääkärin parina työskentelee hoitaja, vajaa puolet lääkäreistä vastasi, että käytössä on työparimalli. Lääkäreistä lähes kaikki ja sairaan- ja terveydenhoitajista reilusti yli puolet oli sitä mieltä, että työparimalli olisi tarpeellinen, mikäli se ei vielä ollut käytössä. Yleensä lääkärin työparina oli muistihoitaja tai -koordinaattori, mutta parina saattoi myös olla sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja.

Lääkäreiltä kysyttiin myös, onko terveyskeskuksessa muistisairaiden henkilöiden jatkohoidon tukena moniammatillinen työryhmä. Noin neljännes lääkäreistä vastasi, että tällainen tiimi oli käytössä ja puolet oli sitä mieltä, että sellainen olisi tarpeellinen. Sairaan- ja terveydenhoitajista vajaa neljännes sanoi moniammatillisen tiimin olevan käytössä. Valtaosa hoitajista oli sitä mieltä, että se olisi tarpeellinen, jos sellaista ei vielä ollut käytössä. Lääkäreillä ja hoitajilla oli apunaan konsultaatiomalli terveyskeskuksen sisällä eri ammattiryhmien kesken. Lisäksi lääkärit konsultoivat useimmiten terveyskeskuksen ulkopuolella poliklinikalla työskentelevien geriatrian lääkäreiden kanssa. Hoitajien vastausten mukaan heillä oli useimmiten yhteys muisti-, tai geriatrian poliklinikalle tai neuvonnan ja asiakasohjauksen työntekijöiden suuntaan.

Alle puolet lääkäreistä vastasi, että heillä on käytössä muistipoliklinikalla, geriatrian tai neurologian poliklinikalla muistisairaalle henkilölle tehty hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmaa. Tämän kysymyksen osalta sairaan- ja terveydenhoitajista vastaukset jakautuivat tasaisesti kyllä-vastausten ja en tiedä-vastausten kesken.

Kyselyssä tiedusteltiin myös, miten paljon eri tekijät vaikuttavat muistisairauden etenemisen seurantaan ja jatkohoidon toteuttamiseen. Lääkäreiden näkemysten mukaan potilaaseen liittyvistä tekijöistä erittäin paljon tai paljon seurantaan vaikeutti potilaan sairautentunnettomuus. Hoitajien vastauksissa vastaavasti muiden sairauksien oireet, potilaan sairautentunnettomuus sekä asiakkaan käytöksen muutokset vaikeuttivat seurantaan erittäin paljon tai paljon. Vähemmän haasteellisena seurantaan koettiin molemmissa ryhmissä vaikuttavan se, ettei potilas saavu vastaanotolle, hän kieltäytyy tarjotusta palvelusta tai ettei omaisesta ei ole tietoa.

Keskeiset prosesseista johtuvat haasteet seurannan ja jatkohoidon toteuttamisessa olivat sekä lääkäreiden että hoitajien mukaan lyhyet vastaanottoajat, jolloin muistisairausten oireiden tai arjessa selviytymisen vaikeutuminen tai lääkkeiden sivuvaikutukset eivät tule välttämättä ilmi vastaanoton aikana tai ei ehditä paneutua tilanteessa tapahtuneisiin muutoksiin riittävästi. Myös potilassuhteiden vaihtuvuus vaikeutti seurantaan, sillä hoitosuhde ei ehdi muodostua.

Yli puolet lääkäreistä oli sitä mieltä, etteivät etävastaanotot olleet tarpeellisia eivätkä käytössä muistisairausdiagnoosin saaneen henkilön kohdalla. Sairaalan- ja terveydenhoitajista puolestaan suuri osa koki, että etävastaanotot tai niiden lisääminen voisi olla mahdollista muistisairaalan henkilön hoidossa.

Kyselyssä tiedusteltiin myös, nimetäänkö muistisairausdiagnoosin saaneelle työntekijä, joka vastaa sairauden etenemisen seurannasta. Sekä lääkärit että sairaalan- ja terveydenhoitajat kokivat tällaisen työntekijän tarpeellisenä. Kuitenkin vain alle puolet molemmissa vastaajaryhmissä vastasi, että heidän toimintayksikössään oli nimetty työntekijä, joka saattoi olla muistihoitaja tai omahoitaja.

Lääkärit ilmaisivat avovastauksissa tärkeäksi, että potilaalla on omainen tai joku henkilö, joka huolehtii potilaan kontrolloista ja huomioi mahdolliset voimien muutokset. Ilman tätä henkilöä tilanteen ja sairauden etenemisen seuranta on haastavaa. Säännölliset seurantakontaktit koettiin tärkeinä. Haasteellista oli myös, jos potilas ei halunnut ottaa vastaan tarjottuja palveluja, jolloin saatetaan joutua tasapainotelemaan toistuvien huoli-ilmoitusten ja arviointikäyntien ja "turhien" päivystyskäyntien kehässä.

Sairaalan- ja terveydenhoitajien vastaukset olivat samankaltaisia lääkäreiden vastausten kanssa. Jos seurantaan oli nimetty henkilö, hän on useimmiten muistihoitaja tai sairaalan- tai terveydenhoitaja. Avovastauksissa nousi esiin huoli sellaisten muistisairausdiagnoosin saaneiden potilaiden seurannasta, joiden on vaikea ottaa yhteyttä seurannan toteutumiseksi, joilla ei ole omaisia, sekä ne, joilla ei ole kotihoidon palveluja. Myös monisairaajat ja sellaiset henkilöt, joiden omaishoitajalla itsellään on haasteita terveyden tai toimintakyvyn kanssa aiheuttivat huolta vastaajille.

4.4 Muistioireiden tunnistaminen ja jatkohoidon toteuttaminen kotihoidossa

Kotihoidon työntekijöille (n=160) kohdistetussa kyselyssä selvitettiin muistipolun kaikkia vaiheita: muistioireiden varhaista tunnistamista kotihoidossa, perusselvitysten tekemistä, jatkotutkimuksiin ohjaamisen toimintakäytäntöjä sekä seurannan toteuttamista kotihoidossa.

Kyselyn perusteella kotihoidossa varhaisen tunnistamisen suurin haaste on lyhyt käyntiaika, alkavat muistioireet eivät tule välttämättä ilmi käynnin aikana. Vastaajista 66 prosenttia koki, että tämä oli erittäin suuri tai suuri haaste. Vastaavasti asiakassuhteiden vaihtuvuus, hoitosuhde ei ehdi muodostua oli 51 prosentille erittäin suuri tai

suuri haaste ja 51 prosenttia vastasi, että muiden sairauksien oireet vaikeuttivat tunnistamista. Lisäksi muistisairauden ensioireiden moninaisuus (43 %) ja kielelliset haasteet (41 %) ovat erittäin suuria tai suuria varhaisen tunnistamisen haasteita. Kyselyyn vastanneet mainitsivat useimmiten epäilevänsä asiakkaan muistioireetta, mikäli asiakas toistaa samoja asioita useaan kertaan tai lääkkeiden ottamisessa on haasteita.

Pääosin kotihoidossa on säännöllisessä käytössä sovitut toimintatavat, joiden mukaan edetään, kun asiakkaalla epäillään muistiongelmia (68 %) tai jos asiakas on saanut muistisairausdiagnoosin. Usein kotihoito tekee asiakkaalle muistitestin ilman RAI-arviointia ja ottaa tarvittaessa yhteyttä lääkäriin tai muistihoitajaan jatkotoimenpiteitä varten (51 %). Osassa alueista tehdään RAI-arviointi ja hyödynnetään siitä saatavan kognitiivisen mittarin (CPS) tuloksia. Vastaajista 44 prosenttia raportoi, että kotihoidossa tietyt työntekijät on koulutettu tekemään CERAD-tehtäväsarja, 8 prosenttia vastasi, että lähes kaikki työntekijät on koulutettu.

Noin puolella vastaajista (51 %) on alueellaan käytössä moniammatillinen työryhmä muistisairaiden henkilöiden hoidon, palvelutarpeen arvioinnin ja palvelujen järjestämisen tukena. Vastaajista 43 prosenttia kertoi, ettei käytössä ole moniammatillista työryhmää muistisairaiden henkilöiden hoidon, palvelutarpeen arvioinnin ja palvelujen järjestämisen tukena, mutta sellainen olisi tarpeellinen.

Lähes puolet vastaajista sanoi, että heillä on käytössään etävastaanotto muistisairaahan henkilön hoidon toteuttamiseksi ja osa heistä arvioi, että etävastaanotto toimintaa voisi lisätä. Etävastaanottoa haittaavia tekijöitä ovat muun muassa se, että muistisairas henkilö ei osaa käyttää teknisiä laitteita, hän ei välttämättä ymmärrä mistä etävastaanotossa on kyse tai hän antaa itsestään paremman kuvan, mitä se todellisuudessa on, esimerkiksi ilmoittaa ottaneensa lääkkeitä, mutta todellisuudessa niitä ei ole otettu. Etävastaanoton raportointiin lisäksi soveltuvan huonosti asiakkaan kokonaistilanteen arviointiin. Tämän vuoksi etävastaanoton arvioidaan soveltuvan parhaiten hyväkuntoisille asiakkaille.

Kysyttäessä kuinka paljon seuraavat asiakkaaseen liittyvät tekijät vaikeuttavat erittäin paljon tai paljon muistisairauden etenemisen seuranta ja jatkohoidon toteutumista kotihoidossa: asiakkaan sairautentunnottomuus (85 %), asiakkaan kieltäytyminen tarjotuista palveluista (83 %), käyttäytymisen muutokset (79 %) ja asiakkaan muiden sairauksien oireet (70 %).

Pyydettyäessä nimeämään seikkoja, joita yksin asuvan ikääntyneen muistisairaahan kohdalla erityisesti pitäisi ottaa huomioon, nousi esiin etenkin turvallisuus ja huoli siitä kuka hoitaa ja huolehtii muistisairaahan henkilön asioista. Lisäksi käyntiaikojen tulisi olla riittäviä. Myös sosiaaliset kontaktit ja mahdollisuus esimerkiksi ulkoiluun nähtiin tärkeiksi. Yhteistyötä sosiaalitoimen kanssa toivottiin enemmän esimerkiksi asiakkaan raha-asioiden hoitamisessa.

Kotihoidon muistisairaahan asiakkaan luona saattaa käydä myös muita palveluja tarjoavia työntekijöitä, kuten siivooja, ateriapalvelun ja/tai turva-auttamispalvelun työntekijä, jotka havaitsevat muutoksia tai tarpeita asiakkaan kotona pärjäämisessä liittyen

muistisairauden etenemiseen. Monissa avovastauksissa käy ilmi, ettei tietoa muutok-
sista saada kotihoitoon. Osa palvelutarjoajista saattaa soittaa kotihoiton sairaanhoita-
jalle tilanteesta, kirjata huolen viestivihkoon tai tieto saattaa tulla huoli-ilmoitusten
kautta. Riittävä neuvonta yhteydenottoihin koettiin tarpeellisenä.

Kotihoidossa ei pääsääntöisesti ole muistisairauksien hoitoon perehtynyttä vastuu-
henkilöä, joka tukee ja ohjaa muita työntekijöitä, mutta yli puolet (58 %) vastaajista
koki sen tarpeelliseksi. Useimmiten kotihoiton työntekijät ovat yhteydessä kotihoi-
dossa työskentelevään sairaanhoitajaan (71 %) tai lääkäriin (49 %). Yli puolet (65 %)
vastaajista kaipasi varhaisen tunnistamisen ja jatkohoidon toteuttamisen tueksi lisä- ja
täydennyskoulutusta muistisairauksista ja lähes puolet selkeämpiä ohjeita ja toimin-
takäytäntöjä (49 %). Reilu kolmannes (38 %) raportoi lisäksi tarvitsevansa lisäkoulu-
tusta muistisairaahan henkilön ja hänen läheisensä kohtaamisesta ja konsultaatiotukea
muistihoidajalta (38 %) varhaisen tunnistamisen ja hoitoon pääsyn tueksi.

4.5 Elintapaohjaus ja FINGER-toimintamalli

Elintapaohjaukseen ja FINGER-toimintamalliin liittyvät kysymykset kysyttiin kai-
kissa kyselyissä eri ammattiryhmiltä ja toimijoilta lähes samalla tavalla. Kyselyihin
vastanneet raportoivat, että tarvittaessa asiakkaille kerrotaan mitkä elintavat kasvatta-
vat muistisairausriskiä. Riskiryhmään kuuluvilla on tarvittaessa mahdollista päästä
elintapaohjaukseen. Elintapaohjaus toteutuu pääosin terveyskeskuksen palvelujen pii-
rissä, mutta myös muistipoliklinikalla on mahdollista päästä yksilölliseen elintapaoh-
jaukseen (kuvio 1).

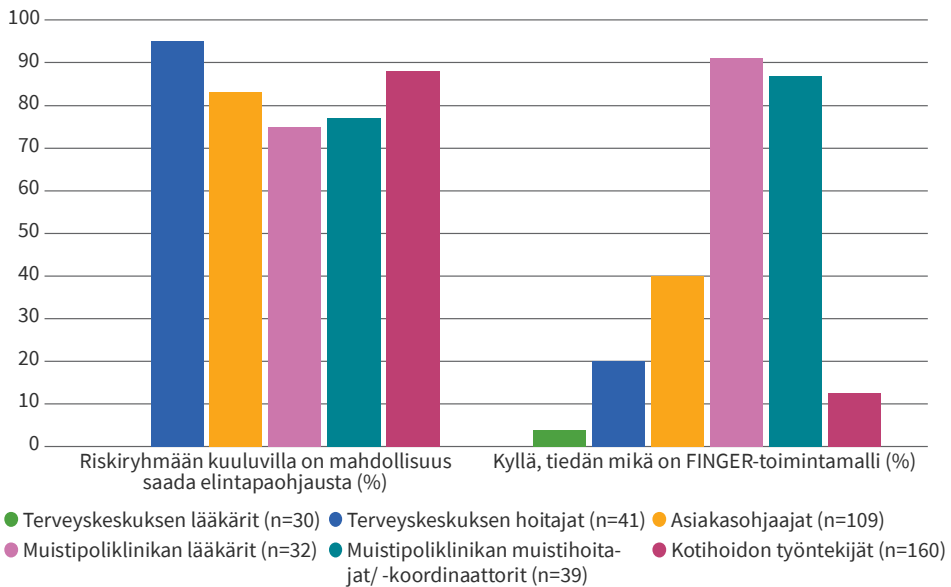
Asiakasohjaajilta ja terveyskeskuksen lääkäreiltä ja hoitajilta kysyttiin hankkeen
alussa ja lopussa FINGER –toimintamallin tuntemisesta. Vastausten perusteella näytti
siltä, että FINGER –toimintamalli oli vielä tuntematon monille työntekijöille: asia-
kasohjaajat (vuonna 2022 67 %, vuonna 2023 61 %), terveyskeskuslääkärit (vuonna
2022 86 %, vuonna 2023 97 %) ja hoitajien (vuonna 2022 92 % ja vuonna 2023 76
%). Kotihoiton työntekijöistä 87 prosenttia ei tuntenut FINGER-toimintamallia. Toi-
mintamallista toivottiin lisätietoa, muun muassa materiaalien, koulutusten ja verkko-
sivujen muodossa sekä tietoa FINGER-tutkimustuloksista.

FINGER-toimintamalli tunnettiin paremmin muistipoliklinikoilla, geriatrian ja
neurologian poliklinikoilla, joissa lääkäreistä 91 prosenttia ja hoitajista 86 prosenttia
vastasi tuntevansa sen.

Osa alueista tekee yhteistyötä alueellisten Muistiyhdistysten ja Muistiluotsikes-
kusten kanssa. Avointen vastausten mukaan haasteena on, että elintapaohjaukseen an-
netut henkilöstöresurssit ovat liian pienet, elintapaohjaus olisi pitänyt aloittaa jo ai-
kaisemmin perusterveydenhuollossa ja siksi terveyskeskuksiin tulisi erityisesti lisätä
tietoa ja koulutusta FINGER-toimintamallista ja aivoterveystesta.

Muistiyhdistyksissä FINGER –toimintamalli oli tunnettua. Sitä hyödynnetään ai-
voterveyteen liittyvissä teemoissa, kuten kognitiivisessa harjoittelussa ja

elintapaohjauksessa. Tietoa, materiaalia ja tutkimustuloksia jaetaan ryhmätoiminnassa, luennoilla ja muistikahviloissa.



Kuvio 1. Mahdollisuus saada tarvittaessa elintapaohjausta ja FINGER-toimintamallin tunnettavuus alueilla.

FINGER-toimintamallin tunteminen ja käyttö Vanhuspalvelujen tila -selvityksen perusteella

THL:n Vanhuspalvelujen tila -selvityksen niin sanottu kuntakysely toteutettiin vuonna 2022. Se kohdistettiin kuntien, kuntayhtymien ja yhteistoiminta-alueiden vanhuspalvelujen johtajille ja asiantuntijoille. Kyselyyn vastasi 151 henkilöä.

Kyselyssä tiedusteltiin vanhuspalveluihin liittyvistä toimintakäytännöistä ja palvelujen järjestämisestä. Vuonna 2022 kyselyyn lisättiin Kansallisen muistipalvelupolkumallin kehittämiseksi kolme kysymystä, joilla tiedusteltiin FINGER-toimintamallin käyttöä ja mallin tuntemista sekä siitä, oliko alueilla nimetty henkilö, jonka vastuulla on ennaltaehkäisevä työ ja aivoterveysten edistäminen.

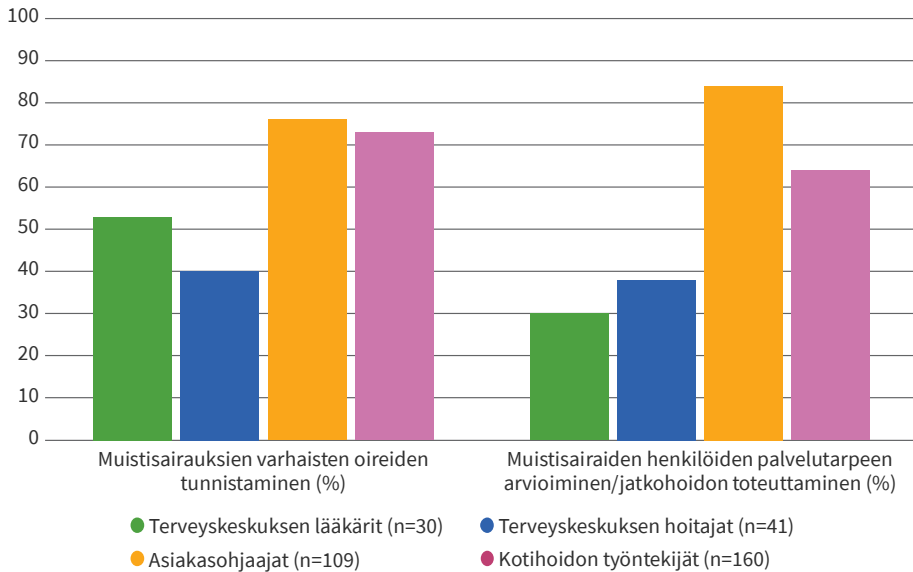
Ikäkkäiden palveluihin oli 46 prosentilla alueista nimetty henkilö, joka vastaa ennaltaehkäisevästä työstä ja aivoterveysten edistämisestä. Kuitenkin vain 15 prosenttia vastaajista ilmoitti, että heidän alueellaan oli käytössä FINGER-toimintamalli terveyden ja aivoterveysten edistämiseksi ikäkkäiden palveluissa. 52 prosenttia sanoi, ettei

malli ollut käytössä, mutta vastaaja oli tietoinen siitä. Kolmannes ei tuntenut FINGER-toimintamallia.

Avovastauksissa oli mahdollista kertoa, mikäli alueella oli käytössä jokin muu kuin FINGER-toimintamalli. Vastauksista kävi ilmi, että suunnitteilla saattoi olla alueen yhtenäinen muistiasiakkaan hoitopolku, joka sisälsi FINGER-toimintamallin elementtejä. Toimintamallin elementtejä oli myös saatettu käyttää soveltuvin osin terveyden edistämisen yhteydessä. Joillain alueilla julkisen palvelun ohessa elintapaohjausta ja aivoterveyttä edistettiin vapaaehtoisten vetämissä, lähinnä muistiyhdistysten järjestämissä ryhmissä. Vastauksista kävi myös ilmi, että kokeilussa saattoi olla hyvinvointilähete tai 65 vuotta täyttäneille suunnattuja hyvinvointi- ja terveystarkastuksia, joissa otetaan huomioon FINGER-toimintamalliin sisältyviä asioita.

4.6 Osaaminen muistipalvelupolulla

Terveyskeskusten lääkäreitä ja hoitajia, asiakas- ja palveluohjauksen ammattilaisia sekä kotihoidon työntekijöitä pyydettiin hankkeen kyselyissä arvioimaan omaa ja oman toimintayksikkönsä työntekijöiden osaamista muistisairauksien varhaisessa tunnistamisessa ja jatkohoidossa tai palvelutarpeen arvioinnissa asteikolla hyvä - kohtalainen - heikko. Valtaosa kyselyihin vastaajista arvioi, että oma osaaminen muistisairauksien varhaisessa tunnistamisessa ja palvelutarpeen arvioimisessa tai hoitamisessa on vähintään kohtalaisella tasolla. Hyvällä tasolla sen arvioi olevan vajaa puolet terveyskeskuksen työntekijöistä (kuvio 2). Oman toimintayksikön kollegoiden osaaminen arvioidaan olevan suurin piirtein samalla tasolla kuin oma osaaminen. Avointen vastausten mukaan lisäkoulutukselle, erilaisille selkeille toimintamalleille ja ohjeille olisi tarvetta. Lisäksi toivottiin FINGER-toimintamallista posteria.



Kuvio 2. Oma osaaminen arvioitu olevan hyvällä tasolla palvelupolun eri vaiheissa.

4.7 Muistiliiton yhdistysten ja järjestöjen näkemyksiä

Yhdistysten rooli nähtiin kansallisen hankkeen aikana tärkeäksi muistisairaana henkilön ja heidän läheistensä tukemisessa ja ohjaamisessa. Yhdistysten edustajat ovat kokeneita muistiasiantuntijoita ja vapaaehtoistoimijoita. Heillä monilla on vahva oma-kohtainen kokemus muistisairaana henkilön kanssa eletystä elämästä, tarjolla olevista palveluista, tukimuodoista ja siitä, miten tulevaisuuteen kannattaa varautua ennakoon.

Hankkeessa muistiyhdistyksille lähetetyn kyselyn avovastauksiin vastasi 20 toimijaa eri puolilta Suomea, mikä vastasi noin puolta Suomen muistiyhdistyksistä. Vastauksista kävi ilmi, että yhdistysten tarjoamat palvelut voivat toimia monipuolisena lisänä julkisen sektorin tarjoamille palveluille.

Vastaajat kokivat, että kolmannella sektorilla on myös mahdollisuus kehittää toimintamuotoja, joiden järjestäminen julkisella puolella olisi hidasta tai jopa mahdotonta. Haasteena esiin nousi hankemuotoinen rahoitus, joka ei takaa välttämättä toiminnan jatkuvuutta. Vastausten perusteella yhteistyötä terveyskeskusten toimijoiden kanssa voisi lisätä. Poliklinikoiden kanssa yhteistyötä on esimerkiksi ensitieto-päiviä järjestettäessä. Yhdistysten toiminnasta tiedottamisessa on myös kehittämisen varaa.

Kyselyyn vastanneiden yhdistys/järjestötoimijoiden mukaan muistipoliklinikoilla järjestötoiminnan tarjonta ja mahdollisuudet tukea muistisairausdiagnoosin saanutta henkilöä ja tämän läheisiä tunnettiin alueilla hyvin. Poliklinikoilta ohjattiin asiakkaita

yhdistysten/järjestöjen toimintaan ja yhteistyötä tehdään esimerkiksi ensitieto-päivien yhteydessä. Vastausten perusteella asiakas- ja palveluohjaajat sekä neurologian poliklinikan työntekijät tunsivat järjestötoiminnan mahdollisuudet tukea muistisairaita henkilöitä ja heidän läheisiään kohtalaisesti. Heikommin järjestöjen tarjonta tunnettiin tai sitä hyödynnettiin terveyskeskuslääkäreiden ja hoitajien sekä kotihoidon työntekijöiden keskuudessa.

Muistiyhdistyksille kohdistetun kyselyn perusteella esiin nousseita kehittämisideoita:

- Tietoa yhdistys- ja järjestötoiminnan mahdollisuuksista tulisi parantaa verkostoitumalla ja kehittämällä yhteistä tekemistä ja järjestämällä yhteistyöpalavereja, muun muassa terveyskeskuksen lääkäreiden ja hoitajien, geriatrien ja muistihoitajien sekä asiakas- ja palveluohjaajien kanssa.
- Tärkeää olisi liittää yhdistystoiminta osaksi kansallista muistipalvelupolkua. Kirjata malliin muistiyhdistyksen rooli muistisairaahan henkilön hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Esimerkiksi miten muistiyhdistys on mukana muistisairaahan henkilön palvelukokonaisuudessa: elintapaohjaus, psykososiaalinen tuki, vertaistuki, hyvinvointia tukeva toiminta, ensitietopaketit, leiritoiminta.
- Yhdistystoiminnan asiantuntijuuden hyödyntäminen polun eri vaiheissa.
- Tärkeää olisi jakaa tietoa yhdistys- ja järjestötoiminnasta suoraan iäkkäille ja heidän läheisilleen sekä myös yrityksille, jotka tuottavat terveys- ja iäkkäiden palveluja.
- Työikäisten kansallista muistipalvelupolkumallia tulisi myös kehittää yhdessä asiakkaiden kanssa.
- Jotta muistiin ja aivoterveysteen liittyviin asioihin saadaan tunnettavuutta, tärkeää olisi tehostaa markkinointia ja toteuttaa tietoiskuja eri medioissa, kuten televisiossa.

5 Työikäiset muistipalvelupolulla

Muistisairaudet eivät kosketa vain iäkkäitä ihmisiä. On arvioitu, että Suomessa on noin 7 000 alle 65-vuotiasta etenevää muistisairautta sairastavaa ihmistä. Työikäisillä etenevää muistisairautta ei aina osata epäillä, vaan muistiin liittyvät häiriöt saatetaan yhdistää työuupumukseen, masennukseen tai päihteiden käyttöön. Työikäisillä muisti ei välttämättä oireile ensimmäisenä, ja tämä saattaa hidastaa etenevän muistisairauden diagnosointia.

Muistisairauksien oireet ja hoito ovat pääosin kaikilla samankaltaisia riippumatta iästä. Muistisairaudet vaikuttavat kuitenkin työikäisen elämäntilanteeseen eri tavoin ja varhain alkavien muistisairauksien erityispiirteet ja henkilöiden elämäntilanne asettavat palvelupolulle toisenlaisia tuen ja palvelujen tarpeita. Työikäisenä muistisairautteen sairastuvan ihmisen elämässä tapahtuu usein suuria muutoksia, jotka eivät välttämättä kosketa ikääntyneempiä henkilöitä. Perheessä saattaa olla vielä pieniä lapsia tai nuoria aikuisia, joille vanhemman muistisairaus aiheuttaa huolta, pelkoa ja epätoivoisuutta. Muistisairauden ilmeneminen heijastuu myös arjen toimintaan ja parisuhteeseen. Lisäksi entiset työtehtävät eivät välttämättä enää onnistu ja tehtäviä joudutaan uudelleen järjestämään tai työt lopettamaan kokonaan. Myös ystävyysuhteet ja sosiaaliset verkostot voivat kaventua. (Muistiliitto 2023b.)

Kansallisen muistipalvelupolku -hankkeen aikana haluttiin myös tarkastella työikäisten muistisairaiden henkilöiden muistipalvelupolkuja, vaikka pääpaino kehittämistyössä olikin iäkkäiden palvelupolussa. Tietoa kerättiin webinaareista, muistipolku- ja palveluohjauksella, Muistiliiton järjestämästä työpajasta, asiakas- ja palveluohjaukseen kohdistetulla kyselyllä sekä keskustelemalla Muistiliiton edustajien kanssa.

Materiaalin perusteella työikäisten hoitopolulle pääsyt suurimpina haasteina näytti olevan, ettei työterveyshuollossa tai perusterveydenhuollossa muistihäiriötä osattu epäillä masennuksen, stressin tai moninaisten epämääraisten oireiden takia. Työterveyshuoltoon kuuluvien henkilöiden polulle pääsemisen katsottiin olevan toimivampi kuin työelämän ulkopuolella olevien tai ei-työterveyshuoltoon kuuluvien, joiden polku alkoi samaan tapaan kuin iäkkäiden henkilöiden palvelupolku: asiakas- ja palveluohjauksen tai terveyskeskuslääkärin tai (muisti)hoitajan kautta. Työikäisten muistisairauden diagnosointi ja hoidon aloitus tapahtuivat pääosin aina neurologian poliklinikalla. Neurologian poliklinikalla voidaan hoitaa myös iäkkäitä henkilöitä riippuen sairaudesta tai hyvinvointialueen käytännöistä. Työikäisten henkilöiden muistidiagnosoinnin tekeminen vaatii aikaa, monenlaisia tutkimuksia ja eri toimijoiden yhteistyötä. Usein tämä odottelu aiheutti henkilölle huolta tulevaisuudesta.

Työssä jatkaminen koettiin yhdeksi kriittiseksi kohdaksi. Työssä jatkamista ja työkykyä arvioidaan suhteessa työtehtäviin aina työnantajan ja työterveyshuollon kanssa. Myös arjessa selviytyminen, oman näköisen elämän ylläpitäminen ja pari- ja perhesuhteiden toimivuus nousivat haasteeksi. Katsottiin, että jo muistitutkimusten aikana olisi tärkeää, että henkilö ohjataan tuen piiriin eikä jätetä yksin. Tässä vaiheessa muistiyhdistyksen toiminta voisi tarjota hyödyllistä tukea ja apua.

Esille nousi myös työikäisten palveluverkoston hajanaisuus ja hoidon katkokset siirtymävaiheissa. Palveluita tuotettiin niin terveydenhuollon, sosiaalitoimen, vammaispalveluiden kuin yhdistysten toimesta, mutta selkeää koordinaatiovastausta kokonaisuudesta ei näyttänyt olevan kenelläkään. Tämä jäi usein muistisairaana henkilön tai hänen läheistensä tehtäväksi. Puutteita oli myös työikäisille muistisairaille henkilöille suunnatuista päivätoiminta-, lyhytaikaishoito- ja kuntoutuspaikoista, vertaistukiryhmistä ja neuvontapalveluista. Työikäisen muistisairaana henkilön omat näkemykset, toiveet ja mielipiteet eivät aina tule kuulluksi. Myöskään läheisten näkemyksiä tai kokemuksia ei aina osata ottaa huomioon.

Kansalliseen malliin kehittämisehdotukseksi esitettiin muun muassa:

Varhainen tunnistaminen ja palvelupolulle pääseminen

- muistihuolen puheeksi ottaminen – välineiden ja työikäisille soveltuvien muistitestien käyttö
- työhöntulotarkastusten lisäksi säännöllisiä ikä- tai määräaikaistarkastuksia, joihin muistin testaus kuuluu yhtenä osana
- muistintestaus onnettomuuksien jälkeen, ajokortin uusimisen ja aseenkantoluvan yhteydessä
- osaamisen vahvistaminen työterveyshuollossa, terveyskeskuksissa, asiakasohjauksessa

Palvelupolulla kulkeminen ja palvelukokonaisuuksien rakentaminen

- selkeämmän työikäiselle kohdistetun palveluverkon luominen, yhteistyön kehittäminen ja toimintatavoista sopiminen työterveyshuollon, neurologian poliklinikan, asiakas- ja palveluohjauksen, terveyskeskusten, sosiaalitoimen, vammaispalvelujen, yhdistysten ja järjestöjen kanssa
- vastuuhenkilön nimeäminen jo siinä vaiheessa, kun vasta epäillä muistisairautta. Ei jätetä yksin, vaan kuljetaan rinnalla
- resurssien varmistaminen, riittävästi muistiasioihin perehtyneitä/erikoistuneita hoitajia ja lääkäreitä, psykologeja
- muistiyhdistysten toiminnan vahvistaminen jo muistipolun alkupäästä lähtien: neuvonta, ohjeistus, materiaali, kurssit, vertaistukiryhmät jne.
- osaamisen vahvistaminen polun eri vaiheissa ja eri toimijoille

Muistisairaahan henkilön ja hänen läheistensä tai perheensä tukeminen

- muistisairaahan henkilön elämänlaadun ja omannäköisen arjen tukeminen: työkyvyn ylläpitäminen tai sovellettu työ, harrastukset, työikäisille suunnattu päivätoiminta ja lyhytaikais- ja kuntoutuspaikat sekä palveluohjaus, vertaistukiryhmät, teknologian hyödyntäminen omien kykyjen ja toiveiden mukaan, henkilökohtainen avustaja
- omaisten jaksamisen tukena 'case manager' tai vastaava ja työssäkäynnin jatkumisen ja perhe-elämän tukeminen
- perheiden tuen vahvistamista: arjen toiminnot, taloudelliset tukimuodot, jaksamisen tukeminen, harrastukset, kurssit

Aivoterveysten edistäminen

- konkreettisia esimerkkejä ja ohjeita, työikäisille suunnattua elintapaohjausta
- kansalaisille tietoisuuden lisääminen aivoterveysten edistämisestä ja muistisairauksista

6 Kansallinen muistipalvelupolkumalli

Kansallinen muistipalvelupolkumalli on muistisairauksien varhaisen tunnistamisen kansallinen malli. Malli on ihmisten tarpeista lähtevä palvelupolkukokonaisuus, jossa on tavoitteena muistioireiden ja -sairauksien varhainen tunnistaminen ja riskiryhmiin kuuluvien henkilöiden tavoittaminen sekä oikea-aikainen palvelupolulle pääseminen. Muistipalvelupolkumalli on kytketty kiinteästi aivoterveysten edistämiseen ja elintapaohjaukseen, erityisesti vahvaan tutkimusnäyttöön pohjautuvaan FINGER-toimintamalliin.

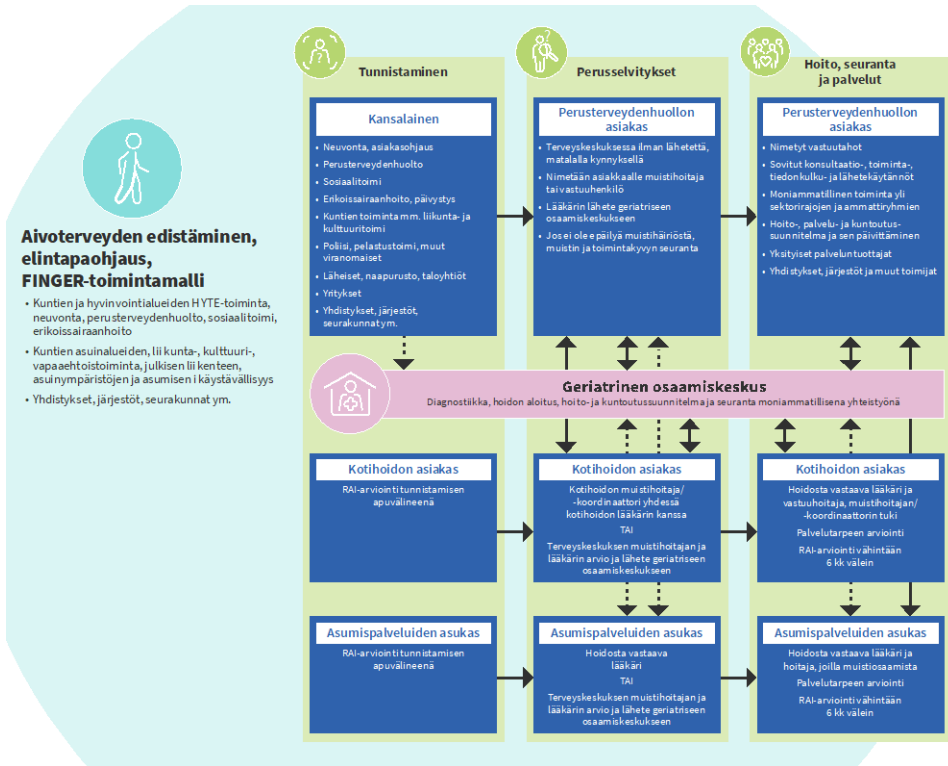
Kaikkien ihmisten yhdenvertaisuus, tasa-arvo ja syrjinnän kieltö ovat tärkeä osa Suomen perustuslakia ja kansainvälisiä ihmisoikeussopimuksia. Yhdenvertaisuudella tarkoitetaan sitä, että jokainen ihminen on samanarvoinen riippumatta hänen sukupuolestaan, iästään, etnisestä tai kansallisesta alkuperästään, kansalaisuudestaan, kielestään, uskonnostaan ja vakaumuksestaan, mielipiteistään, vammastaan, terveydentilastaan, seksuaalisesta suuntautumisestaan tai muusta henkilöön liittyvästä syystä. Edellä mainittujen tai niihin rinnastettavien ominaisuuksien perustella ei kenenkään pitäisi kohdata syrjintää. Kansallisessa muistipalvelupolkumallissa korostetaan kaikkien muistisairautta sairastavien henkilöiden ja heidän läheistensä oikeutta elää oman näköistä elämää, tehdä valintoja ja päättää omista asioistaan sekä saada palveluja tarpeisiinsa perustuen. (Perustuslaki 731/1999, Arajävi & Sakslin 2007, Törmä ym. 2014.)

Muistisairaahan henkilön ja hänen läheistensä arvot, toiveet ja mielipiteet ohjaavat hoidon ja palvelujen toteutumista. Palvelukokonaisuus perustuu yksilöllisesti laadittuihin palvelu-, hoito- ja kuntoutussuunnitelmiin, joita päivitetään vastaamaan henkilön toimintakykyä ja tarpeita. Tärkeää on huomioida yksinasuvien, ilman läheisten tukea olevien, henkilöiden erityistarpeet. Eri tahojen tehtävänä on tukea muistisairasta henkilöä ja hänen läheisiään hyvän arjen ja merkityksellisen elämän säilyttämisessä huomioiden fyysiset, psyykkiset ja psykososiaaliset tarpeet. Tämä edellyttää muistisairaahan henkilön ja hänen läheistensä aitoa kohtaamista ja kuulluksi tuleamista. Lisäksi tarvitaan asennemuutosta muistisairaiden ihmisten aseman parantamiseksi ja kielteisen mielikuvan vähentämiseksi.

Muistisairaus tuo edetessään muutoksia henkilön toimintakykyyn ja palvelutarpeeseen, päivittäiseen elämään ja elämänlaatuun sekä perheen arkeen ja läheisten jaksamiseen. Muistipalvelupolkumallissa keskitytään palvelujärjestelmän toimivuuteen ja sujuvuuteen ennen kaikkea muistisairaahan henkilön ja hänen läheistensä näkökulmasta. Muistisairas henkilö on oman elämänsä asiantuntija, toimija, jonka näkemykset ja arvomaailma ohjaavat toimintaa (Virkola 2014; Jyrkämä 2013). Palvelupolussa keskeistä on eri ammattiryhmien ja toimijoiden kiinteä yhteistyö polun jokaisessa vaiheessa, mukaan lukien hyvinvointialueiden ja kuntien välinen yhteistyö hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi sekä yhdistysten, järjestöjen ja yritysten tekemä työ muistisairaiden henkilöiden ja heidän läheisten parissa. Tärkeää on yhdessä sovitut

saumattomat palvelupolut ja hoitoketjut sekä joustava siirtyminen eri palvelujen ja toimijoiden välillä. Lisäksi tarvitaan laaja-alaista osaamista ja sen hyödyntämistä muistisairaana henkilön hyväksi. Jokaisen ammattiryhmän osaamista palvelupolulla on hyvä vahvistaa.

Kansallinen muistipalvelupolku-malli sisältää osiot aivoterveysten edistämiseen ja muistioireiden ennaltaehkäisyyn, muistisairaudesta tunnistamiseen ja diagnosointiin sekä muistisairaudesta hoitoon ja seurantaan liittyen (kuvio 3). Tässä luvussa esitellään mallin osiot.



Kuvio 3. Kansallinen muistipalvelupolku-malli.

Lue lisää

[Kohdaten - opas vuorovaikutukseen muistisairaana ihmisen kanssa](#)

[Kohtaaminen - Suomen Muistisiantuntijat ry](#)

6.1 Aivoterveysten edistäminen, muistioireiden ennaltaehkäisy ja toimintakyvyn ylläpitäminen

Muistihäiriöitä voidaan ehkäistä, niiden puhkeamista viivästyttää ja toimintakykyä ylläpitää vaikuttamalla elintapoihin liittyviin riskitekijöihin. Laajan väestötutkimusnäytön pohjalta voidaan sanoa, että ainakin seuraavat tekijät ovat tärkeitä aivoterveysten edistämiseksi:

- monipuolinen aivojen käyttäminen kaikissa ikävaiheissa
- monipuolinen liikunta
- aivojen suojaaminen vammoilta
- terveellinen ja monipuolinen ravinto
- sydän- ja verisuonitautien ennaltaehkäisy ja hyvä hoito (THL 2022.)

Myös maailman terveysjärjestö WHO:n suositukset aivoterveysten edistämiseksi ja muistisairauksien riskin pienentämiseksi korostavat sydän- ja aivoterveysten yhteyttä sekä kannustavat liikuntamahdollisuuksien lisäämiseen ja vahvistamiseen, tupakoinnin vähentämiseen ja terveellisen ravitsemuksen tukemiseen. Lisäksi toimenpiteissä tulisi huomioida sosiaalinen yhteenkuuluvuus ja osallisuuden tukeminen läpi koko elinkaaren. (Muistiliitto 2019.)

THL:n koordinoima FINGER-tutkimus on kansainvälisesti ensimmäinen muistihäiriöiden ehkäisyyn elintapainterventiolla pyrkivä laaja ja pitkäkestoinen tutkimus. FINGER-tutkimuksen tulokset ovat osoittaneet, että iäkkäiden henkilöiden muisti- ja ajattelutoimintoja ylläpitämällä voidaan edistää myös terveyttä, fyysistä toimintakykyä ja tukea elämänlaatua. Elintapaohjelma oli hyödyllinen myös henkilöillä, joilla oli geneettisesti suurempi riski sairastua muistisairauteen.

FINGER-tutkimuksen pohjalta on kehitetty terveydenhuoltoon muistisairauksien ennaltaehkäisyn toimintamalli. Mallin avulla voidaan tunnistaa henkilöitä, joilla on riski sairastua muisti- ja ajattelutoimintojen häiriöihin sekä suunnitella ennaltaehkäisevää elintapaohjausta riskihenkilöille.

Muistisairauksien ja muiden kroonisten kansansairauksien, kuten sydän- ja verisuonisairauksien tai diabeteksen elintapoihin liittyvät riskitekijät ovat osittain samoja. Muistisairauksien ennaltaehkäisy tulisikin yhdistää muuhun ennaltaehkäisevään toimintaan esimerkiksi perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja työterveyshuollon vastaanottopalveluissa (diabetes, verenpaine, tupakoinnin lopettaminen jne.)

Lue lisää

[FINGER-toimintamalli ikääntyvien muisti- ja ajattelutoimintojen tukemiseksi](#)

Hyvinvointialueiden ja kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

Hyvinvointialueella on vastuu hyvinvoinnin ja terveyden (HYTE) edistämisestä ja elintapaohjauksesta yhdessä alueensa kuntien kanssa. Hyvinvointialueella on vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhteensovittamisesta kokonaisuuksiksi. Sen on huolehdittava laaja-alaisia palveluja tarvitsevien asiakasryhmien ja asiakkaiden tunnistamisesta, sosiaali- ja terveydenhuollon palveluketjujen ja palvelukokonaisuuksien määrittämisestä sekä palvelujen yhteensovittamisesta hyvinvointialueen muiden palvelujen kanssa. Oleellista on sovittaa HYTE-toiminta sekä toimintakyvyn ylläpitäminen ja muistisairauksien ennaltaehkäisy alueen kuntien toimintaan ja palveluihin, kuten liikunta- ja kulttuuripalveluihin, julkiseen liikenteeseen, asuinalueiden ja asumisen ikäystävällisyyden kehittämiseen. (Valtioneuvosto 2022b.)

Lisäksi hyvinvointialueen tulee tehdä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä yhteistyötä hyvinvointialueen muiden julkisten toimijoiden (mm. poliisin, pelastuslaitoksen), yksityisten yritysten (mm. apteekkien) ja yleishyödyllisten yhteisöjen kanssa. Järjestöt ja yhdistykset toimivat matalalla kynnyksellä ja ovat lähellä ihmisten arkea. Järjestöjen ja yhdistysten vahvuus on paikallistuntemus ja ketterä toiminta. Suomessa muistisairauksien ehkäisemisessä ja aivoterveyden edistämisessä yhdistykset ja järjestöt ovat keskeisiä toimijoita.

Kuntien, järjestöjen, yhdistysten sekä yritysten toimintaa voidaan tukea koulutusten ja elintapaohjausta edistävien materiaalien kautta sekä viestinnän ja muun yhteistyön avulla. Koulutusten ja materiaalien tuottaminen tulee koordinoida kuntien ja hyvinvointialueen yhteissuunnittelun kautta. Laadukkaan elintapaohjauksen edellytys on, että hyvinvointialueet ja kunnat ovat resursoineet riittävästi aivoterveyden edistämiseen liittyvään osaamiseen ja henkilöstöön.

Miina Sillanpään säätiön ja Muistiliiton yhdessä kehittämä Muistipuisto® on helpokäyttöinen ja innostava verkkosivusto, joka sisältää aivoterveyttä tukevaa tietoa, tekemistä ja käytännön vinkkejä.

Lue lisää

[Elintapaohjauksen tarkistuslista](#)

[Muistiliiton verkkosivut](#)

[Aivoliiton verkkosivut](#)

[Ikäinstituutin verkkosivut](#)

[Voimaa vanhuuteen verkkosivut](#)

[Muistipuisto®](#)

Yhteenveto aivoterveysten edistämisen sisällöstä:**Aivoterveysten edistäminen on jokaisen asia**

- kansalaisten tietoisuutta aivoterveysten edistämisestä tulee vahvistaa
- kuntien HYTE-toiminta ja muistihäiriöiden ennaltaehkäisy pitää sovittaa yhteen alueiden toimintaan ja palveluihin, kuten liikunta- ja kulttuuripalveluihin, julkiseen liikenteeseen, asuinalueiden ja asumisen muistiystävällisyyden kehittämiseen
- hyvinvointialueilla muistisairauksien ennaltaehkäisy tulisi yhdistää muuhun ennaltaehkäisevään toimintaan esim. perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja työterveyshuollon vastaanottopalveluissa
- HYTE-toimintaa pitää tehdä kuntien, hyvinvointialueiden, kolmannen sektorin ja yksityisten yritysten välisenä yhteistyönä

Muistihäiriöiden riskitekijöihin vaikuttaminen ja toimintakyvyn ylläpitämien FINGER-toimintamallia käyttämällä. Lisäksi elintapaohjauksessa huomion kiinnittäminen iäkkäiden henkilöiden mielen hyvinvointiin ja unen laatuun

HYTE-toimijoiden ja hyvinvointialueiden yhteistyön edistäminen toimintakyvyn ylläpitämisessä ja muistihäiriöiden ennaltaehkäisyssä luomalla uusia rakenteita ja yhteistyötapoja yhdyspinnoille

Järjestöjen ja yhdistysten roolin vahvistaminen terveyden edistämässä ja muistihäiriöiden ennaltaehkäisyssä

Ulkomaalaistaustaisen väestön, kielellisten, kulttuuristen ja etnisten vähemmistöjen sekä toimintarajoitteisten henkilöiden erityistarpeiden huomioiminen

Aivoterveysten edistämisen ja toimintakyvyn näkyminen hyvinvointialueiden ja kuntien strategioissa

6.2 Muistioireiden tunnistaminen

Muistisairauden varhainen tunnistaminen edellyttää valppautta kaikilta keski-ikäisten ja iäkkäiden henkilöiden kanssa toimivilta tahoilta. Tärkeää on, että alkavat muistioireet tunnistetaan kaikilla sosiaali- ja terveydenhuollon tasoilla sekä muiden ikääntyvien henkilöiden parissa toimivien tahojen toimesta. Muistisairas henkilö ei aina itse hakeudu hoitoon, sillä henkilöllä ei välttämättä ole sairauden tunnetta, tietoa oireista tai hän ei havaitse toimintakykynsä heikentymistä. Muistisairauteen voi sairastua myös työikäisenä.

Itse koetut muistivaikeudet eivät välttämättä johdu etenevästä muistisairaudesta, vaan taustalla voi olla jotain muuta. Oma tai läheisen huoli heikentyneestä muistista tulee kuitenkin ottaa vakavasti ja taustalla olevat tekijät tulee aina selvittää. On tärkeää erottaa, milloin on kyseessä alkava muistisairaus ja milloin muistiongelmien sijaan syynä saattaakin olla masennus, toimintakyvyn heikkeneminen, huono kuntoutuminen tai harhaluuloisuushäiriö. Epäiltäessä muistioireita ja alkavaa muistisairautta tulisi kynnyksen tutkimusten käynnistymiseen olla matala. Perusselvityksiin tulisi päästä ilman lähetettä, nopeasti ja yksinkertaisesti, esimerkiksi varaamalla aika terveyskeskuksen muistihoitajan vastaanotolle. Muistisairauksien diagnostiikka on Suomessa pääosin erinomaista, mutta vielä tarvitaan herkkyyttä ja osaamista etenevien muistisairauksien tunnistamiseen. (Juva 2014.)

Milloin epäillä muistisairautta?

- Henkilö itse tai läheiset ilmaisevat huolensa henkilön lähimuistista, vaikka sosiaalinen toimintakyky olisikin säilynyt
- Muistioire haittaa töitä tai arkiaskareita
- Sovittujen tapaamisten unohtelu, epätarkoituksenmukainen terveyspalvelujen käyttö, vaikeus noudattaa hoito-ohjeita
- Vaikeus löytää sanoja tai epäasianmukaiset sanat
- Päätely- ja ongelmanratkaisukyvyn heikkeneminen
- Käsitteellisen ajattelun heikkeneminen, esim. taloudellisten asioiden hoitamisen vaikeus
- Esineiden katoaminen ja niiden käyttötavan ja tarkoituksen ymmärtämisen vaikeutuminen
- Mielialamuutokset, ahdistuneisuus ja apaattisuus yhdessä lähimuistin heikkene-
misen kanssa
- Persoonallisuuden muuttuminen, sekavuus, epäluuloisuus tai pelokkuus
- Aloitekyvyn heikkeneminen ja vetäytyminen (Käypä hoito –suositus 2021.)

Huoli-ilmoitus

Mikäli huoli ikääntyneen henkilön arjessa pärjäämisestä herää, on viranomaisella sosiaalihuoltolain 35§ (1301/2014), vanhuspalvelulain 25§ (980/2012) mukainen velvollisuus ilmoittaa huolestaan sosiaalitoimen viranomaiselle salassapitosäännösten estämättä. Myös kenellä tahansa kansalaisella, läheisellä, ystävällä, naapurilla tai taloyhtiön isännöitsijällä on oikeus ilmoittaa heränneestä huolesta. Huolta voi aiheuttaa esimerkiksi henkilön muistioireista johtuvat kotona asumisen vaikeudet tai elämäntilanteen ongelmat. Ilmoituksen perusteella sosiaalitoimen ammattilaiset arvioivat henkilön avun tarpeet ja sen millaista apua henkilön tai perheen elämäntilanteeseen voidaan tarjota. (Ring & Hammar 2022.) Järjestöt ja yhdistykset tekevät myös etsivää ja löytävää vanhustyötä.

Lue lisää

[Hyvinvointialueiden huoli-ilmoitukset](#)

[Etsivän vanhustyön verkostokeskus](#)

[Ilmoitus ilmeisestä palovaarasta tai muusta riskistä | Pelastustoimi](#)

Muistioireiden tunnistaminen perusterveydenhuollossa

Terveyskeskus on usein ensimmäinen paikka, johon muistisairautta epäilevä henkilö tai hänen läheisensä ottaa yhteyttä. Terveyskeskukseen hakeutuu asiakkaita hoitoon myös muiden syiden takia, vaikka taustalla saattaa olla alkava muistisairaus. Moni- ja pitkäaikaissairaiden henkilöiden kontrollikäynneillä ja hoitosuunnitelman teon yhteydessä on hyvä huomioida mahdollinen muistioire. Tärkeää on, että muistihäiriöitä epäiltäessä perusselvityksiin pääsee nopeasti ilman lähetettä. Useissa terveyskeskuksissa toimii muistihoitaja, joka tekee muistitestin ja toimintakyvyn arvion sekä varaa ajan terveyskeskuslääkärin vastaanotolle jatkohoitosuunnitelmaa varten. Tarvittaessa lääkäri voi konsultoida geriatria tai neurologia ja tehdä lähetteen tarkempia tutkimuksia ja diagnoosin määrittämistä varten. Työikäisille lähete tehdään neurologian poliklinikalle. Myös terveyskeskuksessa saattaa toimia geriatri tai neurologi.

Lähete-, konsultaatio- ja tiedonkulkukäytännöistä sekä vastuista on hyvä sopia yhdessä alueen eri toimijoiden kanssa, jotta tarpeettomilta asioiden varmisteluilta tai tiedon etsimiseltä vältytään. Lähetteeseen liitetään mukaan tutkimustulokset ja taustatiedot, jotta tarkempiin tutkimuksiin pääsy ei viivästy puutteellisen lähetteen takia. Jo tässä vaiheessa on hyvä nimetä muistihoitaja tai vastuuhenkilö, johon asiakas voi ottaa yhteyttä, mikäli herää kysymyksiä odottaessa pääsyä jatkotutkimuksiin.

Perusselvitysten tavoitteena on löytää hoitoa edellyttävät tilat, joista tärkeimpiä ovat sopimaton lääkitys ja masennus. Tavoitteena on lisäksi tunnistaa tavallisimmat muistisairaudet sekä tilat, jotka edellyttävät erikoislääkärin arviota ja jatkotutkimuksia. Haastattelun avulla selvitetään muun muassa oirekuva, oireiden kehittyminen ja tutkittavan terveydentila. Tietoa on hyvä kerätä tutkittavan henkilön lisäksi myös hänen läheisiltään. Oleellinen osa perusselvitystä on kliininen tutkimus, johon kuuluu suppea neurologinen status, yleistilan ja erityisesti kardiovaskulaarisen statussen arviointi. Perusselvityksiin kuuluu myös tiedonkäsittelytoimintojen arviointi MMSE-testin tai CERAD-tehtäväsarjan avulla. Lisäksi arvioidaan päivittäinen toimintakyky sekä mahdolliset psykiatriset ja käytösoireet sekä selvitetään laboratoriotutkimuksilla mahdollisia muistiongelmien syitä ja tilaa pahentavia tekijöitä. (Rinne, Pirttilä & Suhonen 2016.) Perusselvitysten laajuus riippuu alueella sovitusta käytännöistä ja myös pään kuvantaminen voidaan tehdä ennen tarkempiin tutkimuksiin lähettämistä.

Ajokorttitarkastuksiin yli 70-vuotiailla kuuluu laajennettu ajoterveysarvio, jossa selvittämään myös kognitiivisten toimintojen tasoa. Haastattelu, huomiointi ja kello-testi on syytä tehdä kaikille yli 70-vuotiaille ajokorttitarkastuksen yhteydessä. Tarvittaessa arviointiin voidaan yhdistää MMSE-testi. Jos muistioire on lievä ja ajaminen

arvioidaan mahdolliseksi, niin ajokorttitodistuksen voi tehdä määräaikaisena esim. 6–12 kk ja käynnistää laajemmat muistitutkimukset.

Lue lisää

[Esimerkkinä Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen lähete muistitutkimuksiin](#)

[Välineitä työhösi Suomen Muistiasiantuntijat ry](#)

Muistioireiden tunnistaminen neuvonnassa ja asiakasohjauksessa

Kunnissa ja alueilla on neuvontapisteitä, kuten seniorineuvonta, terveystietokioski tai lähihoitaja, joissa annetaan neuvontaa ja ohjausta. Neuvontapisteissä voi myös kohdata henkilön, jolla on muistioireita. Neuvontapisteiden työntekijöillä pitäisi olla riittävää osaamista tunnistaa alkavia muistioireita ja tietoa, miten ohjata henkilö eteenpäin muistioireiden tarkempaan selvittelyyn ja palvelujen piiriin. Neuvonnan työntekijöillä on myös tärkeä rooli iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn ylläpitämisessä tarjoamalla heille tietoa kunnissa ja alueilla olevista hyvinvointia ja terveyttä edistävästä palveluista ja toiminnasta.

Kuntien ja hyvinvointialueiden nettisivuilla olisi hyvä myös olla riskitestejä, joiden perusteella henkilö voi arvioida omia elintapoja ja riskiä sairastua muistisairauteen. Testin lisäksi tarvitaan selkeät ohjeet siitä, mihin pitäisi ottaa yhteyttä, jos riskitestin tulos huolestuttaa tai siitä herää kysymyksiä.

Hyvinvointialueilla toimii asiakasohjausyksiköitä. Palvelua annetaan pääsääntöisesti yhdestä numerosta tai fyysisistä palvelupaikoista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019), mutta myös sähköinen asiointi on mahdollista. Asiakasohjauksessa toimii sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia. Osalla työntekijöistä voi olla erikois-, täydennys- tai lisäkoulutusta muistiasioista. Asiakasohjaajat tekevät palvelutarpeen arviointia, jonka perusteella annetaan ohjausta, suunnitellaan yksilöllisiin tarpeisiin perustuva palvelukokonaisuus ja nimetään tarvittaessa asiakkaalle omatyöntekijä. Palvelutarpeen arvioinnissa kartoitetaan asiakkaan tilanne kokonaisvaltaisesti yhdessä asiakkaan ja tarvittaessa hänen läheistensä kanssa. Arvioinnissa apuna käytetään muun muassa RAI-arviointivälineistöä.

Arvioinnissa voi tulla esille myös asiakkaan muistiin liittyvää oireilua, johon on syytä puuttua. Esimerkiksi, jos asiakas toistelee asioita, unohtaa ottaa lääkkeensä tai tarvitsee lääkähoidon toteuttamiseen apua, on syytä arvioida, onko hänen muistitoimintoissaan tapahtunut muutoksia (Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue 2023). Asiakasohjaajat saattavat tehdä muistitestin ennen kuin ohjaavat asiakasta eteenpäin. Asiakasohjauksesta varataan aika terveyskeskuksen muistihoitajan vastaanotolle muistioireiden perusselvityksiin. Vastuuta asian eteenpäin viemiseksi ei muistioireilevalle asiakkaalle tai hänen läheisilleen. Tärkeää on varmistaa, että asiakas ja/tai hänen läheisensä saavat ohjeet kirjallisesti ja jatkohoidon eteneminen on heille selkeää. Heillä tulee olla myös tiedossa taho/vastuuhenkilö, johon he voivat tarvittaessa olla viivytystä yhteydessä.

Muistioireiden tunnistaminen työterveyshuollossa

Työikäisten etenevä muistisairaus ei välttämättä ensimmäiseksi ilmaannu muistioireiluna. Muistin heikentyminen voidaan huomata työpaikalla heikentyneenä työ- ja toimintakyknä esimerkiksi siten, että työ ei suju kuten aikaisemmin tai uusien työtehtävien oppiminen on vaikeaa. Työnantajan tulee huolehtia, että esihenkilöillä on riittävästi osaamista työntekijän varhaisen tuen tarpeen tunnistamiseen ja työkyvyn tukemiseen. Työnantajan tehtäviin kuuluu myös seurata työkyvyn tuen toimintakäytännön toteutumista ja vaikutuksia. (Työterveyslaitos 2023.) Työpaikalla heränneen huolen perusteella selvittelyt käynnistetään työterveyshuollossa.

Lyhyet kognitiiviset seulontatestit, kuten MMSE tai MoCA (Montreal Cognitive Assessment), eivät ole riittävän herkkiä tunnistamaan alkavaa muistisairautta eikä niitä suositella käytettäväksi työikäisillä. Laajempaa CERAD-tehtäväsarjaakaan ei ole suunniteltu käytettäväksi työikäisillä. Sitä voidaan kuitenkin käyttää iäkkäämmillä työntekijöillä osana laajempaa selvitystä. Laaja neuropsykologinen tutkimus on usein tarpeen, kun työikäisellä epäillään aivosairautta. Työterveyshuollossa kannattaa konsultoida neuropsykologia tai psykologia, jos se on mahdollista. (Koivisto & Paajanen 2022.) Jos mahdollisuutta ei ole tai henkilö ei ole työterveyshuollon palveluiden piirissä, tehdään lähete neurologian poliklinikalle (Käypä hoito -suositus 2021). Työikäisen kognitiivisten oireiden kartoittamisessa voidaan käyttää apuna Työterveyslaitoksessa kehitettyä Työssä muistaminen -kysymyssarjaa.

Lue lisää

[Työssä muistaminen -kysymyssarja](#)

Muistioireiden tunnistaminen kotihoidossa

Suurimmalla osalla kotihoidon asiakkaista on jo etenevä muistisairaus, jonka takia he saavat säännöllisiä palveluita. Kotihoidon työntekijöiden tehtäviin kuuluu seurata muistisairauden etenemistä ja sen vaikutuksia asiakkaan toimintakykyyn, arjen sujuvuuteen ja palvelutarpeen muutoksiin. Kotihoidossa on myös asiakkaita, joilla kotihoidon palveluiden aloittamisen syy on muu kuin muistisairaus. Iän myötä muistisairauksien todennäköisyys lisääntyy, joten on tärkeää seurata näiden henkilöiden toimintakyvyn muutoksia ja arjen sujumista. Joskus voi olla vaikea havaita asiakkaan muistitoiminnoissa tapahtuvia muutoksia varsinkin, jos on kyseessä tuttu asiakas, jota tapaa usein. Toisinaan taas asiakkaan tunteminen saattaa auttaa alkavan muistisairauden havaitsemisessa. Säännöllinen RAI-arviointi on hyödyllinen apuväline toimintakyvyn muutosten ja muistioireiden havaitsemisessa.

Kotihoidossa saattaa olla hoitajia, jotka ovat saaneet erikois-, täydennys- tai lisäkoulutusta muistisairauksista, kuten muistihoitajia ja muistikoordinaattoreita. He voivat aloittaa muistioireiden selvittelyn yhdessä kotihoidon tai terveyskeskuksen lääkärin kanssa. Kotihoidossa voi olla mahdollista diagnoosin tekeminen, jos vaadittavaa

geriatriasta osaamista on saatavilla. Jos kotihoidossa ei pystytä arvioimaan tilannetta, varataan aika terveyskeskuksen muistihoitajalle perusselvityksiä ja jatkohoitoa varten. On tärkeää, että kaikki muistioireet tutkitaan viivytyksettä ja oikea diagnoosi saadaan tehtyä. Osa muistioireista ei johdu etenevästä muistisairaudesta, vaan syynä saattaa olla muu somaattinen sairaus tai tila, joka voidaan hoitaa. Jos kyseessä on etenevä muistisairaus, niin sen varhainen tunnistaminen nopeuttaa tarkoituksenmukaisen hoidon aloittamista ja tukee henkilön omannäköisen elämän jatkumista.

Muistioireiden tunnistaminen päivystyksessä ja kiirevastaanotolla

Päivystyksessä ja kiirevastaanotolla voidaan kohdata myös henkilöitä, jotka vaikuttavat muistamattomilta, masentuneilta tai harhaisilta. Tällöin on hyvä tarkistaa, onko henkilöllä muistisairausdiagnoosi tai onko hiljattain selvitetty kognitiivista toimintakykyä tai parhaillaan meneillään olevat muistitutkimukset. Jos on tarpeen arvioida kognitiota päivystyksessä tai kiirevastaanotolla, muistia ja tarkkaavuutta voidaan selvittää esimerkiksi seuraavilla keinoilla:

- Potilaan haastattelu
- Havainnointi (ohjeiden ymmärtäminen, puheen tuotto, orientaatio)
- Läheisten haastattelu
- Kuuden kohdan muistiseula (SIX ITEM SCREENER)
- Kuukausien luetteleminen takaperin, testi deliriumin tunnistamiseen (MOTYB)

Varsinainen muistin ja kognitiivisen toimintakyvyn arvio tulisi tehdä vasta akuuttitilanteen jälkeen esimerkiksi kahden kuukauden kuluttua. On hyvä ohjata asiakas jatkoselvittelyihin, esimerkiksi tehdä ajanvaraus muistihoitajan vastaanotolle tai konsultoida geriatria, mikäli akuuttivastaanotolla herää huoli muistin toimivuudesta. (Käypä hoito -suositus 2021.) Tarvittaessa voi tehdä Huoli-ilmoituksen.

Muistioireiden tunnistaminen poliklinikoilla ja osastohoidossa

Sairaalassa osastohoidon aikana voidaan havaita henkilön fyysisessä, psyykkisessä, sosiaalisessa ja/tai kognitiivisessa toimintakyvyssä muutoksia, joiden taustalla saattaa olla joko delirium ja/tai etenevä muistisairaus. Esimerkiksi henkilö on sekava, toistaa asioita tai ei ymmärrä ohjeistuksia. Myös läheiset voivat tuoda huolensa muistintoinnista esille. Ensisijaista on sulkea pois ja hoitaa delirium. Deliriumin aikana ei tule tehdä muistitutkimuksia tai diagnostiikkaa. Jos akuutti tilanne on hoitunut, delirium on pois suljettu ja hoitajakso muista syistä pitkittyy, on mahdollista myös sairaalassa tehdä tarkemmat perusselvitykset ja diagnosoida muistisairaus, jos se auttaa jatkosuunnitelmien toteuttamisessa. Yleensä kuitenkin edetään alueen palveluketjun mukaisesti ja ohjataan henkilö esimerkiksi terveyskeskuksen muistihoitajalle tai tehdään konsultaatio tai lähete geriatriiseen osaamiskeskukseen.

Yhteenveto muistioireiden tunnistamisen sisällöstä:

Henkilön, jolla on muistioireita, voi kohdata eri puolilla palvelujärjestelmää

- muistisairauksien varhaisten oireiden tunnistaminen kuuluu kaikille sote-ammattilaisille asiakasohjauksessa, perusterveydenhuollossa, kotihoidossa, erikoissairaanhoidossa, päivystyksessä, työterveyshuollossa

Muistipolulle pääsyä nopeuttaa

- monikanavaiset yhteydenottomahdollisuudet, matalan kynnyksen kohtaamispaikat
- prosessien yksinkertaistaminen esimerkiksi ilman lähetettä perusselvityksiin pääsy
- sovitut, käytössä olevat toimintatavat, konsultaatio- ja lähetekäytännöt, tiedonkulku ja yhteistyömuodot eri toimijoiden ja sektorien kesken
- ammattilaisten osaamisen vahvistaminen muistioireiden tunnistamisessa, asianpuheeksi ottamisessa, muistitestien tekemisessä huomioiden ulkomaalaistaustaisen väestön, kieli- ja kulttuuristen ja etnisten vähemmistöjen ja toimintarajoitteisten henkilöiden erityistarpeet
- riittävä resursointi, esimerkiksi asiakasohjauksessa ja terveyskeskusten vastaanototoiminnassa, muistihoitajia muistitestien tekemiseen ja polun käynnistämiseen
- työvälineet varhaiseen tunnistamiseen esimerkiksi Huoli-ilmoitus, riskimittarit

Muistihäiriöisen henkilön ja hänen läheistensä hyvinvointia edistää

- monipuolinen, selkeä, kirjallinen ja suullinen informaatio, kohdennetusti ja kerran, huomioiden maahanmuuttotaustaisen väestön, kielellisten, kulttuuristen ja etnisten vähemmistöjen sekä toimintarajoitteisten ihmisten erityistarpeet
- omannäköisen arjen tukeminen, muistihäiriöisen henkilön yksilöllisten tarpeiden, toiveiden ja arvomaailman huomioiminen
- läheisten ja perheiden yksilöllisten tarpeiden ja toiveiden huomioiminen ja ratkaisujen etsiminen
- nimetty vastuuhenkilö, johon voi tarvittaessa ottaa yhteyttä
- järjestöjen, yhdistysten ja yritysten toiminnan hyödyntäminen
- FINGER-toimintamallin käyttöönotto toimintakyvyn ylläpitämisessä ja terveyden edistämässä
- tietoisuuden lisääminen muistihäiriöiden varhaisista oireista, jotta hoitoon osataan hakeutua

6.3 Diagnostiikka ja hoidon aloitus geriatriassa osaamiskeskuksessa

Perusselvitysten jälkeen tutkimuksia jatketaan asiaan erityisesti perehtyneessä yksikössä, esimerkiksi geriatriassa osaamiskeskuksessa, jonne ohjautetaan lähetteellä alueellisten käytäntöjen mukaan.

Geriatriseen osaamiskeskukseen on keskitetty geriatriasta osaamista ja muistisairauksiin liittyvää erityisosaamista. Toiminta on moniammatillista, ja henkilöstö koostuu esimerkiksi geriatreista, muistihoitajista, muistikoordinaattoreista, fysioterapeuteista, toimintaterapeuteista, puheterapeuteista, ravitsemusterapeuteista ja sosiaalityöntekijöistä ja psykologeista. Geriatrian osaamiskeskuksen vastaanottoa pitävät yleensä geriatrit ja geriatriaan erikoistuvat lääkärit työparinaan muistihoitajat ja muistikoordinaattorit.

Muistihoitaja on etenevien muistisairauksien hoitoon perehtynyt hoitaja, joka toimii lääkärin työparina muistisairauksien tunnistamisessa, hoidossa, ohjauksessa ja seurannassa. Muistikoordinaattori on sosiaali- tai terveydenhuollon ammattilainen, joka on erikoistunut muistisairaahan ihmisen kokonaisvaltaiseen hoitoon, kuntoutukseen ja kotona asumisen tukemiseen. Muistikoordinaattorit osallistuvat potilaiden ja heidän läheistensä ohjaukseen ja muistisairauden seurantaan. Muistikoordinaattorit tekevät vastaanottojen lisäksi usein myös kotikäyntejä ja puhelinneuvontaa. Geriatrian osaamiskeskus toimii myös konsultoivana yksikkönä muualle perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon sekä sosiaalitoimeen.

Terveyskeskuksessa tai kotihoidossa tehtyjen perusselvitysten laajuus riippuu alueilla sovitusta käytännöistä. Geriatriassa osaamiskeskuksessa tehdään tarvittavat lisätutkimukset sekä laaja geriatrian arvio moniammatillisena yhteistyönä. Muistia ja tiedonkäsittelytoimintoja arvioidaan tarpeen mukaan perusselvityksiä täydentävillä testeillä ja tarvittaessa tehdään lisäselvityksiä kuten neuropsykologinen tutkimus. Tutkimukset ja niissä käytetyt arvioinnin työkalut perustuvat Käypä hoito -suositukseen. Työikäisten muistioireiden syyt tutkitaan neurologian poliklinikalla.

Kun muistisairaus on diagnosoitu, aloitetaan harkinnan mukaan lääkehoito. Lääkehoidon siedettävyyttä tulee seurata ja sopivaa annosta arvioida ensimmäisten kausien aikana lääkehoidon aloituksesta. Lääkehoidon aloituksen lisäksi geriatriassa osaamiskeskuksessa annetaan monipuolista ohjausta sekä neuvontaa, mukaan lukien oikeudellinen ennakointi.

Jokaiselle muistisairaalle henkilölle laaditaan yhteistyössä hänen tarpeidensa sekä toiveidensa mukainen hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelma. Muistisairaalle henkilölle ja hänen läheisilleen on tärkeä tarjota mahdollisuus ensitietoon, vertaistukeen ja ryhmävalmennukseen heti hoitopolun alkuvaiheessa. Lääkehoidon vastetta arvioidaan seurantakäynnillä geriatriassa osaamiskeskuksessa noin puoli vuotta lääkehoidon aloituksen jälkeen, jonka lisäksi hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmaa päivitetään tarpeen mukaan. Muistisairaahan henkilön diagnostiikka, hoidon aloitus ja

seuranta voivat vaatia myös muuta kuin geriatria osaamista. Jos geriatrisessa osaamiskeskuksesta ei työskentele muiden erikoisalojen lääkäreitä, tulee varmistaa, että esimerkiksi neurologista ja geropsykiatrista osaamista on tarvittaessa saatavilla.

Geriatrisella osaamiskeskuksella on erityisesti taudinmäärittämisessä ja hoidon aloituksessa keskeinen rooli. Diagnoosin jälkeen hoidon ja seurannan tulisi jatkua saumattomasti lähipalveluina muistisairaahan henkilön tarpeiden mukaisesti esimerkiksi terveyskeskuksessa tai kotihoidossa. Saumaton siirtyminen turvataan noudattamalla yhdessä sovittuja jatkohoittoa ohjaamisen käytäntöjä. Muistisairaalle henkilölle tulisi nimetä vastuutyöntekijä, joka tukee, ohjaa ja seuraa häntä ja hänen läheisiään. Vastuutyöntekijällä tulee olla muistisairauksiin ja alueen palveluketjuihin liittyvä vahva osaaminen. Tämä vastuuhenkilö voi olla esimerkiksi muistikoordinaattori. On myös tärkeä sopia, miten konsultaatiomahdollisuus toteutuu niissä tilanteissa, kun hoitovastuu on siirtynyt pois geriatrisesta osaamiskeskukselta, koska jatkohoidosta vastaavalla taholla saattaa ilmetä tarvetta ottaa yhteyttä myöhemmin asiakkaan hoitoon tai lääkitykseen liittyen. Asiakas voi myös tarvita esimerkiksi osaamiskeskuksen fysioterapeutin tai psykologin tukea pitkään, joten automaattisesti ei asiakkaan hoitovastuuta siirretä tietyn ajanjakson jälkeen muualle, vaan asiaa harkitaan tapauskohtaisesti.

Aina ei tutkimuksissa todeta etenevää muistisairautta. Tällöin muistin ja toimintakyvyn arvio tulisi tehdä esimerkiksi terveyskeskuksen muistihoitajan toimesta 6–12 kk välein. Näissä tilanteissa pitäisi olla sovittuna vastuuhenkilö, joka huolehtii yhteydenotosta ja sopii uuden ajan testeihin asiakkaan kanssa.

Lue lisää

[Muistisairauksien Käypä hoito -suositus](#)

[Muistioireiden perusselvitys](#)

[Muistipotilaan arviointi ja arvioinnin työkaluja](#)

Yhteenveto geriatriksen osaamiskeskuksen sisällöstä:

Geriatrinen ja muistisairauksiin liittyvä erityisosaaminen on keskitetty geriatriseen osaamiskeskukseen

- muistisairauksien diagnostiikka sekä hoidon ja lääkityksen aloitus
- moniammatillinen yhteistyö arvioinnissa sekä hoidon suunnittelussa ja toteuttamisessa
- muiden lääketieteen erikoisalojen kuten neurologian ja geropsykiatrian osaamisen saatavuuden varmistaminen
- konsultaatiotukea perusterveydenhuoltoon ja sosiaalitoimeen

Geriatrisen osaamiskeskuksen ja eri tahojen, kuten perusterveydenhuolto, kotihoito, sosiaalitoimi, muistiyhdistykset ja järjestöt, kanssa

- sovitut ja käytössä olevat toiminta-, konsultaatio- ja tiedonsiirtokäytännöt ja yhteistyötavat
- sovittu toimintatapa, miten eri tahot voivat osallistua hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelman laadintaan ja toteuttamiseen
- määritely, miten hoidon ja seurannan saumaton siirtyminen nimetyille vastuutahoille toteutuu: seurannasta vastaava taho arvioi muistia ja toimintakykyä säännöllisesti 6–12 kuukauden välein geriatriksen osaamiskeskuksen ammattilaisia tarpeen mukaan konsultoiden

Muistisairaahan henkilön ja hänen läheisensä hyvinvointia edistetään ja tuetaan

- osallistamalla heidät hoidon ja palveluiden suunnitteluun
- laatimalla heidän toiveidensa ja yksilöllisten tarpeidensa mukainen hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelma, jota päivitetään säännöllisesti
- tarjoamalla ensitietoa, vertaistukea ja ryhmävalmennusta
- ohjaamalla muistiyhdistysten, järjestöjen ja yritysten tarjoaman toiminnan ja palvelujen piiriin
- nimeämällä vastuuhenkilö, joka tukee, ohjaa ja seuraa muistisairasta henkilöä ja hänen läheisiään

Jos etenevää muistisairautta ei todeta

- muistia ja toimintakykyä seurataan 6–12 kuukauden välein esimerkiksi terveyskeskuksen muistihoitajan toimesta. Ei jätetä yksin.

Työikäisten muistisairaiden henkilöiden hoidon keskittäminen neurologisille poliklinikoille

6.4 Jatkohoito ja seuranta

Jatkohoito ja seuranta ovat osa palvelupolkua, jossa diagnoosin jälkeen hoidetaan ja seurataan etenevää muistisairautta sairastavan henkilön taudin kulkua sekä toimintakyvyn ja palvelutarpeen muutoksia sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Muistisairaahan henkilön jatkohoidon toteutus tapahtuu moniammatillisena tiimityönä, jossa hyödynnetään eri ammattilaisten osaamista ja palveluita. Alueella tulisi olla eri toimijoiden kanssa yhdessä sovittu ja käytössä oleva muistipalvelupolku, joka ulottuu varhaisesta tunnistamisesta ja diagnosoinnista aina jatkohoitoon ja seurantaan. Palvelupolulla, erityisesti rajapinnoille, on määritelty yhteiset toiminta-, lähete- ja konsultaatiokäytännöt, tiedonkulku, tehtäväkuvat ja vastuuhenkilöt sekä varmistettu osaaminen. Polku on muistisairaalle henkilölle ja hänen läheiselleen saumaton ja toimiva kokonaisuus. He tietävät koko ajan missä mennään, mitä on suunniteltu ja kehen tai mihin he voivat tarvittaessa ja viivytyksettä ottaa yhteyttä. Hoidon sujuvuus ja hyvin suunniteltu palvelupolku mahdollistaa sen, että palveluja käytetään tarkoituksenmukaisesti ja päällekkäistä työtä voidaan välttää. Toimiva kokonaisuus tukee myös muistisairaahan henkilön ja hänen läheistensä omannäköisensä arjen jatkumista.

Jatkohoidon toteuttamisessa tulee huomioida myös läheisen antama monenlainen apu ja tuki hoidettaville. Läheisten omasta jaksamisesta, hyvinvoinnista ja omannäköisen elämän ylläpitämisestä on tärkeä huolehtia. Läheisiään hoitavat henkilöt ovat heterogeeninen joukko, joiden elämäntilanteet ja voimavarat vaihtelevat. Hoitajana voi toimia työssäkäyvä aikuinen, joka töiden ohessa huolehtii muistisairaasta puolisostaan tai iäkkäästä vanhemmastaan. Hoitajana voi myös olla muistisairaahan henkilön iäkäs puoliso, joka toimii kokopäiväisenä omaishoitajana, joko omaishoitotosopimuksen kanssa tai ilman. Myös etäomaishoitajana toimiminen on mahdollista. Muistisairaahan henkilön perheeseen voi myös kuulua lapsia ja nuoria, jotka tarvitsevat heille suunnattua palveluja sekä tukea työntekijöiltä, joilla on erityisosaamista lasten ja nuorten parissa toimimisesta. Muistisairauden edetessä myös annettavan hoivan tarve muuttuu. On tärkeää, että ammattilaiset osaavat tunnistaa muistisairauden etenemisestä tai läheisen omasta elämästä johtuvat erilaiset tilanteet ja niihin liittyvät tarpeet. Läheisten näkemysten kuuleminen ja heidän kanssaan yhdessä ratkaisujen etsiminen on oleellinen osa hyvää jatkohoitoa. (Halonen 2023.)

Läheiset kaipaavat tietoa muistisairaahan kanssa selviytymisestä ja elämisestä, tarjolla olevista palveluista, oikeudellisesta ennakoinnista, mutta myös henkistä tukea. (Halonen 2023.) Yhdistykset ja järjestöt tarjoavat läheisille vertaistukea ja erilaista materiaalia. Laki omaishoidon tuesta (937/2005) määrää hyvinvointialueen tehtävästä myöntää omaishoidon tukea sekä omaishoitajan hoitotehtävää tukevista palveluista. Hyvinvointialueen on tarvittaessa järjestettävä omaishoitajalle valmennusta ja koulutusta hoitotehtävää varten sekä tarvittaessa omaishoitajalle hyvinvointi- ja terveystarkastuksia sekä hänen hyvinvointiaan ja hoitotehtävänsä tukevia sosiaali- ja terveyspalveluita.

Muistisairaahan henkilön jatkohoitoon ja seurantaan kuuluu myös asunnon muutosten, apuvälineiden ja soveltuvien teknologisten ratkaisujen kartoittaminen ja käyttöönotto yhdessä muistisairaahan henkilön ja hänen läheistensä kanssa. Muistisairauden eteneminen vaikuttaa henkilön toimintakykyyn, joten edellä mainittujen asioiden säännöllinen arviointi on oleellista. Muistiystävällinen asuin- ja elinympäristö tukee muistisairaahan henkilön omatoimisuutta ja turvallisuutta.

Palvelupolun kehittäminen muistisairaiden henkilöiden ja heidän läheistensä tarpeitaan vastaavaksi edellyttää hyvinvointialueella osaavaa johtamista, systemaattista suunnittelua, ohjeiden ja sopimusten säännöllistä päivittämistä, taloudellista panostusta sekä polun vaikuttavuuden ja laadun arviointia.

Jatkohoito ja seuranta perusterveydenhuollossa

Kun muistisairaus on diagnosoitu ja lääkehoito aloitettu geriatriassa osaamiskeskuksessa, siirtyy muistisairaahan henkilön jatkohoito ja seuranta usein terveyskeskukseen tai kotihoidon asiakkaalla kotihoitoon. Muistikoordinaattori ja terveyskeskus- tai kotihoidon lääkäri vastaavat yhdessä muistisairaahan henkilön säännöllisestä muistin ja toimintakyvyn sekä lääkehoidon seurannasta. Tarvittaessa voidaan konsultoida geriatrisen osaamiskeskuksen ammattilaisia.

Jatkohoidon onnistumisen edellytyksenä on säännöllinen seuranta. Diagnoosivaiheessa laadittua yksilöllistä hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelmaa päivitetään säännöllisesti 6–12 kuukauden välein sairauden edetessä. Suunnitelmaa päivitetään ennakoiden mahdollisia tulevia muutoksia ja avuntarpeita sekä varautuen normaalista poikkeaviin tilanteisiin kuten omaishoitajan sairastumiseen. Yksilölliset kuntoutustoimet toteutetaan laaja-alaisesti ja moniammatillisesti yhdessä lääkärin, muistihoitajan, muistikoordinaattorin, kotihoidon ja muiden erityistyöntekijöiden kuten fysio-, toiminta-, puhe- ja ravitsemusterapeutin, kanssa. Tarvittaessa konsultoidaan sosiaalitoimen työntekijää esimerkiksi taloudelliseen tilanteeseen, sosiaalietuuksiin tai sosiaaliseen kuntoutukseen liittyen. Yhdistysten ja järjestöjen tarjoamaa monipuolista apua ja tukea muistisairaalle henkilölle ja hänen läheisilleen ei pidä unohtaa, vaan ohjata heitä aktiivisesti näiden palvelujen ja toimintojen piiriin. Muistisairaalta henkilöltä voidaan myös kysyä lupaa siihen, että muistiyhdistyksen toimija voi ottaa yhteyttä häneen. Tämän luvan pyytämiseen on kehitetty ns. Yhdistysresepti/Yhteydenottolupalomake. Lisäksi yrityksillä on palvelutarjontaa.

Tärkeää on muistisairaahan henkilön toimintakyvyn ylläpitäminen ja mielen hyvinvoinnin tukeminen kannustamalla sosiaaliseen aktiivisuuteen, hyvään ravitsemukseen sekä fyysisen kunnan ylläpitämiseen. FINGER-tutkimus on osoittanut, että monipuolisella elintapaohjauksella voidaan ehkäistä muistihäiriöiden syntyä ja mahdollisesti siirtää niiden alkamista myöhemmälle iälle sekä ehkäistä muistitoimintojen heikentymistä. (Ngandu ym. 2015.) Elintapaohjaus tulisi sisällyttää muistisairaahan henkilön hoitoon osana hoito- ja palvelusuunnitelmaa ja sen toteuttamistapa pitäisi suunnitella yhdessä muistisairaahan henkilön ja hänen läheistensä kanssa.

Lue lisää

[Yksilöllinen hoito- ja kuntoutussuunnitelma \(Käypä hoito -suositus\)](#)

Palvelut ja seuranta asiakasohjauksessa

Asiakasohjauksessa muistisairausdiagnoosin jälkeen tarvittavat palvelut kohdennetaan asiakkaan palvelutarpeen mukaan. Asiakasohjauksessa arvioidaan diagnoosin jälkeistä palvelutarvetta, suunnitellaan apu ja tuki yhdessä muistisairaahan henkilön ja hänen läheistensä kanssa ja tehdään päätökset palveluista. Asiakasohjaajat seuraavat myös sairauden etenemisen vaikutuksia muistisairaahan henkilön palvelutarpeeseen ja muokkaavat palvelukokonaisuutta tämän perusteella.

Asiakasohjauksessa tehdään asiakassuunnitelma, jossa määritellään iäkkään henkilön sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kokonaisuus, joka tarvitaan hänen toimintakykynsä ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi ja hyvän hoitonsa turvaamiseksi. Iäkkään henkilön näkemykset vaihtoehdoista on kirjattava suunnitelmaan. Asiakassuunnitelma on tarkistettava ilman aiheetonta viivytystä aina silloin, kun iäkkään henkilön toimintakyvyssä tapahtuu hänen palveluntarpeeseensa vaikuttavia olennaisia muutoksia. (Vanhuspalvelulaki 908/2012, 16 §.)

Palvelutarpeen arviointi tehdään yhdessä iäkkään henkilön, ja tarvittaessa hänen läheistensä kanssa, yleensä iäkkään henkilön omassa kodissa. Tällöin pystytään hahmottamaan paremmin, miten henkilö pärjää kotiolosuhteissa ja onko esimerkiksi tarvetta tehdä joitakin kodinmuutostöitä, hankkia apuvälineitä tai hyödyntää teknologisia ratkaisuja. Arviointi tehdään keskustellen, havainnoiden ja mittareita apuna käyttäen, kuten RAI-arviointivälineistöä. RAI-arvioinnin tekee RAI-järjestelmään perehtynyt hoitaja, joka selvittää laaja-alaisesti muun muassa henkilön toimintakyvyn, terveydentilan, läheisavun ja asumisolosuhteet. (Finne-Soveri ym. 2020.)

Palvelutarpeen arvioinnissa selvitetään, onko tarvetta esimerkiksi säännölliseen kotihoitoon, kotona asumisen tukipalveluihin, apuvälineisiin, omaishoidon tukeen tai ympärivuorokautisiin asumispalveluihin. Lisäksi arvioinnissa kartoitetaan asiakkaan voimavaroja ja tukiverkostoja sekä mietitään, miten teknologiaa voisi hyödyntää henkilön arjen tukena. Monia palveluita ja apua voidaan tuottaa yksityisten järjestöjen ja yhdistysten toimesta. Elintapaohjaus sisältyy myös asiakas- ja palveluohjauksen toimintaan. Asiakasohjaajien työ edellyttää monipuolisia taitoja, alueen palvelutarjonnan tuntemista ja yhteistyöverkostoja. Asiaohjausyksikössä on hyvä olla myös muistisairauksiin lisä-, täydennys- tai erikoiskoulutuksen saaneita työntekijöitä, joita muut asiakasohjaajat voivat tarvittaessa konsultoida.

Hoito ja seuranta kotihoidossa

Kotihoidon ohjautuminen palvelutarpeen arvioinnin kautta. Kotihoito voi olla tilapäistä tai säännöllistä, ja sitä on mahdollisuus saada etäpalveluna ja tarvittaessa myös yöaikaan. Kotihoidon palvelut kohdistuvat niille, jotka tarvitsevat säännöllistä hoitoa, huolenpitoa ja/ tai sairaanhoidollista apua. Kotihoidon palvelut myönnetään henkilön tarpeiden mukaan, joita voivat olla esimerkiksi avuntarve pukeutumisessa, vuoteesta ylös nousemisessa, peseytymisessä tai lääke- ja haavahoidon toteuttamisessa.

Kotihoidon henkilöstö koostuu pääasiassa lähihoitajista, sairaanhoitajista ja terveydenhoitajista, mutta kotihoidolla on käytössä myös kuntoutuspalveluita. Fysio- ja toimintaterapeutit tekevät toimintakyky- ja apuvälinekartoituksia sekä ohjaavat asiakkaita toimintakyvyn ylläpitämisessä. Kotihoidon tukipalveluita ovat esimerkiksi ateria- ja kauppapalvelu, joiden turvin muistisairas henkilö voi varsinkin muistisairaudesta alkuvaiheessa pärjätä kotona ilman säännöllistä kotihoitoa tai omaishoidon tukea (Sosiaali- ja terveysministeriö 2023).

Kotihoidon asiakkaille tehdään tai päivitetään hoito- ja palvelusuunnitelma muistisairaustilanteen ja hoidon aloittamisen jälkeen yhdessä muistisairaasta henkilön ja tarvittaessa hänen läheistensä kanssa. Siihen on hyvä sisällyttää myös akuuttitilanteiden ennakointi, potilaan hoitotahto ja mahdolliset hoidon rajaukset. Kotihoidon työntekijät seuraavat säännöllisesti asiakkaiden muistisairauksien etenemistä ja sen vaikutuksia toimintakykyyn ja arjen sujuvuuteen. Seurannassa hyödynnetään myös RAI-arvioinnin tuloksia. Tarvittaessa konsultoidaan lääkäreitä ja/tai selvitetään läheisten mielipiteitä asiasta. Kotihoidon tehtävänä on toteuttaa suunniteltuja palveluita ja ilmoittaa palvelutarpeen muutoksista asiakasohjaajille. Muistiseurannan tulosten luotettavuuden näkökulmasta suositeltavaa on, että muistihoitajat tai muistitestien tekemiseen koulutetut ja nimetyt muut hoitajat tekevät testejä.

Palveluiden tarvetta ja toimintakykyä arvioidaan vähintään puolen vuoden välein, tarvittaessa useammin. Muistisairaasta henkilön toimintakyvyn muutosten, lääkehoidon ja ravitsemuksen lisäksi arvioidaan henkilön arjen sujuvuutta. Tärkeää on huomata pienetkin asiakkaan kognitiivisessa toimintakyvyssä ja arjen sujuvuudessa tapahtuneet muutokset ajoissa. Kotihoidon asiakas saattaa tarvita monenlaisia palveluita, joita tuotetaan julkisen, yritysten ja kolmannen sektorin toimesta. Siksi kaikkien asiakkaan hoitoon osallistuvien tahojen kesken on sovittava toimintakäytännöt, miten ja kenelle muutoksista ilmoitetaan ja kenen vastuulla on reagoida asiaan. On tärkeää kartoittaa yhdessä muistisairaasta henkilön ja hänen läheistensä kanssa, minkälaiset tekniset apuvälineet ovat soveltuvia, ja seurata myös niiden soveltuvuutta muistisairaudesta edetessä. Lääkärin seuranta ja tarvittaessa erikoislääkärin konsultaatiot kuuluvat hyvään hoitoon.

Muistisairaahan henkilön mahdollisuuksia jatkaa omannäköistä elämää ja asumista kotona voidaan tukea monin eri keinoin, muun muassa:

- Osallistamalla muistisairas henkilö omannäköisen elämän ylläpitämiseen huomioiden ihmisen omat toiveet, näkemykset, arvomaailma ja kulttuurinen tausta
- Luomalla mielekäs arki hyödyntämällä järjestöjen, yhdistysten ja yritysten palveluita
- Tukemalla kuntouttavia ja omatoimista asumista ylläpitäviä toimenpiteitä: terapia, apuvälineet, asunnon ja asuinympäristön esteettömyys ja turvallisuus, teknologia
- Varmistamalla taloudelliset tukitoimet ja etuudet: lääkkeiden korvattavuus, hoitotuki, omaishoidon tuki, asumistuki
- Tarjoamalla oikea-aikaisia tukitoimia ja -palveluja sekä turvallisuutta lisääviä ratkaisuja: päivätoiminta, kotihoito, kunnalliset tukipalvelut, kuljetuspalvelut, turvapuhelin, kodin turvalaitteet, ajokyvyn arviointi
- Tukemalla omaishoitajaa ja muistisairaahan henkilön perhettä: vertaistuki, vapaa-päivät, kurssit, materiaalit, oppaat, valmennukset
- Asianmukaisella lääketieteellisellä hoidolla

Kuntoutus muistisairaahan henkilön toimintakyvyn ylläpitämisessä on tärkeää. Tutujen kodin askareiden tekeminen yhdessä läheisten tai hoitajien kanssa aktivoi kehoa ja mieltä. Ulkoilu ja samanaikainen keskustelu ylläpitää kognitiivista toimintakykyä. Sisällä voidaan tanssia tai jumpata, muistella yhdessä elämän arvokasta kulkua valokuvia katselemalla tai harjoittaa aivojumbppaa esimerkiksi ristikkoja ratkomalla. (Suomen Seniorihoiva 2023.) Myös musiikilla on todettu olevan myönteinen vaikutus muistisairaiden toimintakykyyn ja elämänlaatuun. Miina Sillanpään Säätio on kehittänyt musiikkiin pohjautuvan suosituksen Muistaakseni laulan® -kuntoutusmallin sekä julkaissut Muistaakseni laulan -laulukirjan. Mielikuvituksella ei ole rajoja mielekästä ja merkityksellistä arkea rakennettaessa muistisairaalle henkilölle ja hänen läheisilleen.

Lue lisää

[Muistaakseni laulan -laulukirja](#)

[Helsingin kaupungin kotihoidon liikkumissopimus](#)

Hoito ja seuranta asumispalveluissa

Asumispalveluihin siirtymistä arvioidaan asiakas- ja palveluohjauksen toimesta moniammatillisena yhteistyönä, kun muistisairaahan henkilön sairaus etenee ja palveluasumisen kriteerit täyttyvät. Arvioinnissa käytetään RAI-arviointivälineistöä ja kuunnellaan muistisairaahan henkilön ja hänen läheistensä sekä muiden ammattiryhmien näkemyksiä.

Muistisairaalla henkilöllä on oikeus määrätä omasta elämässään, joten häntä ei pidä sivuuttaa, kun pohditaan esimerkiksi sitä, olisiko ympärivuorokautiseen palveluasumiseen siirtyminen ajankohtaista. Etenevä muistisairaus voi muuttaa henkilön kykyä vertailla eri vaihtoehtoja ja ymmärtää päätöksen seurauksia ja hän tarvitsee päätöksentekoon tukea ja aikaa. Tästä huolimatta on hyvä ensisijaisesti keskustella asiasta muistisairaahan henkilön ja hänen läheistensä tai edunvalvojan kanssa sekä kysyä muistihoitajan/muistikoordinaattorin, kotihoidon henkilöstön tai omaishoidon asiakasohjaajan mielipiteitä. Muistiliiton Hyvän hoidon kriteeristö ohjaa ammattihenkilöstöä, yhdessä muistisairaiden ihmisten ja heidän omaistensa kanssa arvioimaan ja kehittämään muistisairautta sairastavan ihmisen hyvää hoitoa ja elämänlaatua.

Kun muistisairaus on edennyt pitkälle, voi muuttaminen ja muutoksiin sopeutuminen olla haasteellista. Tämän takia tulisi erilaisista asumisen vaihtoehdoista keskustella jo hyvissä ajoin. Ympärivuorokautiset asumispalvelut voivat alkaa myös jaksotushoitona. Jaksotushoito auttaa läheisten jaksamista.

Muistisairaalle henkilölle on ennen ympärivuorokautiseen asumispalveluun siirtymistä tarjolla esimerkiksi perhehoidon tai yhteisöllisen asumisen vaihtoehdot. Perhehoito voi olla jatkuvaa tai lyhytkestoista ja perhehoitaja voi tulla myös hoidettavan kotiin. Perhehoito tukee omaishoitajien jaksamista. Yhteisöllinen asuminen on hyvinvointialueen järjestämää asumista esteettömässä ja turvallisessa asumisyksikössä, jossa henkilön hallinnassa on hänen tarpeitaan vastaava asunto ja jossa asiakkaille on tarjolla sosiaalista kanssakäymistä edistävää toimintaa. Yhteisöllisen asumisen asiakkaiden yksilöllisten tarpeiden mukaiset sosiaalipalvelut järjestetään erikseen kotihoidon, tukipalveluina tai muina kotiin annettavina palveluina. Perhehoitoon ja yhteisölliseen asumiseen ohjaututaan palvelutarpeen arvioinnin kautta.

Lue lisää

[Hyvän hoidon kriteeristö](#)

[Hyvän perhehoitoarjen suositukset ikäihmisten perhehoitoon](#)

Elämän loppuvaiheen hoito

Etenevät muistisairaudet ovat aivosairauksia, joihin ei toistaiseksi ole parantavaa hoitoa. Muistisairaasta 15 prosentilla sairaus etenee loppuvaiheen vaikeaan dementiaan, jonka kesto on vaikea ennustaa. Muistisairaahan henkilön ja hänen läheistensä kanssa on keskusteltava ajoissa myös elämän loppuvaiheen hoidosta. (Käypä hoito -suositus 2021.)

Palliatiivinen hoito on parantumaton, etenevää sairautta sairastavan potilaan aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa. Sen tavoitteena on vähentää kärsimystä ja vaalia elämänlaatua. Läheisten huomioiminen ja tukeminen kuuluvat hyvään palliatiivisen hoitoon. Palliatiivinen hoito voi kestää vuosia. Saattohoito on palliatiivisen hoidon viimeinen vaihe. Sen aika on viimeisinä elinviikkoina tai -päivinä. Saattohoitopäätöksen tekee lääkäri. (THL 2023.)

Palliativisen hoidon periaatteet ovat muistisairaahan henkilön kohdalla samanlaiset kuin muita sairauksia sairastavilla. Palliativisessa hoidossa ja saattohoidossa keskeistä on kivun ja muiden oireiden lievitys sekä fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja henkisiin ja hengellisiin tarpeisiin vastaaminen. Kun muistisairaus on edennyt pitkälle, ei henkilö välttämättä pysty enää ilmaisemaan sanallisesti kipuaan tai muita tarpeitaan. Tällöin korostuu hoitajien herkkyyks ja taito tulkita muistisairaahan henkilön ilmeitä, eleitä tai käyttäytymistä. Esimerkiksi henkilön levottomuuden takana voi olla kipu tai jano.

Muistisairaalle henkilölle myös siirtymiset tutusta hoitopaikasta vieraiden ihmisten hoitoon, kuten asumispalveluista tai kotoa päivystyspoliklinikalle, saattaa aiheuttaa hämmennystä ja pelkoa. Tarpeettomia siirtymisiä tulisi välttää ja saada tarvittaessa palliativisen hoidon erityisosaaminen tuotua esimerkiksi kotisairaalan toimesta sinne, missä ihminen asuu.

Elämän loppuvaiheen hoito on moniammatillista tiimityötä, ja siinä korostuu vuorovaikutus ja rohkeus kohdata elämän loppuvaiheessa oleva ihminen ja hänen läheisensä. Myös maahanmuuttajataustaisen väestön sekä eri kieli- ja kulttuuritaustaisten vähemmistöjen erityistarpeiden huomioiminen sisältyy laadukkaaseen elämän loppuvaiheen hoitoon.

Ajoissa tehdyt hoitolinjaukset ja suunnitelmat varmistavat hyvän hoidon myös elämän loppuvaiheessa. Hoitosuunnitelma mahdollistaa potilaan toiveiden mukaisen hoidon ja antaa lääkäreille ja hoitajille toimintaohjeet muuttuviin tilanteisiin. Lääkäri tekee hoitosuunnitelman yhdessä potilaan ja tarvittaessa hänen läheistensä kanssa. Siihen kirjataan:

- potilaan toiveet ja hoitotahto
 - lääketieteellinen tilanne ja ennuste
 - hoitolinjaus (hoidon tavoitteet)
 - hoidon rajaukset (toimenpiteet, joista on enemmän haittaa kuin hyötyä)
 - läheisten näkemykset
 - hoitopaikka
 - konsultoitava taho yhteystietoineen
 - toimintaohjeet tilanteen äkillisen huononemisen varalle.
- Niihin kirjataan myös
- lääkkeettömät ja lääkkeelliset hoidot resepteineen
 - apuvälineet, joiden avulla oireita voidaan helpottaa.

Suunnitelmaa päivitetään tarvittaessa ja aina, kun tilanne muuttuu olennaisesti. (THL 2023.)

Lue lisää

[Palliatiivinen hoito ja saattohoito \(Käypä hoito -suositus\)](#)

[Mitä on palliatiivinen hoito? -verkkosivu \(THL\)](#)

[Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti \(STM\)](#)

[Elämän loppuvaiheen hoito \(Valvira\)](#)

Yhdistysten ja järjestöjen tarjoama tuki

Muistiyhdistykset tarjoavat monenlaista toimintaa sekä mahdollisuuksia vertaistukeen ja keskusteluun. Muistiliiton jäsenyhdistyksiä on eri puolilla Suomea 42. Muistiluotsit ovat maakunnallisia asiantuntija- ja tukikeskuksia, jotka tarjoavat maksutonta apua ja tukea muistisairauteen sairastuneille henkilöille ja heidän läheisilleen. Maakunnissa toimii 18 tällaista asiantuntijakeskusta. Ohjaus Muistiluotsi-toimintaan on hyvä tehdä mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Moni voisi hyötyä toiminnasta heti diagnoosin saatuaan, koska huoli sairaudesta ja elämänmuutoksesta on usein suuri. Yhdistykset järjestävät erilaisia toiminta- ja vertaistukiryhmiä, muistikahviloita, ensitietoa, luentoja ja virkistystä muistisairaille ja läheisille. Lisäksi niiden kautta voi tavoittaa vapaaehtoisia tukihenkilöitä tai muistikavereita.

Myös muut järjestöt ja yhdistykset ohjaavat, neuvovat ja tukevat muistisairaita, heidän läheisiään, omaishoitajia sekä ammattilaisia ja muistisairaiden parissa työkenteleviä tai vapaaehtoisina toimivia monella eri tavalla. He tarjoavat koulutusta, valmennusta, vertaistukea, ystäväpiirejä, erilaista ryhmätoimintaa ja mahdollisuutta osallistua vapaaehtoistoimintaa tai saada vapaaehtoiselta apua ja tukea.

Lue lisää

[Muistiliiton verkkosivut](#)

[Vanhustyön keskusliiton verkkosivut](#)

[Ikäinstituutin verkkosivut](#)

[Vanhus- ja lähimmäispalvelun liitto VALLI ry verkkosivut](#)

[Omaishoitajaliiton verkkosivut](#)

Yhteenveto jatkohoidon ja seurannan sisällöstä:

Hoidon laatua ja palvelukokonaisuuksien rakentamista ja toteuttamista parantavat

- moniammatillisen yhteistyön vahvistaminen terveyden- ja sosiaalihuollon sisällä ja muiden tahojen kanssa kuten yhdistysten ja järjestöjen toimijat
- yhdessä sovitut, käytössä olevat yhteistyö-, konsultaatio-, tiedonkulku- ja lähetekäytännöt eri tahojen välillä
- eri tahojen roolien ja vastuutahojen määrittely, erityisesti rajapinnoilla
- yhteensovitettujen asiakas- ja potilastietojärjestelmien ja muiden tiedon siirtokäytäntöjen kehittäminen tietosuoja, tietoturva ja asiakkaan oma tahto huomioiden
- riittävä resurssointi eri puolelle palvelujärjestelmää, esimerkiksi muistikoordinaattoreiden tuen vahvistaminen palvelujen koordinoijina ja geriatrisen osaamisen vahvistaminen
- osaamisen vahvistaminen erityisesti muistisairauksien hoidossa, palvelukokonaisuuksien rakentamisessa, elintapaohjauksessa ja muistisairaana henkilön ja hänen läheistensä kohtaamisessa ja itsemääräämisoikeuden tukemisessa huomioiden yksinasuvien henkilöiden, maahanmuuttajataustaisen väestön, kielellisten, kulttuuristen ja entisten vähemmistöjen ja toimintarajoitteisten henkilöiden erityistarpeet
- muutosten systemaattinen seuranta ja tilanteisiin reagointi

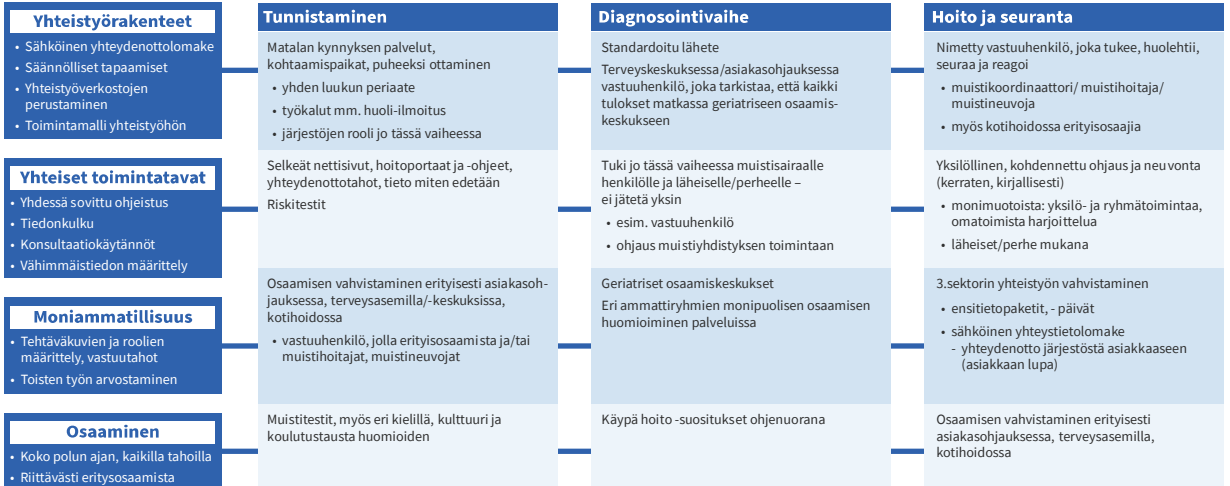
Muistisairaana henkilön hyvää arkea ja hyvinvointia edistää

- ihmisten kuulluksi tuleminen, arvojen ja mielipiteiden kunnioittaminen ja yksilöllisten tarpeiden huomioiminen palveluiden suunnittelussa, toteutuksessa ja tukimuodoissa
- monipuolinen, selkeä suullinen ja kirjallinen informaatio, kohdennetusti ja kerraten, huomioiden maahanmuuttotaustaisen väestön, kielellisten, kulttuuristen ja etnisten vähemmistöjen ja toimintarajoitteisten ihmisten erityistarpeet
- rinnalla kulkijan, vastuuhenkilön nimeäminen, joka neuvoo, ohjaa, tukee ja reagoi
- äkillisiin tilanteisiin helposti saatavilla oleva apu
- toimiva moniammatillinen yhteistyö sekä eri ammattilaisten ja toimijoiden, kuten muistiyhdistysten, asiantuntemuksen hyödyntäminen
- uudet, innovatiiviset palvelut, myös teknologian ja etäpalveluiden hyödyntäminen huomioiden henkilön kyvykkyyden ja halukkuuden käyttää niitä
- elintapaohjaus terveyden edistämisen, toimintakyvyn ylläpitämisen ja mielen hyvinvoinnin tukemisessa. FINGER-toimintamallin käyttöönotto.

Muistisairaahan henkilön perheen ja läheisten hyvinvointia edistää

- läheisten yksilöllisten tarpeiden huomioiminen tarjottavassa tuessa ja tukimuodoissa
- monipuolinen, selkeä suullinen ja kirjallinen informaatio, kerraten, huomioiden maahanmuuttotilanteen väestön, kielellisten, kulttuuristen ja etnisten vähemmistöjen ja toimintarajoitteisten ihmisten erityistarpeet
- rinnalla kulkija, esimerkiksi vastuuhenkilön nimeäminen läheisille, joka neuvoo, tukee ja reagoi
- äkillisiin tilanteisiin helposti saatavilla oleva apu
- järjestöjen ja yhdistysten toiminnan hyödyntäminen: vertaistukiryhmät, kurssit, koulutukset, kokemustoimijat. Yritysten palvelut.
- uudet, innovatiiviset palvelut, myös teknologian ja etäpalveluiden hyödyntäminen huomioiden läheisten kyvykkyyden ja halukkuuden käyttää niitä.
- elintapaohjaus terveyden edistämisen, toimintakyvyn ylläpitämisen ja mielen hyvinvoinnin tukemisessa. FINGER-toimintamallin käyttöönotto.

Oheisessa kuviossa on tiivistettynä muistisairaana henkilön palvelupolun prosessit, jotka voidaan jakaa tunnistamiseen, diagnosointivaiheeseen, hoitoon ja seurantaan. Lisäksi on kuvattu palvelujen järjestämiseen ja tuottamiseen tarvittavat rakenteet, jotka kulkevat prosessien läpi.



Kuvio 4. Muistipalvelupolun vaiheet ja niihin liittyvät prosessit. Läpileikkaavat rakenteet takaamassa onnistuneita prosesseja.

7 Kansallisen muistipalvelupolkumallin vaikutukset

Toimintamallin avulla sujuvoitetaan muistisairaana henkilön ja hänen läheisensä palvelupolkua ja palveluiden yhdenvertaista saatavuutta. Lisäksi vahvistetaan sote-ammattilaisten osaamista polun eri vaiheissa ja levitetään hyviä käytäntöjä. Kehittämistyön aikana tehtiin laajaa sidosryhmätyötä. Työhön on osallistunut eri alan asiantuntijoita sekä kokemustoimijoita koko Manner-Suomen alueelta. Hankkeen etenemisestä ja hankkeen aikana kerätystä tiedosta ja hyvistä käytännöistä on viestitetty yhteistyöverkoston omissa ja avoimissa tapahtumissa, infokirjeissä sekä muiden tahojen järjestämissä tilaisuuksissa mm. Muistiliiton sekä hankkeen verkkosivuilla.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö toteutti Kansallisesta ikäohjelmasta ulkoisen arvioinnin. Tämän ulkoisen arvioinnin mukaan Kansallisen muistipalvelupolku -hankkeen vaikutusta on vielä tässä vaiheessa vaikea arvioida, koska arvioinnin aikana hanke oli vielä kesken eikä Muistipalvelupolkumallia ollut vielä kehitetty tai otettu käyttöön. Arvioinnin mukaan todennäköistä on, että mallilla voidaan yhtenäistää muistisairaille henkilöille ja heidän läheisilleen tarjottavaa palvelua, sujuvoittaa palvelupolkua ja kehittää palvelujen laatua sekä vahvistaa ammattilaisten osaamista muistisairauksista ja niiden hoitamisesta. (Valtioneuvosto 2023.)

Lisäksi ulkoisen arvioinnin mukaan kansallisen yhteistyöverkoston avulla on pystytty levittämään tietoa ja hyviä käytäntöjä alueella tehtävän palvelujärjestelmän kehittämistyön tueksi. FINGER-toimintamallin jalkauttamista on tehty koko hankkeen ajan ja tämä jatkuu hankkeen päätyttyä. FINGER-kehittäjäverkoston on tarkoitus jatkaa toimintaansa itsenäisesti ja materiaalia toimintamallin tueksi pyritään tuottamaan lisää. (Valtioneuvosto 2023.)

Ulkoisessa arvioinnissa todettiin, että yhteistyö eri toimijoiden ja sidosryhmien kanssa on ollut onnistunutta. Luomalla vapaasti muodostunut yhteistyöverkosto hankkeessa on onnistuttu keräämään ja levittämään arvokasta tietoa ja hyviä käytäntöjä kansallisesti. Tietoa on kerätty huomioimalla muistisairaiden henkilöiden ja heidän läheistensä, eri ammattiryhmien, sote-toimijoiden, järjestöjen ja oppilaitosten edustajien näkemyksiä ja kokemuksia. (Valtioneuvosto 2023.) Alueilla käytössä oleviin muistipalvelupolkumalleihin ja hyviin käytäntöihin on tutustuttu muun muassa vierailukäynneillä, seminaareissa ja yhteistyöpalavereissa.

Hanke päättyi vuoden 2023 lopussa ja hankkeen vaikutuksia pystytään parhaiten arvioimaan tulevaisuudessa, kun toimintamalli on ollut käytössä eri hyvinvointialueille ja se on juurtunut osaksi vakiintuneita palvelupolkukäytäntöjä. Varsinainen mallin jalkauttaminen ja vaikutusten arviointi ei toteudu tämän hankkeen rahoituksen aikana, joten se vaatii uutta rahoitusta ja riittäviä resursseja. Kehittämistyön aikana ei onnistuttu löytämään sopivia seurantaindikaattoreita, joten niitä pitäisi kehittää. THL:n rekisteritiedoista, kuten hoitoilmoitusrekisterit, ja Sotkanet saadaan tietoa iäkkäiden

palveluiden käytöstä, palvelujärjestelmästä ja kehityssuunnista. Väestötutkimuksissa kerätään tietoa väestön terveydestä, hyvinvoinnista ja palvelukokemuksista ja näiden muutoksista Näitä rekisteri- ja tutkimustietoja voitaisiin mahdollisesti hyödyntää arvioitaessa muistipolkumallin vaikutuksia.

8 Pohdinta ja kehittämissuosituksen

Lainsäädännöllä turvataan yksilön, myös muistisairaahan henkilön, oikeutta määrätä omasta elämästä, tehdä valintoja ja päättää itseään koskevista asioista. Henkilön omat toiveet, näkemykset, etu ja yksilölliset tarpeet tulee ottaa huomioon sosiaali- ja terveyspalveluja toteutettaessa. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, Suomen Perustuslaki 731/1999). Kehittämistyön aikana halusimme kuunnella ja kuulla kokemustoimijoiden ääntä ja rakentaa mallia muistisairaahan henkilön ja hänen läheistensä näkökulmasta saumattomaksi, toimivaksi ja mielekästä elämää tukevaksi palvelukokonaisuudeksi.

Kansallinen ikäpolitiikka painottaa iäkkäiden toimintakyvyn edistämistä, kotona asumisen edellytyksien turvaamista oikea-aikaisilla ja tarpeenmukaisilla palveluilla ja iäkkään henkilön osallisuuden vahvistamista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020; Valtioneuvosto 2022a & Valtioneuvosto 2021). Painopistettä halutaan siirtää korjauksista palveluista kohti varhaisempaa tukea ja apua sekä ennaltaehkäisyä (Hallitusohjelma 2023). Muistisairauksien tärkein riskitekijä on ikä, mutta myös monet elintapoihin liittyvät tekijät, kuten ylipaino, korkea verenpaine tai vähäinen liikunta, vaikuttavat muistisairauteen sairastumisen todennäköisyyteen. Kansallisessa muistipalvelupolkumallissa haluttiin vahvistaa elintapaohjausta polun kaikissa vaiheissa ja kytkeä vaikuttavaksi osoitettu FINGER-toimintamalli ja sen levittäminen osaksi kehittämistyötä. Työskentelyn aikana ilmeni tarve lisätä tietoisuutta FINGER-toimintamallista. Varsinkin asiakasohjauksessa, perusterveydenhuollossa ja kotihoidossa toimintamalli oli vielä hyvinkin tuntematon. Hankkeen aikana syntyi myös FINGER-kehittäjäverkosto tukemaan toimintamallin leviämistä.

Väestön ikääntymisen seurauksena niiden iäkkäiden henkilöiden määrä tulee kasvamaan, joilla muistisairaus hankaloittaa arjessa selviytymistä omin avuin. Toimintakyky ja siinä tapahtuneet muutokset pitäisikin ottaa puheeksi ikääntyneen henkilön kanssa tapahtuvissa kohtaamisissa, kuten neuvontapalveluissa, asiakasohjauksessa, perusterveydenhuollossa ja kotihoidossa. Muistisairaahan henkilöt tarvitsevat ja käyttävät sairauden edetessä monenlaisia palveluja, joita järjestetään ja tuotetaan yhteistyössä eri toimijoiden, kuten hyvinvointialueiden, kuntien, järjestöjen, seurakuntien, yritysten ja vapaaehtoisten, kanssa. Kansallista muistipalvelupolkua luodessa moniammatillinen yhteistyö yli sektori- ja ammattirajojen korostui. Eri toimijoiden erityisosaamisen hyödyntäminen ja muistisairaahan henkilön ja hänen läheistensä yksilöllisten tarpeiden huomioiminen auttavat sopivan palvelukokonaisuuden rakentamisessa.

Hankkeen ympärille luodun laajan yhteistyöverkoston asiantuntemus oli avainasemassa, kun mietittiin eri tahojen rooleja ja tehtäviä sekä yhteistyön muotoja. Kehittämistyön aikana käyty säännöllinen vuoropuhelu verkoston jäsenten kanssa lisäsi ymmärrystä ja auttoi mallin rakentamisessa. Tapaamiset tarjosivat jäsenille myös tilaisuuden verkostoitua keskenään ja levittää eri alueilla käytössä olevia hyviä käytäntöjä eteenpäin.

Kehittämistyö toi esille haasteita palvelupolulle pääsyssä. Muistisairauden varhaisia oireita ei aina itse tunnista tai osata tunnistaa läheisten tai ammattilaisten toimesta, jolloin muistipolulle pääseminen viivästyy. Toisinaan polku muistihäiriöepäilyn heräämisestä testeihin pääsemiseksi saattoi vaatia useiden eri toimijoiden työnäköistä ja viedä aikaa tai resurssien puute hidastaa prosessia. Muistihäiriötä epäiltäessä henkilön pitäisi päästä palvelujen piiriin mahdollisimman varhain, jotta toimintakyky ja itsenäistä selviytymistä voidaan tukea ja raskaiden, säännöllisten sosiaali- ja terveyspalveluiden aloittamista siirtää myöhemmäksi. Tämä auttaa hillitsemään palvelujärjestelmän kuormitusta ja kustannuksia. Tärkeintä on kuitenkin se, että muistisairaahan henkilön ei tarvitse odotella pitkiä aikoja epätietoisuudessa diagnoosin, hoidon tai avun saantia. Kansallisessa mallissa pyritään nopeuttamaan polulle pääsyä matkan kynnyksen palveluilla, muistitesteihin pääsyllä ilman lähetettä, vahvistamalla osaamista ja selkeyttämällä prosesseja. Periaatteena on, että huoli alkavasta muistihäiriöepäilystä käynnistää prosessin, joka tukee henkilön pääsyä muistipolulle, kannattelee palvelujärjestelmässä kulkemista, sovittaa saumattomasti yhteen hoitoa ja eri palveluita sekä tukee omannäköisen elämän jatkumista.

Polulla etenemisessä ilmeni haasteita, jotka vaikuttivat hoidon ja palveluiden jatkuvuuteen. Lähetekäytännöissä ilmeni vaihtelua, sovittuja toimintakäytäntöjä ei aina noudatettu, yhteistyö eri tahojen kesken ei aina sujunut parhaalla mahdollisella tavalla eivätkä asiakas- ja potilastietojärjestelmät tukeneet sujuvaa tiedonkulkua tai sektorit ylittävän hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelman luomista ja käyttöä. Myös resurssien ja osaamisen puute aiheutti haasteita. Kansallisessa mallissa kiinnitettiin huomiota toiminnan sujuvuuteen ja hoidon jatkuvuuteen muistisairaahan henkilön ylittäessä eri toimijoiden rajapintoja ja kulkiessa palvelupolkua pitkin: neuvonta, asiakasohjaus, perusterveydenhuolto, muistipoliklinikka, geriatrian ja neurologian poliklinikka, kotihoito, yhdistykset, järjestöt. Yhdessä sovitut, käytössä olevat konsultointi-, lähetekäytännöt, selkeä rooli- ja vastuujaako, sujuva tiedon kulku ja vastuutahojen nimeäminen varmistavat sitä, että hoito ja palvelut jatkuvat katkeamatta eikä kukaan tipu polulta pois. Muistisairaahan henkilön tai hänen läheisensä ei pitäisi kantaa vastuuta polulla pysymisestä, ellei hän itse tai yhdessä läheisten kanssa sitä halua. Muistihoidotajien rooli muistipolun alkuvaiheessa ja muistikoordinaattori polun loppupuolella korostuvat. Yksinasuvien ilman läheisapua elävien ja toimintarajoitteisten henkilöiden, maahanmuuttajataustaisen väestön ja eri kieli-, kulttuuri- ja etnisten vähemmistöryhmien erityistarpeiden huomioiminen on osa hyvää hoitoa.

Eri toimijoiden kanssa yhdessä laaditut hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmat, joissa jokaisen työpanos muistisairaahan henkilön hyväksi on määritelty, edesauttavat laadukkaan palvelukokonaisuuden toteutumista. Suunnitelman perusta on henkilön oma näkemys ja tarpeet.

Kotihoidossa hoidetaan yhä huonokuntoisempia iäkkäitä henkilöitä ja suurin osa heistä sairastaa muistisairautta. THL:n kyselyn mukaan kotihoidossa asiakkaan muistisairaudesta tunnistamista, etenemisen seuranta ja jatkohoidon toteutumista vaikeuttivat asiakassuhteiden vaihtuvuus, muistisairauksien ensioireiden moninaisuus, muiden pitkäaikaissairauksien oireet, asiakkaan sairautentunnottomuus, muistisairauteen liittyvät käyttäytymisen muutokset, vähäinen kokemus muistisairaiden henkilöiden kohtaamisesta sekä se, että asiakas kieltäytyy tarjotuista palveluista. Kotihoidon yksissä ei ollut tarpeeksi muistisairauksien hoitoon perehtyneitä työntekijöitä, jolta olisi saanut tukea ja apua tarvittaessa. Sen sijaan monissa kotihoidon yksiköissä oli vastaajien mukaan alueella käytössä työryhmä muistisairaiden henkilöiden hoidon, palvelutarpeen arvioinnin ja palvelujen järjestämisen tukena. Kansallisessa mallissa halutaan korostaa kotihoidon tärkeää roolia muistisairaiden henkilöiden jatkohoidon toteuttamisessa, muutosten seuraamisessa ja arjen sujuvuuden sekä läheisten jaksamisen tukemisessa. On tärkeää seurata säännöllisesti muistisairaudesta etenemisen vaikutuksia henkilön toimintakykyyn ja avuntarpeeseen ja reagoida muuttuneeseen tilanteeseen nopeasti. Tekniset apuvälineet ja etäpalvelut saattavat helpottaa muistisairaahan henkilön arkea ja tukea omatoimisuutta, mutta niiden soveltuvuutta ja käyttöä on syytä harkita tapauskohtaisesti yhdessä muistisairaahan henkilön ja hänen läheistensä kanssa.

Useat läheiset ja perheenjäsenet huolehtivat monista muistisairaahan henkilön arjen asioista, kuten asiointi- ja henkilökohtaisesta avusta. Läheisiään hoitavien joukko on heterogeeninen; osa heistä on vielä työelämässä, osa on iäkkäitä omaishoitajia ja osa voi toimia etäomaishoitajana. Läheisen muistisairaus koskettaa myös lapsia ja nuoria. Eri elämäntilanteissa ja -vaiheissa oleville läheisille ja omaishoitajille pitäisi löytää oikeanlainen ja tarpeenmukainen apu ja tuki mahdollistaen heille mielekäs elämä. Järjestöjen ja yhdistysten toiminta tukee läheisiä ja omaishoitajia, esimerkiksi tarjoamalla vertaistukea ja tietoa. Myös läheisille oman vastuuhenkilön nimeäminen voi tukea läheisten ja omaishoitajien jaksamista.

Laadukkaan hoidon ja tarpeenmukaisten palveluiden järjestämiseksi ammattilaisilta edellytetään osaamista muistisairauksien tunnistamisesta ja hoidosta sekä palvelujärjestelmän tuntemusta ml. yhdistysten ja järjestöjen tarjoamat mahdollisuudet. Osaaminen muodostuu tutkintoon johtavan koulutuksen lisäksi tämän perustutkinnon jälkeisestä erikoistumiskoulutuksesta, tai erikoisammattitutkinnosta sekä täydennys- ja lisäkoulutuksesta. Tarvittaessa riittävä tietotaito voidaan varmistaa konsultoimalla eri tahoja. Muistipolun kehittämistyön aikana ilmeni, että osaaminen aina terveyden edistämisestä muistisairauksien varhaiseen tunnistamiseen, diagnosointiin ja hoitoon sekä seurantaan kaippaa vahvistusta.

Koulutusta kaivattiin muun muassa varhaisten muistihäiriöiden tunnistamisesta, käytösoireista, kohtaamisesta sekä ulkomaalaistaustaisen väestön, kulttuuristen ja etnisten vähemmistöjen ja vammaisten henkilöiden kanssa toimimisesta. Kansallisessa mallissa nähdään tärkeänä, että jokainen ammattilainen tunnistaa alkavan muistisairauden oireet, huomio muistisairaahan henkilön ja hänen läheisensä yksilölliset tarpeet hoitoa ja palveluja suunniteltaessa ja toteutettaessa, tietää, miten tukea muistisairaahan henkilön päätöksentekoa ja itsemääräämisoikeutta, tuntee omaan työhön liittyvät toimintakäytännöt ja prosessit, tunnistaa oman osaamisensa ja osaa hakea tarvittaessa apua ja tukea muilta. Hyvinvointialueilla ja eri toimintayksiköissä pitäisi olla saatavilla riittävästi muistisairauksiin perehtyneitä ammattilaisia.

Kansallisessa muistipalvelupolku -hankkeessa keskityttiin erityisesti muistipalvelupolun alkupäähän: muistihäiriöiden varhaiseen tunnistamiseen ja palvelupolun alkamiseen, diagnoosin saantiin ja jatkohoidon aloittamiseen sekä seurannan käynnistymiseen. Kehittämistyö olisi kaivannut syvempää tarkastelua siitä, miten muistisairauksien eteneminen vaikuttaa muistisairaahan henkilön ja hänen läheistensä elämään ja kuinka joustavasti palvelujärjestelmä pystyy reagoimaan muuttuviin tarpeisiin. Lisäksi tietoa tarvittaisiin kotihoidon, yhteisöllisen asumisen, ympärivuorokautisen asumispalvelun ja perhehoidon välisestä yhteistyöstä muistisairaahan henkilön jatkohoidon toteuttamisessa ja hoitopaikan vaihtuessa. Muistissairaudet ovat hitaasti eteneviä ja parantumattomia sairauksia, joten elämänloppuvaiheen hoitoa on hyvä suunnitella ajoissa silloin, kun henkilö itse voi vielä ilmaista oman tahtonsa. Myös elämänloppuvaiheen hoidon toteutumisesta muistisairaahan henkilön kohdalla tarvitaan enemmän tietoa.

Hankkeen yksi suurimmista onnistumisista oli laajan yhteistyöverkoston muodostuminen ja verkoston mahtavan asiantuntemuksen hyödyntäminen kansallisen mallin rakentamisessa. Kiitos kansallisen mallin rakentamisesta kuuluu kaikille hankkeen eri vaiheissa mukana olleille.

8.1 Kehittämissuosituksia

Näiden kehittämissuositusten tarkoituksena on edistää yhdenvertaisen, laadukkaan ja hyvän muistipalvelupolun toteutumista kaikkialla Suomessa.

Hyvinvointialueella on luotu ja käytössä muistipalvelupolku aina aivoterveysten edistämisestä, varhaisesta puuttumisesta diagnosointiin ja hoitoon ja seurantaan. Palvelupolussa tulisi huomioida seuraavia elementtejä:

Aivoterveysten edistäminen ja toimintakyvyn ylläpitäminen

- terveyden edistäminen näkyy hyvinvointialueiden ja kuntien strategioissa ja sen toteutumista arvioidaan säännöllisesti ja valtuustokausittain
- FINGER-toimintamalli on otettu käyttöön
- kuntien hyvinvointia ja terveyttä edistävissä palveluissa
- hyvinvointialueen neuvonta- ja asiakasohjauksessa,
- terveysasemilla/-keskuksissa
- kotihoidossa
- geriatrisessa osaamiskeskuksessa
- muistiyhdistysten ja järjestöjen toiminnassa
- elintapaohjausta kehitetään ja tutkitaan huomioiden muun muassa uni ja mielenhyvinvointi
- luodaan uusia rakenteita, esimerkiksi kytkemällä elintapaohjaus osaksi ikä-/seniorineuvolatoimintaa

Muistisairauksien varhaisesta tunnistamisesta ja muistipalvelupolulle pääsemistä parannetaan

- eri yhteydenottokanavien säilyttäminen; sähköisten palveluiden lisäksi puhelin ja vastaanotot
- matalan kynnyksen palvelut, esimerkiksi terveystietokioskit, neuvontapistet
- hyvinvointialueiden muistipalvelupolkujen kuvaukset ja ohjeistukset verkkosivuilla helposti saatavilla, myös omaehtoisia riskitestejä kansalaisille
- muistisairauteen viittaavien oireiden huomioiminen esimerkiksi pitkäaikaissairauksien kontrollikäynnillä tai ajoterveyttä arvioitaessa
- perusselvityksiin pääsy ilman lähetettä, muistihoitaja-lääkäri työparimalli terveyskeskuksessa
- osaamisen vahvistaminen asiakasohjauksessa, terveysasemilla/-keskuksessa, kotihoidossa ja työterveyshuollossa. Osaamisen vahvistaminen edellyttää riittävän henkilöstömäärän lisäksi muistisairauksiin erikoistumiskoulutuksen saaneiden ammattilaisten, kuten muistihoitajien kouluttamista ja geriatrista osaamista alueelle ja eri toimipisteisiin. Lisäksi tarvitaan jatkuvaa koko henkilöstön lisä-/täydennyskoulutusta ja uusien työntekijöiden perehdyttämistä
- osaamisen vahvistaminen ulkomaalaistaustaisen väestön, kielellisten, kulttuuristen ja etnisten vähemmistöjen ja vammaisten henkilöiden kohtaamiseen ja muistitestien tekemiseen. Lisäksi tarvitaan näille ryhmille kehitettyjen muistitestien kehittämistä, käyttöönottoa ja Muistitulkien kouluttamista.
- Työvälineitä varhaiseen puuttumiseen, kuten huolen puheeksi ottaminen ja Huoli-ilmoitus

Muistipolulla kulkemista, diagnosointia ja hoidon jatkuvuutta parannetaan

- tutkimusten ja hoidon aloitusten keskittäminen geriatriin osaamiskeskuksiin ja työikäisten kohdalla neurologian poliklinikoille, ikäraja voi vaihdella hyvinvointialueittain
- yhteistyö-, konsultaatio- ja lähetekäytännöt polun eri vaiheille varhaisesta tunnistamisesta hoitoon ja seurantaan ja eri tahojen kanssa on määritelty ja on käytössä: neuvonta- ja asiakasohjaus, terveyskeskus, geriatrinen osaamiskeskus, erikoissairaanhoido, työterveyshuolto, kotihoito, yhdistykset ja järjestöt
- eri tahojen roolit ja vastuutahot määritelty, erityisesti rajapinnoilla
- muistisairaalle henkilölle oma vastuuhenkilö, esimerkiksi muistikoordinaattori, joka ohjaa ja neuvoo sekä varmistaa, että polulla kulkeminen on sujuvaa, palvelu- ja hoito-, kuntoutussuunnitelmat toteutuvat ja muuttuviin tilateisiin reagoidaan. Muistisairaalle henkilölle ja hänen läheisilleen on tärkeää, että heillä on tiedossa ainakin yksi taho, johon voi aina ottaa yhteyttä
- yhteensovitetuista asiakas- ja potilastietojärjestelmiä ja muita yhdessä sovittuja yhteydenottokeinoja, tietosuoja, tietoturva ja asiakkaan lupa huomioiden
- riittävä henkilöstömäärä ja muistiosaamisen varmistaminen: jatkuvan koulutuksen ja perehdytyksen malli, koulutusmateriaalin tuottaminen

Asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin perustuvan palvelukokonaisuuden rakentaminen

- moniammatillinen työskentelytapa: hoitoa ja palveluja suunnitellaan muistisairaalle henkilön yksilöllisten tarpeiden mukaan ja siihen osallistuu tarvittaessa geriatri, neurologi, lääkäri, muistihoitaja ja -koordinaattori, fysio-, puhe-, ravitsemus- ja toimintaterapeutti, psykologi sekä lisäksi muun muassa asiakasohjaajat, sosiaalitoimen työntekijät, perhehoidon työntekijät ja muistiyhdistysten ja järjestöjen toimijat
- hoito-, palvelu- ja/tai kuntoutussuunnitelman laatiminen eri toimijoiden yhteistyönä kunnioittaen muistisairaalle henkilön näkemyksiä, toiveita ja arvomaailmaa sekä kuunnellen perheen jäsenten ja muiden läheisten mielipiteitä.
- osaamisen vahvistamista muistisairaiden hoidossa, vuorovaikutustaidoissa, yksilöllisen palvelukokonaisuuksien rakentamisessa ja moniammatillisessa tiimityöskentelyssä

Muistisairaalle henkilön omannäköisen arjen ja mielekkään elämän tukeminen

- muistisairaalle henkilön näkemysten, toiveiden ja tarpeiden selvittäminen ja kunnioittaminen sekä toimijuuden tukeminen huomioiden yksinasuvien ilman läheisiä olevien, maahanmuuttotilanteen väestön, etnisten vähemmistöjen ja vammaisten henkilöiden arvoja ja näkemyksiä
- yksilöllinen ohjaus ja tuki, asioiden kertaaminen, kirjallisia ohjeita ja eri kommunikointitapoja hyödyntäen

- uusia innovatiivisia tapoja tukea arkea ja mielekästä elämää, myös teknologian hyödyntäminen henkilön kyvykkyyden ja halukkuuden mukaan tietosuoja ja tietoturva huomioiden
- muistiyhdistysten, järjestöjen ja vapaaehtoisten toiminnan hyödyntäminen
- muistiystävällisten asumis- ja asumisympäristön luominen
- osaamisen vahvistaminen muistisairaiden henkilöön kohtaamisessa ja itsemääräämisoikeuden tukemisessa sekä tulevaisuuden ennakkoinnissa ja suunnittelussa, kuten edunvalvonnan ja hoitotahdon tekeminen. Vahvistetaan osaamista eri kommunikaatiovälineiden ja tuetun päätöksenteon -välineiden käytöstä

Omaisten ja läheisten elämän tukeminen

- Muistisairaus koskettaa sairastuneen henkilön koko lähipiiriä. Läheiset hoitavat muistisairasta henkilöä eri elämäntilanteissa ja erilaisilla voimavaroilla. Läheisten näkemykset, huolenaiheet ja yksilölliset tarpeet tulee kuulla ja etsiä niihin toimivia ratkaisuja. Myös lasten ja nuorten kuuleminen ja tukeminen kuuluu kokonaisvaltaiseen, hyvää hoitoon. Tarvittaessa hyödynnetään lasten ja nuorten kanssa toimivien työntekijöiden asiantuntemusta avun ja palvelujen suunnittelussa ja toteuttamisessa.
- omaishoitajien jaksamisen tukeminen esimerkiksi nimeämällä heille omatyöntekijä, mahdollistamalla vapaapäivät tai työssäkäynti sekä oman elämän säilyttäminen. Myös hoidettavan päiväkeskustoimintaan osallistuminen tai perhehoito tukevat omaishoitajien jaksamista.
- yhdistysten, järjestöjen ja vapaaehtoisten tarjoamien palveluiden, koulutusten, materiaalin ja vertaistuen hyödyntäminen
- uusia innovatiivisia tapoja tukea omaisten ja läheisten arkea ja mielekästä elämää, myös teknologian hyödyntäminen henkilön kyvykkyyden ja halukkuuden mukaan tietosuoja ja tietoturva huomioiden
- osaamisen vahvistaminen omaisten kohtaamisesta, uupumisen merkkien tunnistamisesta, omaisille tarjolla olevista palveluista ja taloudellisista ja muista tukimuodoista

8.2 Toimenpide-ehdotuksia jatkotyöskentelyyn

1. Terveyden edistämisen ja toimintakyvyn ylläpitäminen jatkamalla FINGER-toimintamallin levittämistä ja sen vaikutusten seuranta. Lisäksi pitäisi tutkia, miten mielen hyvinvointi ja hyvä uni voitaisiin sisällyttää elintapaohjaukseen.
2. Kansallisen muistipalvelupolun kehittämissuosituksen levittäminen hyvinvointialueilla ja kuntien HYTE-toimintaan.
3. Kotiin annettavien palvelujen piirissä olevien muistisairaiden henkilöiden, erityisesti ilman läheisiä olevien yksinasuvien, palvelupolun kehittäminen huomioiden kognitiivisen toimintakyvyn alenemisesta johtuva palvelutarpeen kasvu ja miten palvelujärjestelmä pystyy siihen joustavasti reagoimaan.
4. Muistipalvelupolun ulottaminen eri asumispalveluihin, aina elämän loppuvaiheen hoitoon.
5. Vammaisten henkilöiden ja ulkomaalaistaustaisen väestön sekä kielellisten, kulttuuristen ja etnisten vähemmistöjen tasavertaista ja oikea-aikaista muistipalvelupolulle pääsyä ja polulla kulkemista pitäisi tarkemmin selvittää ja kehittää.
6. Työikäisten palvelupolun syvempi tarkastelu ja kehittäminen työterveyshuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sekä sosiaalitoimen kesken.
7. Kansalaisten ja viranomaisten tietoisuuden lisääminen aivoterveystien edistämisestä ja muistisairauksista sekä muistisairauksiin liittyvän kielteisen mielikuvan, stigman, vähentäminen tuottamalla selkokielistä materiaalia ja hyödyntämällä eri viestintäkanavia ja toimijoita.

Liite 1 Työryhmä, asiantuntijat ja yhteistyökumppanit

Muistipalvelupolku -hankkeen työryhmä

Teija Hammar, johtava asiantuntija, hankkeen vetäjä, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Jenni Kulmala, erikoistutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, professori Tampereen yliopisto

Terhi Lampio, korkeakouluharjoittelijana, Tampereen yliopisto

Tiia Ngandu, tutkimuspäällikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Marjaana Pennanen, erikoistutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Ella Plaami, korkeakouluharjoittelijana, Tampereen yliopisto

Pia Pulkkinen, asiantuntija, hankkeen vetäjä, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Hanna-Maria Roitto, geriatrician dosentti, asiantuntijalääkäri, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, kliininen opettaja, Helsingin yliopisto ja HUS

Elli Uusikoski, korkeakouluharjoittelijana, Helsingin yliopisto

Vammaisten henkilöiden palvelujärjestelmän asiantuntijat

Marika Kangas-Aramo, erikoissuunnittelija, THL

Rut Nordlund-Spiby, asiantuntija, THL

Saamelaisten asioiden asiantuntijat

Ristenrauna Magga, toiminnanjohtaja, SamiSoster ry

Anne Näkkäläjärvi, kehittämisspäällikkö, SamiSoster ry

Merja Pieski, toiminnanohjaaja, Birgen Ruovttus-hanke, SamiSoster ry

Mielenhyvinvointi ja osallisuus, asiantuntijat

Sirkkaliisa Heimonen, johtaja, Ikäinstituutti

Tamara Björkqvist, koordinaattori, Ikäinstituutti

Yhteistyökumppanit

Ikäinstituutti

Kuntien ja sote alueiden ammattilaiset, johtajat ja päättäjät

Miina Sillanpään säätö

Muistiliitto ry ja muistiyhdistykset

Kulttuurinen Moninaisuus –Muistikeskus ry (MUKES)

SamiSoster ry

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM)

THL:n sisäiset verkostot: iäkkäiden palvelut, elintapaohjaus, sote-kehittäminen

Vanhus- ja lähimmäispalvelujen liitto ry (VALLI)

Vanhustyön keskusliitto ry (VTKL)

Yliopistot (Helsinki, Itä-Suomi, Tampere, Åbo)

Liite 2 Käsitteet

CAIDE riskitesti

arvioi henkilön todennäköisyyttä sairastua muistisairauteen huomioimalla riskitekijöitä. Testistä saatu kokonaispistemäärä kertoo, mikäli riski sairastua muistisairauteen on kohonnut. Testi on tarkoitettu 39–64-vuotiaille. Riskitesti on kehitetty THL:n ja Itä-Suomen yliopiston CAIDE-tutkimuksessa.

CERAD-tehtäväsarja

Muistisairauksiin, erityisesti Alzheimerin tautiin liittyvän kognitiivisen häiriön arviointiin kehitetty ja asianmukaisen koulutuksen saaneiden ammattihenkilöiden käytettäväksi tarkoitettu testipatteristo.

CPS

Cognitive Performance Scale (0–6) kuvaa henkilön kognitiota lähimuistin, ymmärryksen tulemisen, päätöksentekokyvyn, itsenäisen syömisen ja tajunnan tason osalta.

Dementia

on oireyhtymä, jossa tiedonkäsittely heikkenee laaja-alaisesti ja johtaa toimintakyvyn heikentymiseen aikaisempaan suoritustasoon verrattuna. Tämä vaikuttaa itsenäiseen selviytymiseen jokapäiväisissä toiminnaissa, työssä tai sosiaalisissa suhteissa.

Diagnostiikka

on muistioireiden syiden selvittämistä. Diagnoosin antamisesta vastaa lääkäri. [Käypä hoito -suositukset](#) määrittelevät diagnostiikkaa ja oireiden arviointia.

Edunvalvontavaltuus

on syytä tehdä jo ennen muistisairauden kehittymistä siltä varalta, että henkilö ei itse pysty myöhemmin hoitamaan asioitaan. Valtuus kirjataan valtakirjaan, johon voi nimetä etukäteen, kuka saa toimia edunvalvojana eli hoitaa henkilön asioita ja miten niitä saa hoitaa. [Edunvalvontavaltuus eli tuen tarpeen ennakointi](#)

Ensitieto

Ensitieto on tukea, apua, ohjausta ja neuvontaa muistisairaudesta, sen oireista ja etenemisestä, ennaltaehkäisystä, hoidosta, palveluista, kuntoutuksesta ja sairauden kanssa elämisestä. Tarkoituksena on tukea muistisairaahan henkilön ja hänen läheisensä elämän hallintaa, voimavarjoja ja toimintaedellytyksiä.

Etenevä muistisairaus

on dementiaan johtava aivosairaus. Suomen [Käypä hoito -suositukset](#) mainitsevat yleisimmiksi eteneviksi muistisairauksiksi Alzheimerin taudin (AT), vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen (VCI) eli aivoverenkiertosairauden (AVH) muistisairaus (AVH: isojen suonten tauti, pienten suonten tauti ja tiedonkäsittelyn kannalta kriittisellä alueella olevat infarktit), AT + AVH, Lewyn kappale -patologiaan liittyvät sairaudet, kuten Lewyn kappale -tauti (LKT), Parkinsonin taudin muistisairaus (PT-muistisairaus) sekä otsa-ohimolohkorappeumat (otsalohkodementia ja primaariset etenevät afasiat).

FINGER-toimintamalli

on monimuotoinen elintapaohjelma ja toimintamalli, jonka THL on laatinut FINGER-tutkimuksessa saatujen tulosten pohjalta. Sen avulla terveydenhuollon toimijat voivat luoda muistisairauden ehkäisyn toimenpiteitä. Malliin kuuluu muistisairauden riskissä olevien henkilöiden tunnistaminen ja toimintamallin mukaisen harjoitteluohjelman tarjoaminen heille. Ohjelma sisältää ravitsemusohjausta, nousujohteista liikuntaharjoittelua, muistiharjoituksia ja sydän- ja verisuonitautien riskien hallintaa. Toimintamalli sisältää muistisairauden riskitestin. [FINGER-toimintamalli](#)

FINGER-tutkimus

on THL:n toteuttama tutkimus, joka on osoittanut, että elintapoja muuttamalla terveellisemmiksi muistisairauden riskissä olevilla henkilöillä on mahdollisuus säilyttää muisti- ja ajattelutoimintojaan pidempään ja siirtää muistisairauden alkamista myöhäisemmäksi. [FINGER-tutkimushanke](#)

Geriatristi

on iäkkäiden ihmisten sairauksiin, ennaltaehkäisyyn, kuntoutukseen ja hoitoon erikoistunut lääkäri.

Geriatristia

on lääketieteen erikoisala, joka on keskittynyt iäkkäiden henkilöiden sairauksiin, kuntoutukseen, ennaltaehkäisyyn ja loppuvaiheen hoitoon. Se kattaa fyysisiä, henkisiä, toiminnallisia ja sosiaalisia olosuhteita koskevan kokonaisvaltaista näkemystä edellyttävän hoidon, jossa tavoitteena on säilyttää iäkkään potilaan itsenäinen toimintakyky ja elämänlaatu. Geriatrian potilaat ovat useimmiten 65 vuotta täyttäneitä, mutta ikäraja geriatrian poliklinikoilla vaihtelee Suomessa ja voi olla 75 vuotta. Geriatriiset ongelmat yleistyvät yleensä yli 80-vuotiaiden ikäryhmässä. ([Geriatric Medicine, definition by the Geriatric Section of UEMS.](#))

Geriatrian poliklinikka / geriatriinen poliklinikka / geriatriinen osaamiskeskus

on ikäihmisten hoitoon erikoistunut poliklinikka, jolla työskentelee geriatriaan erikoistuneita lääkäreitä, sairaanhoitajia, muistihoitajia ja muistikoordinaattoreita sekä

mahdollisuuksien mukaan fysioterapeutteja, psykologeja, puheterapeutteja. Poliklinikalle pääsy saattaa edellyttää lähetettä.

Hoitopolku / hoitoketju

on palvelukokonaisuus, jossa huomioidaan asiakkaan/ potilaan tarpeet sekä hoito sosiaali- ja terveydenhuollon eri tasoilla sairauden eri vaiheissa. Hoito on moniammatillista ja siihen osallistuvat omaiset. Polkuun kuuluvat esimerkiksi kotihoidon (kotipalvelu ja kotisairaanhoido), kuntoutuksen, välimuotoisten palvelujen, jaksohoidon, päiväkeskusten, palvelutalojen ja järjestöjen tarjoamat palvelut. Käypä hoito -suositukset antavat ohjeita muistisairaahan henkilön hoidosta.

Hoitoketjut ovat paikallisiin oloihin sovellettuja, hoitosuosituksiin perustuvia kannanottoja hoitopäätösten tueksi ja työnjaon selkeyttämiseksi. Hoitoketjujen tavoitteena on turvata asiakasnäkökulmasta potilaan hoidon tarkoituksenmukaisuus ja sujuvuus yli organisaatorajojen sekä eri ammattiryhmien kesken. Niiden päämääränä on myös yhtenäistää hoitokäytäntöjä sekä selkiyttää tutkimusten ja hoidon porrastusta.

Karman (1999) esittämä: "Hoitoketjulla tarkoitetaan yleensä alueellista palvelukokonaisuutta, sopimusta siitä, miten potilasta tietyssä tilanteessa tutkitaan ja hoidetaan terveydenhuollon eri tasoilla sekä potilaan että palvelujärjestelmän kannalta tarkoituksenmukaisimmin ja riittävän laadukkaasti."

Hoito- ja palveluketjut ovat alueellisia toimintaa ohjaavia johtamisen ja kehittämisen työvälineitä. Niiden avulla määritellään asiakkaan sairauteen, ongelmaan tai muuhun asiakokonaisuuteen liittyvä organisaatorajat ylittävä palveluprosessi

Hoitotahto

on henkilön ilmaisema toive hänen elämänsä loppuvaiheen hoidon järjestämisestä. Hoitotahto on hyvä tehdä siltä varalta, että henkilö ei itse pysty osallistumaan hoitopäätöksiin esimerkiksi tajuttomuuden tai muistisairauden vuoksi. Hoitotahdon voi tehdä Kanta-järjestelmään. (Esim. [THL](#).)

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen HYTE –toiminta

on toimia ja tehtäviä, joiden tavoitteena on väestön hyvinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn lisääminen ja sairauksien ehkäisy. Hyvinvointialueiden ja kuntien tulee tehdä hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi yhteistyötä muiden HYTE-työtä tekevien julkisten toimijoiden, yleishyödyllisten järjestöjen ja yksityisten yritysten kanssa ja edistettävä niiden toimintaedellytyksiä. Hyvinvointialueen on neuvoteltava vähintään kerran vuodessa yhdessä alueensa kuntien sekä muiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyötä tekevien toimijoiden kanssa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä koskevista tavoitteista, toimenpiteistä, yhteistyöstä ja seurannasta. Hyvinvointialueiden ja kuntien on strategisessa suunnittelussaan asetettava hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi tavoitteet ja määriteltävä tavoitteita tukevat toimenpiteet. Niiden on otettava päätöksenteossaan huomioon päätöstensä arvioidut vaikutukset ihmisten

hyvinvointiin ja terveyteen väestöryhmittäin ([Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021](#)).

ICD-10

kansainvälinen tautiluokitusjärjestelmä, jota on käytetty Suomessa.

Itsemääräämisoikeus

on jokaisen perustuslaillinen oikeus. Se merkitsee oikeutta vaikuttaa itseään ja hoitoaan koskevaan päätöksentekoon sekä muun muassa yhdenvertaisuutta ja koskemattomuutta. Terveyden- ja sairaanhoidossa itsemääräämisoikeuden lähtökohtana on kunnioittaa potilaan tahtoa ja suojata hänen oikeuttaan hoitoon silloinkin, kun hän itse ei kykene päättämään hoidostaan. Useat lait määrittelevät itsemääräämisoikeutta. Teemmällä hoitotahdon, henkilö voi ilmaista toiveitaan etukäteen siltä varalta, että ei pysty sairauden vuoksi sitä esimerkiksi hoitotilanteessa ilmaisemaan. (Esim. [Lääkäriliitto](#).)

Kognitiiviset oireet

eli tiedonkäsittelyn oireet tarkoittavat ongelmia, jotka tulevat esiin tiedonkäsittelyn eri osa-alueilla tapahtuvana heikentymisenä, kuten tarkkaavuudessa, toiminnanohjauksessa, abstraktissa ajattelussa, orientaatioissa, kielellisissä toiminnoissa, muisti-toiminnoissa tai visuo-spatiaalisissa tai visuo-konstruktiiivisissa toiminnoissa.

Kognitio

tarkoittaa tiedonkäsittelyyn liittyviä taitoja, kuten havaitsemista, ajattelua ja muistamista.

Lievä kognitiivinen heikentyminen / MCI (mild cognitive impairment)

tiedonkäsittelyssä eli kognitiossa havaittava oire, joka ei merkittävästi heikennä toimintakykyä.

Läheinen

Omainen, ystävä, tuttava, naapuri

Lääkehoito

Tiettyihin muistisairauksiin, kuten Alzheimerin tautiin, Lewyn kappale -tautiin, Parkinsonin taudin muistisaurateen, on tarjolla lääkehoitoa, joka hillitsee muun muassa neuropsykiatristen oireiden kehittymistä ja tukee toimintakykyä. Lääkehoidosta suositetaan [Käypä hoito -suositukset](#).

Lääkkeettömät hoitomuodot

Lääkkeettömässä hoidossa pyritään tunnistamaan oireita laukaisevat tekijät, jolloin niiden esiintymistä voidaan vähentää tai välttää. Keinoja muun muassa asumisympäristön muokkaaminen, musiikki-, taide- ja toimintaterapiat.

Muistihoitaja

on hoitaja, joka on perehtynyt etenevien muistisairauksien hoitoon ja toimii lääkärin työparina muistisairauksien tunnistamisessa, taudinmäärittämisessä ja hoidossa.

Muistikoordinaattori

on terveyden- tai sosiaalihuollon ammattihenkilö, joka ohjaa muistisairaahan hoidon kokonaisuutta ja tukee sairastunutta ja tämän perhettä.

Muistiluotsi

Valtakunnallinen Muistiluotsi-verkosto on kansallinen ja se koostuu Muistiliiton jäsenyhdistysten ylläpitämistä alueellisista asiantuntija- ja tukikeskuksista. Ne tarjoavat apua ja tukea muistisairaille ja heidän läheisilleen, tekevät työtä saattaakseen muistisairaiden henkilöiden äänen kuuluviin ja edistääkseen yhdenvertaisuutta. Verkosto vahvistaa erityisesti muistisairauksiin liittyvää vapaaehtois- ja vertaistoimintaa. [MUISTILUOTSI asiantuntija- ja tukikeskuksen verkkosivut](#)

Muistioire

on työ-, tapahtuma- tai asiamuistissa ilmenevä heikkous. Uuden oppiminen on tehotonta ja keskustelussa samat asiat toistuvat. Muistisairauden varhaisia oireita voivat olla myös harhat tai harhaluulot ja kielelliset oireet, toiminnanohjauksen vaikeudet ja hahmottamisen vaikeudet ym.

Muistipoliklinikka

on perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon moniammatillinen yksikkö, jonka työntekijät ovat perehtyneet muistiongelmien selvittämiseen. Muistipoliklinikalla muistihoitaja voi tehdä muistiongelmiin liittyvät alkuselvitykset ja jatkotutkimukset.

Muistisairaus

heikentää muistia ja muita tiedonkäsittelyn (kognitiivisia) toimintoja. Etenevät muistisairaudet johtavat useimmiten muistin ja tiedonkäsittelyn dementia-asteiseen heikentymiseen. Muistisairauksien kliininen kirjo on laaja ja joissain taudin muodoissa muistioireet ilmenevät vasta myöhäisessä vaiheessa.

Muistitesti

on väline, jolla hoitaja tai lääkäri voi arvioida henkilön kognitiota eli tiedonkäsittelytaitoja, muistitoimintoja, toimintakykyä ja päätöksentekoa. Testejä on erilaisia ja niistä voi lukea esimerkiksi Suomen muistiasiantuntijoiden sivuilta ([Testejä kognition arviointiin](#)). Testitulanteessa on hyvä muistaa, että silmälasit ja kuulolaite ovat käytössä.

Neurologi

on neurologian erikoisalaan erikoistunut lääkäri.

Neurologia

on lääketieteen erikoinen, johon kuuluvat keskushermoston eli aivojen, selkäytimen, ääreishermoston ja lihaksiston oireiden, poikkeamien, vaivojen ja sairauksien selvitys ja hoito. Neurologisiin sairauksiin kuuluvat mm. kognitiiviset häiriöt, muistivaikeudet, tasapaino- ja näköhäiriöt.

Neurologinen poliklinikka

on hermoston elimellisten sairauksien tutkimiseen ja hoitoon erikoistunut terveydenhuollon yksikkö, jossa voi toimia eritasoisia terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Neurologian poliklinikka on osa erikoissairaanhoidon ja vastaanotolle tarvitaan lähe.

Neuvonta ja asiakasohjaus

Neuvonnan tarkoituksena on hyvinvoinnin ja osallisuuden edistäminen ohjaamalla ja tukemalla iäkkäitä henkilöitä yksilöllisesti mielekkäisiin ja toimintakykyä ylläpitäviin toimintoihin. Palveluja voivat tarjota hyvinvointialueet, kunnat, 3.sektorin toimijat, vapaaehtoistyöntekijät ja yritykset.

Jos neuvonnassa herää tarve henkilön toimintakyvyn ja avuntarpeen tarkemmalle selvittelylle, käynnistyy asiakasohjauksen palvelutarpeen arviointiprosessi. Palveluntarve arvioidaan yhdessä asiakkaan, tarvittaessa myös läheisen, kanssa RAI-arviointia ja muita arviointivälineitä hyödyntäen sekä täydennetään asiakassuunnitelmalla tai muulla vastaavalla suunnitelmalla. Palveluista tehdään joko myönteinen tai kielteinen päätös. Asiakasohjauksessa moniammatillisella osaamisella ohjataan asiakasvirtoja ja varmistetaan tarpeen mukainen apu ja tuki sitä tarvitseville

Omahoitovalmennus

Omahoitovalmennus-toiminta® on ryhmämuotoista, osallistujien toiveiden mukaan räätälöityä ja omahoitotaitoja valmentavaa muistiohjausta iäkkäille ihmisille muistisairauden varhaiseen vaiheeseen. Toiminnan tavoitteena on edistää osallistujien hyvinvointia ja voimaantumista. Toiminnan keskeisiä elementtejä ovat voimavara- ja asiakaslähtöisyys, omahoitotaitojen ja minäpystyvyyden vahvistaminen, vertaistuki ja ryhmänohjaajien valmentava ote. Vanhustyön keskusliitto kehittää ja implementoi Omahoitovalmennus-toimintaa sekä kouluttaa Omahoitovalmennus-ohjaajia. Iäkkäille pariskunnille suunnattuja Omahoitovalmennus-ryhmiä toteutetaan alueellisena yhteistyönä eri toimijoiden kesken, esimerkiksi muistiyhdistys, omaishoitajayhdistys, hyvinvointialue ja kunta. (VTKL 2023.)

Omaishoito

tarkoitetaan vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön hoidon ja huolenpidon järjestämistä kotiloissa omaisen tai muun hoidettavan läheisen henkilön avulla. Omaishoidon tuki on kokonaisuus, joka muodostuu hoidettavalle annettavista tarvittavista palveluista sekä omaishoitajalle annettavasta hoitopalkkiosta, vapaasta ja omaishoitoa

tukevista palveluista. Omaishoito on harkinnanvarainen sosiaalipalvelu, jonka myöntää hyvinvointialue. [Laki omaishoidon tuesta](#)

Omaishoitaja

Laki omaishoidon tuesta (937/2005) määrittelee omaishoitajan henkilöksi, joka on tehnyt omaishoitosopimuksen hyvinvointialueen kanssa. [Laki omaishoidon tuesta](#)

Laveamman määritelmän mukaan omaishoitaja on henkilö, joka pitää huolta perheenjäsenestään tai muusta läheisestään, joka sairaudesta, vammaisuudesta tai muusta erityisestä hoivan tarpeesta johtuen ei selviydy arjestaan omatoimisesti. Omaishoitaja voi huolehtia läheisestään täyspäiväisesti tai esimerkiksi työnsä ohella. Lähde Suomen omaishoidon verkosto [Tieto omaishoidosta \(Omaishoitajaliitto\)](#)

Ovet-valmennus

Ovet-valmennus® tukee omaishoitajuutta ja helpottaa etenemistä omaishoidon polulla. Valmennus tukee omaishoitajaa ja sairastunutta henkilöä. Valmennuksen aikana voi muun muassa saada tukea, keskustella ja tutustua toisiin omaishoitajiin. [Ovet-valmennus](#)

Palliatiivinen hoito

on potilaan aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa silloin, kun kuolemaan johtava tai henkeä uhkaava sairaus aiheuttaa potilaalle ja hänen läheisilleen kärsimystä ja heikentää heidän elämänlaatua (Maailman terveysjärjestön, WHO:n määritelmä). Vaikka määritelmän mukaan palliatiivinen hoito ei ole ajallisesti rajattu mihinkään tiettyyn sairauden vaiheeseen, sen tarve kasvaa kroonisten sairauksien edetessä ja kuoleman lähestyessä.

Etenevän muistisairauden loppuvaiheessa taudin kulkuun ei enää voida olennaisesti vaikuttaa vaan hoidon päämääränä on lievittää kärsimystä ja vaalia elämänlaatua. Päätös siirtymisestä palliatiivisen hoitolinjaan tai saattohoitopäätöstä suositellaan kuvattavan lisäämällä potilaan diagnooseihin ICD-10 koodi Z51.5 - Palliatiivinen hoito tai saattohoito.

Palvelupolku

Asiakkaan palvelutarpeeseen perustuva suunnitelmallinen ja yksilöllisesti toteutettava eri palvelujen vaiheittain etenevä kokonaisuus [Linkki termipankin määritelmään](#)

Palveluketju

Palveluketju tarkoittaa järjestämisen näkökulmasta tietyille asiakasryhmälle etukäteen joko pääpiirteissään tai täsmällisesti määriteltyä perättäin ja osin yhtäaikaaisesti toteutuvien palvelujen saumatonta prosessia, jonka tavoitteena on saavuttaa asiakkaiden elämäntilanteessa tai terveydentilassa toivottu muutos. Palveluketjun määrittelyssä kuvataan toimijoiden työnjako ja vastuut. Tuotantotasolla palvelujen tuottajat toimivat yhteistyössä ja sovittavat palvelut yhteen etukäteen määriteltyjen periaatteiden

mukaisesti. Palveluja voivat tuottaa eri toimialojen ja sektorien palveluntuottajat. Asiakas osallistuu oman yksilöllisen palveluketjunsuunnitteluun ja palvelujen valintaan, ja hän saa siihen tarvitsemansa tuen.

Perhehoito

Perhehoito on hyvinvointialueen järjestämää sosiaalipalvelua, josta säädetään perhehoitolaissa (263/2015, liite 1). Perhehoito järjestetään perhehoitajan yksityiskodissa tai ikäihmisen kotona. Hyvinvointialue voi järjestää perhehoitoa tekemällä toimeksiantosopimuksen perhehoitajan kanssa tai sopimuksen perhehoidon järjestämisestä yksityisen perhehoidon tuottajan kanssa. Perhehoito voi olla jatkuvaa tai lyhytaikaista.

[Hyvää perhehoitoa ikäihmisille -tietopaketti](#)

Poliklinikka (lyhenne pkl)

voi toimia sairaalan osastona ja päivystävänä sairaanhoidon hoitoyksikkönä. Poliklinikat ovat osa avohoitoa. Siellä tutkitaan ja hoidetaan potilaita, jotka eivät tarvitse sairaanhoitoa yön yli. Poliklinikalla voi toimia eritasoista terveydenhuollon henkilökuntaa.

RAI-järjestelmä (Resident Assessment Instrument)

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012) velvoittaa hyvinvointialueita arvioimaan iäkkäiden henkilöiden palvelutarvetta ikääntyneiden säännöllisissä palveluissa ja asiakasohjauksessa. RAI-järjestelmä on standardoitu tiedonkeruun ja havainnoinnin välineistö. RAI-arviointivälineistöä käyttämällä arvioidaan iäkkäiden henkilöiden toimintakykyä, terveydentilaa ja palvelutarvetta yhdenmukaisesti ja monipuolisesti. RAI-arvioinnin tuottaman tiedon avulla palvelut pystytään suunnittelemaan yksilöllisesti ja kohdentamaan tarpeenmukaisesti heille, jotka niitä tarvitsevat.

[Palvelutarpeiden arviointi RAI-järjestelmällä](#)

Saattohoito

on osa palliatiivista hoitoa, joka ajoittuu viimeisille elinviikoille tai -päiville.

Saattohoitopäätös

ilmaisee palliatiivisen hoitolinjan vaiheen, jossa hoidetaan kuolevaa potilasta.

Toimintakyky

tarkoittaa yksilön kognitiivisia, fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia edellytyksiä selviytyä hänelle merkityksellisistä ja välttämättömistä elämän toiminnoista omassa elinympäristössään. Toimintakykyä voidaan tukea muokkaamalla ympäristöä, palveluilla ja muiden ihmisten tarjoamalla avulla.

Yhteisöllinen asuminen

tarkoitetaan hyvinvointialueen järjestämää asumista esteettömässä ja turvallisessa asumisyksikössä, jossa henkilön hallinnassa on hänen tarpeitaan vastaava asunto ja jossa asukkaille on tarjolla sosiaalista kanssakäymistä edistävää toimintaa.

Yhteisöllistä asumista järjestetään henkilölle, joka tarvitsee sitä sillä perusteella, että hänen toimintakykynsä on alentunut ja hoidon ja huolenpidon tarpeensa kohonnut korkean iän, sairauden, vamman tai muun vastaavaan syyn vuoksi. [Sosiaalihuoltolaki](#)

Liite 3 Hankkeessa järjestetyt tilaisuudet

Hankkeen aikana järjestettiin 18 muistipolkukahvi-tilaisuutta, viisi koko iltapäivän pituista verkostotapaamista ja loppuseminaari sekä yhteistyössä kaksi Kohti kansallista muistipalvelupolku -tilaisuutta. Lisäksi FINGER-kehittäjäverkosto piti viisi tilaisuutta. Tilaisuudet pidettiin etätilaisuuksina Teamsilla, mikä mahdollisti osallistumisen koko maan alueelta. Ainoastaan hankkeen loppuseminaari oli hybriditilaisuus.

Verkostotapaamisten sisältöjä

- Aloitustilaisuus 26.10.2021: hankkeen tausta, tavoitteet ja työskentelytapa
- Alueilla olevien muistipolkumallien ja kyselyjen tuloksien esittelyä 14.2.2022
- Työikäisen muistisairaana henkilön palvelupolku 10.5.2022
- Saattaen vaihtaminen 26.10.2022: esimerkkejä muistisairausdiagnoosin saaneiden henkilöiden hoidosta alueilla ja kyselyjen tulosten esittelyä
- Omaiset, kokemusasiantuntijat ja omahoitovalmennus 14.2.2023
- Loppuseminaari 11.12.2023: Väestö vanhenee – miten taata muistisairaalle henkilölle sujuvat palvelut ja hyvä elämä?

Muistipolkukahvit

Muistipolkukahveja pidettiin joka kuukauden ensimmäisenä tiistai-iltapäivänä muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta.

- Tutustuminen, toimintatapojen hahmottelua 2.11.2021
- Kun huoli herää, varhainen tunnistaminen 7.12.2021
- Muistitestit, testiin pääsystä, vieraskielisten ja eri kulttuurien näkökulmasta 11.1.2022
- Terveiden edistäminen ja aivoterveyspaketit alueilla 1.2.2022
- Muistipolkumalleja alueilla ja yhteistyön muotoja julkisen ja järjestötoimijan kesken 1.3.2022
- Asiakasohjaus, varhaisen tunnistamisen ja diagnoosin jälkeisen seurannan haasteita 5.4.2022
- Aivoterveiden edistäminen ja FINGER-mallin jalkauttaminen 3.5.2022
- Huoli-ilmoitukset THL:n raportin pohjalta 6.9.2022
- Miten edetään diagnoosin jälkeen: ensitietopaketit 4.10.2022
- Vieraskieliset ja toisesta kulttuurista tulevat, saamelaisten tilanne 1.11.2022
- Etä-glöggit: käytännön kokemuksia ja tarinoita, mitä voisi vielä käsitellä jatkossa? 13.12.2022
- Yksin asuvan muistisairaana henkilön tilanne 7.2.2023
- Tuettu päätöksenteko, Muistiliiton hankkeen esittely 4.4.2023
- Teemana asiakasohjaus muistisairaana henkilön tukena 2.5.2023

- Sopeutumisvalmennukset ja vuorovaikutuksen tukeminen, Muistiliiton hankkeet 5.9.2023
- Mielen hyvinvointi, Ikäinstituutti ja yksinäisyydestä yhteyteen, Muistiliitto 3.10.2023
- Hankkeen loppuraportin suositusten arviointia 7.11.2023

Kohti kansallista muistipalvelupolkua -webinaarit

- Kohti kansallista muistipalvelupolkua -yhteistyöwebinaari 4.3.2022: suuntaviivoja Euroopan Unionin ja Alzheimer European tulevaisuuden tavoitteissa sekä Muistiliitto muistisairaiden henkilöiden ja heidän läheistensä edunvalvojana Suomessa
- Aivoterveysten edistäminen ja FINGER-toimintamalli 7.9.2022, yhteistyö THL:n ja Karolinska institutetin kanssa

FINGER-toimintamalli ja kehittäjäverkosto

- Toimintamallin esittelyä, tutkimustuloksia ja uusia suuntia 7.9.2022

FINGER-kehittäjäverkosto

- Tilaisuuksissa esiteltiin malleja alueilta.
- Tilaisuudet: 28.11.2022, 27.3.2023, 29.5.2023, 18.9.2023, 20.11.2023

Liite 4 Hankkeesta pidettyjä esityksiä, julkaisuja, blogeja, artikkeleita ja yhteistilaisuuksia

Esityksiä

- THL:n Loska-tapahtuma: Marjaana Pennanen Muistisairauksien varhaisen toteamisen kansallinen palvelupolkumalli -hanke 1.11.2023
- Teija Hammar & Pia Pulkkinen järjestivät session hankkeen puitteissa. Hankeesitys, Teija Hammar: Kansallinen muistipalvelupolku, Alzheimer Europe -konferenssi Helsingissä 16-18.11.2023
- Pia Pulkkinen: Aivoterveysten edistäminen FINGER-toimintamallin mukaisesti, TerveSos 4.5.2023
- Teija Hammar & Pia Pulkkinen Kansallinen muistipalvelupolku –hanke – Aivoterveysten edistäminen osana muistisairaana toimivaa palvelupolkua, Gerontologian päivät 10.02.2023
- Teija Hammar: Yhdessä eteenpäin muistisairaana henkilön ja läheisten parhaaksi! THL:n Loska-tapahtuma 28.11.2022
- Teija Hammar: Kentän näkemyksiä kansallisen muistipalvelupolkumallin kehittämisestä, Muistikonferenssi 9.11.2022
- Teija Hammar & Hanna-Maria Roitto, Työikäisenä muistisairauteen sairastuneen palvelupolku – työikäisverkosto paikallisen toiminnan tukena, Muistiliiton työikäisverkoston tapaaminen 1.9.2022
- Teija Hammar: Kansallisen muistipalvelupolun kehittäminen. Ikätukiverkoston verkostopäivä: Muistisairaana ihmisen elämä ja sitä tukevat palvelut 29.8.2022
- Pia Pulkkinen: Ikääntymisen monet kasvot -näyttelyn keskustelutilaisuus, paneeli, Eläkeläiset ry, Jade yhteisö ry ja Pääkaupunkiseudun omaishoitajat ry:n järjestämä tilaisuus 12.5.2022.
- Teija Hammar: Kohti kansallista muistipalvelupolkua, Pirkanmaan muistihoitajien ja vapaaehtoisten tapaaminen 22.4.2022
- Pia Pulkkinen & Teija Hammar. Kohti kansallista muistipalvelupolkua, Etelä-Suomen Yta: Ajankohtaisteema - Ikäihmisten palvelujen kehittäminen 30.03.2022
- Pia Pulkkinen: Muistisairauksien kansallisen palvelupolkumallin kehittäminen, Asiakkaat ja Sote -tilaisuus. 15.3.2022
- Teija Hammar: Kansallisen muistipalvelupolun kehittäminen, Ikätukiverkoston verkostopäivä: Muistisairaana ihmisen elämä ja sitä tukevat palvelut, 29.8.2022
- Teija Hammar: Muistisairauksien yhteiskunnalliset vaikutukset tilaisuus, Muistiliitto ry ja Biogen Oy, 21.9.2021

Yhteistyöseminaarit, avoimet tilaisuudet

- Teija Hammar & Pia Pulkkinen: Tutkimustiedolla kohti parempia palveluita, Tehdään iästä numero VTKL - THL, 4.10.2023.
- Teija Hammar: Kansallinen muistipalvelupolku -hanke, Kohti kansallista muistipalvelupolkua – Yhteistyöwebinaari - Alzheimer Europe, Muistiliitto, sosiaali- ja terveysministeriö, 4.3.2022
- Teija Hammar: Kansallinen muistipalvelupolku -hankkeen tilannekatsaus, Kohti kansallista muistipalvelupolkua -webinaari – Aivoterveysten edistäminen – THL, Karolinska institutet, 7.9.2022
- Hammar, Muistisairaan ihmisen elämä ja sitä tukevat palvelut, THL:n Ikätuki-verkoston verkostopäivä 29.8.2022

Liite 5 Saamelaiset asiakkaat muistipalveluissa

Saamelaiset ovat Suomen ja Euroopan unionin alueen ainoa alkuperäiskansa

Saamelaiset ovat Suomen ja Euroopan unionin alueen ainoa alkuperäiskansa, jolla on oma historia, kieli, kulttuuri, elinkeinot, elämäntapa ja identiteetti. Saamelaiset asuvat neljän valtion alueella, Norjassa, Ruotsissa, Suomessa ja Venäjällä ja saamelaisilla on alueittain yhteinen historia, perinteet, tavat ja yhteisöt.

Suomen perustuslain mukaan saamelaisilla on alkuperäiskansana oikeus ylläpitää ja kehittää omaa kieltään ja kulttuuriaan. Lisäksi perustuslaki turvaa saamelaisille kieltään ja kulttuuriaan koskevan itsehallinnon kotiseutualueellaan sen mukaan kuin lailla säädetään. Saamelaisten kielellisiä oikeuksia on turvattu saamen kielilailla, jossa säädetään toisaalta saamelaisen oikeudesta käyttää omaa kieltään viranomaisissa ja toisaalta julkisen vallan velvollisuudesta toteuttaa ja edistää saamelaisten kielellisiä oikeuksia. Suomi on ratifioinut useita kansainvälisiä ihmisoikeussopimuksia, jotka velvoittavat Suomea turvaamaan saamelaisen vähemmistön ja alkuperäiskansan kieltä, kulttuuria ja yhteiskuntaelämää sekä kunnioittamaan sen oikeutta itsemääräämiseen. Alkuperäiskansastatuksen ohella saamelaiset ovat myös kansallinen vähemmistö kansainvälisten vähemmistöjen oikeuksia koskevien sopimusten tarkoittamalla tavalla.

Saamelaisia yhdistävät kansalliset symbolit kuten oma lippu ja kansallislaulu ”Sámi soga lávlla” (”Saamen suvun laulu”). Saamelaisten kansallispäivää vietetään helmikuun 6 p:nä. Suomessa puhutaan kolmea saamen kieltä; pohjoissaamea, inarinsaamea ja koltansaamea. Suomessa on n. 11 000 saamelaista ja suuri osa asuu saamelaisalueen ulkopuolella.

Saamelaiset tarvitsevat tukea ja auttamiskeinoja, jotka ovat saamenkielisiä, ja ne suunnitellaan ja toteutetaan saamelaisten omista lähtökohdista, saamelainen kulttuurista, perinteiset arvot, elämänmuoto ja ajattelutavat huomioon ottaen. Saamelaisen muistiasiakkaan palvelupolun luomisessa on kielellä ja kulttuurilla iso merkitys ja sen vuoksi polun pitäisikin toimia täysin saamen kielellä.

Kohtaamistilanteissa on aina luotava kulttuurisesti turvallinen ilmapiiri, jossa saamelainen muistisairas voi olla luottavainen ja kokea turvallisuutta saamelaisena. ”*On turvallista puhua vaikeistakin asioista, kun tietää tulevansa ymmärretyksi oikein*”, kertoo saamelainen vanhus. Ei riitä, että saamelainen ymmärtää, mitä hänelle sanotaan, vaan ensin hänen on kyettävä ymmärrettävästi kertomaan, mikä mieltä painaa, miltä tuntuu saadakseen tarvitsemaansa tukea ja apua.

Saamelaisen muistisairaahan kohtaaminen, kohtelu ja palvelujen sisällöt

Perehdyttämisen merkitys saamelaisen muistisairaahan kohtaamisessa on suuri ja työnantajan tulisi huomioida, että kulttuurisen ymmärtämisen rakentuminen lähtee henkilöstön ja työyhteisön omien arvojen tunnistamisesta ja niiden läpikäymisestä, jotta saamelaiseen kieleen ja kulttuuriin liittyviä arvoja, tarpeita ja erilaisia toimintatapoja voidaan tunnistaa ja toteuttaa työyhteisössä. Tällöin erilaisuus voidaan nähdä rikkautena ja asiakkaiden hyvinvointia ja arkea voimauttavana toimintatapana.

On äärimmäisen tärkeää tietää ja koota muistisairaahan elämänpolku, hänen elämänhistoriansa, koska sitä kautta voimme ymmärtää hänen käytöstään ja tukea häntä arjessa paremmin, kun tiedämme hänelle merkitykselliset asiat. Tällöin voimme samaistua siihen maailmaan, jossa hän elää ja toimii. Oman kielen käyttö kaikissa tilanteissa mahdollistaa turvallisuuden tunteen ja luottamuksen syntymisen mikä on pohjana kokonaisvaltaisen tuen onnistumiselle sekä hoitotilanteissa että muissa sosiaalisissa kohtaamisissa. Saamenkielisistä saamelaisista pääosa on oppinut suomen kielen vasta toisena tai kolmantena kielenä, joten iän karttuessa ja etenkin muistisairaalla ihmisellä, ensimmäisenä opittu saamen kieli vahvimpana kielenä jää useimmiten ai-noaksi kieleksi.

Ihminen on kokonaisuus ja kielen lisäksi muistisairaahan arjessa korostuu kielen lisäksi oma kulttuuri. Luonto ja luontoyhteys on yksi saamelainen kulttuurin voimavaroista, sen kaikki eri elementit, äänet, tuoksut, säätila, kasvit, vesi jne. Kulttuurinen vuosikello on muistissa läsnä ja ihminen kyllä tietää, millaiset työt juuri nyt ovat tärkeitä esim. keväällä tai syksyllä porotöissä tai kalastuksessa, vaikkei niitä kerrottaisikaan hänelle. Luonnon ja vuodenaikojen kiertokulku rytmittää arkea mm. perinteisten elinkeinojen konkreettista toimintaa, koko elämää ja käyttäytymistä, muistisairaana-kin, koska ne ovat muistissa lapsuudesta asti.

Pärjäämisen kulttuuri on vahva ja kohtaamisissa on tärkeää havainnoida muistisairaahan tarpeita mahdollistaen ja tukien omatoimisuuden arjessa. Arjen erilaiset askareet, tekemisen kulttuuri ja erilaiset käsityöt ovat turvaa tuovia. Samoin tutut materiaalit ja välineet esim. käsitöihin sisna, luu- ja sarvimateriaali. Mahdollisuus ulkoiluun ja erilaisiin kotitöihin antavat arjelle merkitystä, sillä joutilaisuus tai joutavien tekeminen ei ole tuttua. Merkitykselliset asiat vahvistavat tunnetta osallisuudesta. Yhteisöllisyys ja suku ovat tärkeitä voimavaroja muistisairaahan elämässä. On tärkeää, että muistisairas edelleen tuntee olevansa osa ympäröivää yhteisöä ja siksi yhteistyö erilaisten järjestötoimijoiden kanssa ja osallistaminen tapahtumiin, sosiaalinen kanssakäyminen ja sukupolvien kohtaaminen olisivat osa arjen toimintaa. Saamelaisille suku on laajempi kuin suomalaisessa kulttuurissa ja omat sukulaiset tiedetään ja tunnetaan monen sukupolven ajalta. Samoin saamelainen nimi on tärkeä, koska se sijoittaa henkilön tiettyyn sukuyhteyteen.

Muistelu on merkittävä toiminta ja siinä välineinä ovat hyviä vanhat valokuvat, saamelaiskulttuuriin liittyvät esineet, joita on mahdollisuus katsella tai kosketella. Muistelu ja tarinointi ovatkin tärkeitä saamelaiskulttuurin ominaispiirteitä. Ruokakulttuuri ja käytetyt ruoka-aineet pohjautuvat perinteisiin elinkeinoihin ja keräilyyn. Näin ollen poronliha, kalat ja marjat eri tavoin valmistettuina ovat olleet vuotuiskierroon mukaisesti ruokalistalla. Perinteisten ruokien valmistamisen ja syömisen myötä syntyy haju- ja makumuistoja, jotka ovat tärkeitä saamelaiselle muistisairaalle ja voivat tarjota monenlaisia muisteluja tai tilanteita tarinoiden muodossa heidän elämänsä polultaan.

Hengellisyys on osalle saamelaisista hyvin merkityksellistä ja perinteinen tapa laulaa virsiä eroaa alueittain. Saamenkielistä hengellistä materiaalia ja äänitettyä musiikkia on mahdollista käyttää muistisairaana arjessa ja näin ollen vahvistaa turvallisuuden tunnetta, mikä tutuista teksteistä ja musiikista syntyy. Alueilla, joissa joiku on ollut luvallista, kantavat joit mukanaan tarinoita ihmisistä, paikoista ja tapahtumista ja ovat hyvä kommunikointikeino ja tapa saada ilmaista itseään. Koulutie ja opittujen asioiden laajuus ovat vaihdelleet, joten luetun ymmärtäminen ja kirjoittaminen vieralla tai omalla äidinkielellä ei välttämättä onnistu. Myöskään perinteiset laskutehtävät eivät välttämättä ole tuttuja vaan tarvitsevat tuekseen saamelaisen tavan ajatella.

SamiSoster ry:n Muistogiisa- materiaalipankista löytyy paljon aineistoa saamelaiseen vanhustyöhön. [Muistogiisa – aineistopankki | SámiSoster \(samisoster.fi\)](#)

Lähteet

- Agarwal, M.; Dalal, AK; Agarwal, DK & Agarwal, RK. (1995) Positive life orientation and recovery from myocardial infarction. *Social Science & Medicine* 40(1):125-130. doi: 10.1016/0277-9536(94)e0058-z.
- Alzheimer Europe (2018) The development of intercultural care and support for people with dementia from minority ethnic groups. https://www.alzheimer-europe.org/sites/default/files/alzheimer-europe_ethics_report_2018.pdf
- Arajärvi, Pentti & Sakslin, Maija (2007) Yhdenvertaisuus oikeudenmukaisuutena teoksessa Saari, Juho & Yeung, Anne Birgitta (toim.) Oikeudenmukaisuus hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Gaudeamus. 47-61.
- Arjatsalo, Carola (2022) Yhteinen kieli lisää asiakas- ja potilasturvallisuutta. Sosiaali- ja terveystalouden lupa- ja valvontavirasto. <https://valvira.fi/-/yhteinen-kieli-lisaa-asiakas-ja-potilasturvallisuutta>
- Bell, Georgia; Singham, Timothy; Saunders, Rob; John, Amber & Stott Joshua (2022) Positive psychological constructs and association with reduced risk of mild cognitive impairment and dementia in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews* 77, doi: 10.1016/j.arr.2022.101594.
- Chrisp, Tom; Thomas, Benjamin; Goddard, Wayne & Owens, Andrea (2011) Dementia timeline: Journeys, delays and decisions on the pathway to an early diagnosis. *Dementia* 10(4) 555-570. <https://doi.org/10.1177/1471301211409375>
- Cohen, Randy; Bavishi, Chirag & Rozanski, Alan (2016) Purpose in life and its relationship to all-cause mortality and cardiovascular events: A meta-analysis. *Psychosom. Med* 78, 122-33. doi: 10.1097/PSY.0000000000000274.
- Diaz, Ana Maria & Gove, Diana (2016) A comparative analysis of national care pathways for people with dementia living at home in Europe. *International Journal of Integrated Care* 16(6):96. <https://doi.org/10.5334/ijic.2644>
- Finne-Soveri, Harriet; Äijö, Marja; Tolonen, Eija; Rehula, Pirjo; Vähäkangas, Pia; Patronen, Mari; Autio, Tiina; Haimi-Liikkanen, Sara; Havulinna, Satu (2020) Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn mittaaminen palvelutarpeen selvittämisen yhteydessä. TOIMIA-suositus ID S028/11.6.2020. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2020060540983>
- Fortinsky, Richard & Downs, Murna (2014) Optimizing Person-Centered Transitions In The Dementia Journey: A Comparison Of National Dementia Strategies. *Health Affairs* 33(4) 566-73. doi: 10.1377/hlthaff.2013.1304.
- Hailey, Emma; Hodge, Sophie; Burns, Alistair & Orrell, Martin (2016) Patients' and carers' experiences of UK memory services. *Int J Geriatr Psychiatry* 31: 676-680. doi:10.1002/gps.4380.
- Halonen, Ulla (2023) Muistisairaiden omaishoitajat palvelujärjestelmässä. Jyväskylän yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-9549-2>
- Jaakson, Siiri (2018) Kulttuurisensitiivinen muistityö. Sosiaali- ja terveystalouden ammattilaisten edellytykset kohdata etnistaustaisia iäkkäitä muistityössä. Opinnäytetyö. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2018060412450>
- Eloniemi-Sulkava, Ulla; Saarenheimo, Marja; Laakkonen Marja-Liisa; Pietilä, Minna; Savikko, Minna; Kautiainen, Hannu; Tilvis, Reijo & Pitkälä, Kaisu (2009) Family care as collaboration: effectiveness of a multicomponent support program for elderly couples with dementia. Randomized controlled intervention study. *Journal of the American Geriatrics Society* 2009;57, 2200-2208. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02564.x>
- Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue (2023) Oireet ja niiden tunnistaminen <https://palveluketju.hyvaep.fi/palveluketju/muistisairaan-palveluketju/epaily/oireet-ja-niiden-tunnistaminen-2/>
- Hallikainen, Merja; Ngandu, Tiia & Remes, Anne (2022) Muistisairauksien ehkäisy ja varhainen hoito. *Lääkärilehti* 77:e31288. www.laakarilehti.fi/e31288
- Hallitusohjelma (2023) Vahva ja välittävä Suomi. Pääministeri Petteri Orpon hallituksen ohjelma. Valtioneuvoston julkaisuja 2023:58. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-763-8>
- Halminen, Olli; Vesikansa, Aino; Mehtälä, Juha; Höhammer, Iris; Mikkola, Teija; Virta, Lauri; Yli-saukko-Oja, Tero & Linna, Miika (2021) Early Start of Anti-Dementia Medication Delays Transition to 24-Hour Care in Alzheimer's Disease Patients: A Finnish Nationwide Cohort Study. *J Alzheimer's Dis.* 2021;81(3):1103-1115. DOI: 10.3233/JAD-201502. PMID: 33843673.
- Juva, Kati (2014) Alkava muistisairaus - milloin muistihuoli ohjaa kattaviin tutkimuksiin? *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 2014;130(10):969-74. <https://www.duodecimlehti.fi/duo11656>
- Juva, Kati & Eloniemi-Sulkava, Ulla (2015) Hyvä ympärivuorokautinen hoito. Teoksessa: Muistisairaudet. Toim. Erkinjuntti, Timo; Remes, Anne; Rinne Juha & Soininen Hilka. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim
- Jyrkämä, Jyrki (2013) Muistisairaus, arkitilanteet ja toimijuus. In K. Virjonen (Ed.) Muistin ongelmat. Toimiva palvelukokonaisuus ehkäisystä hoitoon (pp. 87-113). PS-kustannus.
- Kalliomaa-Puha, Laura (2019) Omaishoidon ja ansio-työn yhteensovittaminen: Selvityshenkilön

Yhdessä muistisairaan henkilön parhaaksi
kansallisen muistipalvelupolku-
hankkeen loppuraportti

- raportti. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4021-5>
- Karma, P. (1999) Hoitosuosituksat ja hoitoketjut – parraspaan laatuun kohtuuhintaan. *Käyt Lääk* 1999; 42:170–3.
- Keyes, C. (2004) The nexus of cardiovascular disease and depression revisited: The complete mental health perspective and the moderating role of age and gender. *Aging and Mental Health* 8, 266–274. doi: 10.1080/13607860410001669804.
- Kim, E.; Shiba, K.; Boehm, J. & Kubzansky, L. (2020) Sense of purpose in life and five health behaviors in older adults. *Preventive Medicine* 2020; 139, doi: 10.1016/j.ypmed.2020.106172.
- Kivipelto, Miia; Solomon, Alina; Ahtiluoto, Satu; Ngandu, Tiia; Lehtisalo, Jenni; Antikainen Riitta; Backman, Lars; Hänninen, Tuomo; Jula, Antti; Laatikainen, Tiina; Lindström, Jaana; Mangialasche, Francesca; Nissinen, Aulikki; Paajanen, Teemu; Pajala, Satu; Peltonen, Markku; Rauramaa, Rainer; Stigsdotter-Neely, Anna; Strandberg, Timo; Tuomilehto, Jaakko & Soininen, Hilka (2013) The Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability (FINGER): Study design and progress. *Alzheimer's Dement* 2013; 9:657–65. doi: 10.1016/j.jalz.2012.09.012.
- Koivisto, Anne M. & Paajanen, Teemu (2022) Tiedonkäsittelyn ongelmat työikäisellä. *Suom Lääkäril* 2022; 77: e31507 www.laakari-lehti.fi/e31507
- Koivisto, Anne M.; Paajanen, Teemu.; Rinne, Juha; Hokkanen, Laura; Vanninen, Ritva; Herukka Sanna-Kaisa; Lötjönen Jyrki & Hallikainen, Merja (2018) Alzheimerin taudin varhainen tunnistaminen. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 2018; 134(24), 2519–28. <https://www.duodecimlehti.fi/duo14670>
- Kulmala, Jenni; Ngandu, Tiia; Havulinna, Satu; Levälähti, Esko; Lehtisalo, Jenni; Solomon, Alina; Antikainen, Riitta; Laatikainen, Tiina; Pippola, Pauliina; Peltonen, Markku; Rauramaa, Rainer; Soininen, Hilka; Strandberg, Timo; Tuomilehto, Jaakko & Kivipelto, Miia (2018) The effect of multidomain lifestyle intervention on daily functioning in older people. *J Am Geriatr Soc* 2019; 67(6):1138–1144. doi: 10.1111/jgs.15837.
- Kuusio, Hannamaria; Seppänen, Anna; Jokela, Satu; Somersalo, Laura & Lilja, Eero (toim.) (2020) Ulkomaalaistaustaisten terveys ja hyvinvointi Suomessa: FinMonik-tutkimus 2018–2019. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-034-1>
- Käypä hoito -suositus (2021) Muistisairaudet. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. www.kaypahoito.fi (Viitattu 13.11.2023)
- Laakkonen, Marja-Liisa; Roitto, Hanna-Maria; Aalto, Ulla & Pitkälä, Kaisu. (2022) Iäkkään potilaan muistisairaus: Diagnostiikan ja hoidon erityispiirteet. *Lääkärilehti* 77: e31401. www.laakari-lehti.fi/e31401
- Laakkonen, Marja-Liisa; Kautiainen, Hannu; Hölttä, Eeva; Savikko, Niina; Tilvis, Reijo; Strandberg, Timo & Pitkälä, Kaisu (2016) Effects of self-management groups for people with dementia and their spouses – randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society* 2016; 64(4), 752–60. <https://doi.org/10.1111/jgs.14055>
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012 (Vanhuspalvelulaki) <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>
- Larsson, Annika & Österholm, Johannes (2014) How are decisions on care services for people with dementia made and experienced? A systematic review and qualitative synthesis of recent empirical findings. *International Psychogeriatrics* (2014), 26:11, 1849–1862. doi:10.1017/S104161021400132X
- Leppäaho, Suvi; Kehusmaa, Sari; Jokinen, Sari; Luomala, Oskari & Luoma, Minna-Liisa (2019). Kainkikäisten omaishoito - Omais- ja perhehoidon kysely 2018. Teoksessa A. Noro (toim.), Omais- ja perhehoidon kehitys vuosina 2015–2018: Päätelmät ja suositukset jatkotoimenpiteiksi. Sosiaali- ja terveysministeriö, 25–36 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4022-2>
- Lethin, Connie; Giertz, Lottie; Vingare, Emme-Li & Hallberg, Ingalill (2018) Dementia care and service systems – a mapping system tested in nine Swedish municipalities. *BMC Health Serv Res* 18, 778 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3592-x>
- Linna, Miika; Silander, Katariina; Hörhammer, Iris; Koivuranta, Päivi; Mikkola, Teija; Virta, Lauri & Mikkola, Hennamari (2019) Iäkkäiden muistisairaiden sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö ja kustannukset. Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus. Projektin julkaisu nro 11. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Liss, J., Assuncao, S., Cummings, J., Atri, A., Geldmacher, D., Candela, S., Devanand, D., Fillit, M., Susman, J., Mintzer, J., Bittner, T., Brunton, S., Kerwin, D., Jackson, W., Small, G., Grossberg, G., Clevenger23, C., Cotter, V., Stefanacci, R., Wise-Brown, A. & Sabbagh, M. (2021) Practical

- recommendations for timely, accurate diagnosis of symptomatic Alzheimer's disease (MCI and dementia) in primary care: a review and synthesis. *Journal of Internal Medicine* 290; 310–334. doi: 10.1111/joim.13244.
- Muistiliitto (2019) WHO julkaisi suositukset muistisairauksien ennaltaehkäisemiseksi 16.5.2019. <https://www.muistiliitto.fi/fi/ajankohtaista/who-julkaisi-suositukset-muistisairauksien-ennaltaehkaisemiseksi>. Tekijä, Teuvo, Tekijä, Teija, Tekijä, Taavi (2005) Onsd en dipit praesequam, comy nons nonullam, vullaorperci ectet, quat lortin heniati, core eu feu faccum ipis dolore feummolore dolor sisismod dolorem zziure molore diam, volor sequisi. Feugiam, conlputat aliquissi.
- Muistiliitto (2023a) Monikulttuurinen muisti. <https://www.muistiliitto.fi/fi/tuki-ja-palvelut/muistiyhdistys-lahellasi/muistiyhdistykset/salon-muistiyhdistys-ry/tietopankki/Loppuraportit>
- Muistiliitto (2023b) Työikäisten muistisairaudet. <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/tyoikaisten-muistisairaudet>
- Muistiliitto & Biogen (2021) Muistisairauksien yhteiskunnalliset vaikutukset. Rud Pedersen Public Affairs Oy (toim.) https://www.muistiliitto.fi/application/files/2716/3220/3180/Muistisairauksien_yhteiskunnalliset_vaiikutukset.pdf
- MUKES (2023) Kulttuurinen Moninaisuus -Muistikeskus ry – MUKES. <https://mukes.fi/>
- Ngandu, Tiia; Lehtisalo, Jenni; Solomon, Alina; Levälähti, Esko; Ahtiluoto, Satu; Antikainen, Riitta; Bäckman, Lars; Hänninen, Tuomo; Julia, Antti; Laatikainen, Tiina; Lindström, Jaana; Mangialasche, Francesca; Paajanen, Teemu; Pajala, Satu; Peltonen, Markku; Rauramaa, Rainer; Stigsdotter-Neely, Anna; Strandberg, Timo; Tuomilehto, Jaakko; Soininen, Hilka & Kivipelto, Miia (2015) A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *The Lancet*. Vol. 385, 2255–2263. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60461-5.
- Oikeusministeriö (2023) Kielelliset oikeudet. <https://oikeusministerio.fi/kielelliset-oikeudet>.
- Omaishoitolaki 937/2005. <https://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2005/20050937?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%20omaisoidon%20tuesta>
- O'Malley, Mary; Parkes, Jacqueline; Campbell, Jackie; Stamou, Vasileios; LaFontaine, Jenny; Oyebo, Jan R. & Carter, Janet (2021) Receiving a diagnosis of young onset dementia: Evidence-based statements to inform best practice. *Dementia* 20(5), 1745–1771. doi: 10.1177/1471301220969269.
- Perry-Young, Lucy; Owen, Gareth; Kelly, Susan & Owens, Christabel (2018) How people come to recognise a problem and seek medical help for a person showing early signs of dementia: A systematic review and meta-ethnography. *Dementia* 17(1), 34–60. doi: 10.1177/1471301215626889.
- Perustuslaki 731/1999 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731#L2P19>
- Pitkälä, Kaisu; Laakkonen Marja-Liisa; Kallio, E-L.; Kautiainen, Hannu; Raivio, M.; Tilvis, Reijo; Strandberg, Timo & Öhman, Hanna (2020) Monetary value of informal caregiving in dementia from a societal perspective. *Age and Ageing* 1–7 doi: 10.1093/ageing/afaa196.
- Pohjoismainen hyvinvointikeskus (2020) Muistisairaahan maahanmuuttajan hoito. <https://nordicwelfare.org/fi/publikationer/muistisairaahan-maahanmuuttajan-hoito/>
- Ring, Marjo (2021) Psykologinen sopimus omaishoidon sopimuksellisuuden ilmentäjänä. Itä-Suomen yliopisto; Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta, Sosiaali- ja terveystieteiden laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-3789-6>
- Ring, Marjo & Hammar, Teija (2022) Huoli-ilmoituksen käyttö Suomessa – selvitys. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Työpäpaperi 46/2022. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-967-2>
- Rinne, Juha; Pirttilä, Tuula & Suhonen, Jaana (2016) Muistisairauden diagnostiikka, oireiden arviointi ja sairauden seuranta. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/nix00509>
- Rosenberg, Anna; Ngandu, Tiia; Rusanen, Minna; Antikainen, Riitta; Bäckman, Lars; Havulinna, Satu; Hänninen, Tuomo; Laatikainen, Tiina; Lehtisalo, Jenni; Levälähti, Esko; Lindström J, Paajanen, Teemu; Peltonen, Markku; Soininen, Hilka; Stigsdotter-Neely, Anna; Strandberg, Timo; Tuomilehto Jaakko; Solomon, Alina & Kivipelto, Miia (2018) Multidomain lifestyle intervention benefits a large elderly population at risk for cognitive decline and dementia regardless of baseline characteristics: the FINGER trial. *Alzheimers Dementia* 14:263–270. doi: 10.1016/j.jalz.2017.09.006.
- Samsi, Kritika & Manthorpe, Jill (2014) Care pathways for dementia: current perspectives. *Clinical Interventions in Aging* 9, 2055–2063. doi: 10.2147/CIA.S70628.
- Savas-säätiö (2022) Työkaluja kehitysvammaisten muistisairauksien tunnistamiseen. <https://www.savas.fi/oppaat-ja-julkaisut/tyokaluja-kehitysvammaisten-muistisairauksien-tunnistamiseen/>
- Schmachtenberg, Tim; Monsees, Jessica & Thyrian, Jochen Rene (2022) Structures for the care of people with dementia: a European comparison. *BMC Health Serv Res* 22, 1372 (2022) <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08715-7>

- Solomon, Alina; Turunen, Heidi, Ngandu, Tiia; Peltonen, Markku; Levälähti, Esko; Helisalmi, Seppo, Antikainen, Riitta; Bäckman, Lars; Hänninen, Tomo; Jula, Antti; Laatikainen, Tiina; Lehtisalo Jenni; Lindström, Jaana; Paajanen, Teemu; Pajala, Satu; Stigsdotter-Neely, Anna; Strandberg, Timo; Tuomilehto, Jaakko; Soininen, Hilkka & Kivipelto, Miia (2018) Effect of the Apolipoprotein E Genotype on Cognitive Change During a Multidomain Lifestyle Intervention: A Subgroup Analysis of a Randomized Clinical Trial. *JAMA Neurol* 75:462–470. doi: 10.1001/jamaneurol.2017.4365.
- Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. <https://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2014/20141301>
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2012) Kansallinen muistiohjelma 2012–2020: Tavoitteena muistiystävällinen Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:10. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3224-1>
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2019) Asiakas- ja palveluohjaus viitoittaa polun palveluihin. <https://stm.fi/-/asiakas-ja-palveluohjaus-viitoittaa-polun-palveluihin>
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2020) Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023. Tavoitteena ikäystävällinen Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:29. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5457-1>
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2023) Kotihoito. <https://stm.fi/kotihoido-kotipalvelut>
- Sotkanet (2023) Omaishoidon tuen 75 vuotta täyttäneet hoidettavat vuoden aikana. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/metadata/indicators/3262>
- Speechly, Catherine; Bridges-Webb, Charles & Passmore, Erin (2008) The pathway to dementia diagnosis. *Med J Aust*.189(9):487–9. doi: 10.5694/j.1326-5377.2008.tb02140.x.
- Stolee, Paul; Ashbourne, Jessica; Elliott, Jacobi; Main, Sarah; Holland, Nicole; Edick, Codick; Ropp, Courtney; Tong, Catherine & Bodemer, Sheila (2021) Whole Person, Whole Journey: Developing a Person-Centred Regional Dementia Strategy. *Canadian Journal on Aging* 40 (3): 436–450. doi:10.1017/S071498082000015X
- Strandberg, Timo; Levälähti, Esko; Ngandu, Tiia; Solomon, Alina; Kivipelto, Miia (2017) FINGER Study Group* Health-Related Quality of Life in a Multidomain Intervention Trial to Prevent Cognitive Decline (FINGER). *Eur Ger Med* 2017; 8:164–167. <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2016.12.005>
- Suhonen, Jaana; Rahkonen, Terhi; Juva, Kati; Pitkälä, fi/duo99577 Kaisu; Voutilainen, Päivi & Erkinjuntti, Timo (2011) Muistipotilaan hoitoketju. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2011;127(11):1107–16. <https://www.duodecim-lehti>
- Sulkava, Raimo; Vuori, Ulla & Ylikoski, Raija (2007) Mini-mental state examination -testi (MMSE): ohjeet testin tekemiseen. Suomen muistiasiantuntijat ry <https://sumut.fi/wp-content/uploads/2020/02/MMSE-ohjeet-testin-tekemiseen.pdf>
- Suomen muistiasiantuntijat ry (2023) Muistitulkki-koulutusohjelma. <https://sumut.fi/suomen-muistiasiantuntijat/etnisyys-ja-muistityo-etnimu-toiminta/muistitulkki-koulutusohjelma/>
- Suomen Seniorihoiva (2023) Kiireetön kotihoito luo turvaa muistisairaalle. <https://suomenseniorihoiva.fi/tietopankki/artikkelit/kiireeton-kotihoido-luo-turvaa-muistisairaalle/>
- Sutin, A.; Luchetti, M. & Terracciano, A. (2021) Sense of Purpose in Life and Healthier Cognitive Aging. *Trends Cogn Sci*. 2021; 25(11), 917–919.
- Sutin, A.; Luchetti, M.; Aschwande, D.; Stephan, Y.; Sesker, A. & Terracciano, A. (2023) Sense of meaning and purpose in life and risk of incident dementia: New data and meta-analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2023; 105, doi: 10.1016/j.archger.2022.104847
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2022) Muistisairauksien ehkäisy. <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet/muistisairauksien-ehkaisy>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2023) Mitä on palliatiivinen hoito. <https://thl.fi/fi/web/ikaantymisen/elaman-loppuvaiheen-hoido/mita-on-palliatiivinen-hoido>
- Terveyskylä (2023) Milloin kotoa muuttaminen on ajankohtaista muistisairaalle? <https://www.terveyskyla.fi/aivotalo/aivosairaudet/muistisairaudet/koti-asuminen-ja-apuv%C3%A4lineet-muistisairauksissa/milloin-kotoa-muuttaminen-on-ajankohtaista-muistisairaalle>
- Tommola, Satu; Teiska, Minna; Tamminen, Anna; Alastalo, Hanna; Hammar, Teija & Viljamaa, Seija (2021) Muistibarometri 2020. Muistiliitto.
- Törmä, Sinikka; Huotari, Kari; Tuokkola, Kati & Pitkänen Sari (2014) Ikäihmisten moninaisuus näkyväksi. Selvitys vähemmistöihin kuuluvien ikäänntyneiden henkilöiden kokemasta syrjinnästä sosiaali- ja terveyspalveluissa. Sisäministeriön julkaisuja 14/2014. <https://julkaisut.valtioneuvosto>
- Työterveyslaitos (2023) Työkyvyn tuki. <https://www.ttl.fi/teemat/tyoterveys/tyoterveyshuolto/tyokyvyn-tuki>
- Uttjek, Margaretha (2017) Kulturell Komeptens. Ungs vuxna samers upplevelser av kulturell kompetens bland aktörer inom vården, Umeå Universitet. <http://www.diva-portal.se/smash/get/diva2:1128326/FULL-TEXT01.pdf>
- Valtioneuvosto (2021) Hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistäminen 2030.

- Valtioneuvoston periaatepäätös.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-864-2>
- Valtioneuvosto (2022a) Kansallinen ikäohjelma vuoteen 2030 – Tavoitteena ikäkyvykäs Suomi: Periaatepäätös. Valtioneuvoston julkaisuja 2022:70. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-535-1>
- Valtioneuvosto (2022b) Elintapaohjauksen tarkistuslista -työkalu elintapaohjauksen yhdyspintapalvelujen suunnitteluun ja valmisteluun. Kansanterveyden neuvottelukunta, Rakenteet ja menetelmät -jaosto/ Elintapaohjauksen työryhmä. <https://valtioneuvosto.fi/documents/1271139/132877911/Elintapaohjauksen-Tarkistuslista.pdf/4e07bde4-6dd0-61e4-f742-59d03252e998/ElintapaohjauksenTarkistuslista.pdf?t=1662720718208>
- Valtioneuvosto (2023) Kansallisen ikäohjelman vuosien 2020–2023 loppuraportti. Valtioneuvoston julkaisuja 2023:54. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-676-1>
- Vinay, Rasita & Biller-Andorno, Nikola (2023) A Critical analysis of national dementia care guidelines. *Health Policy*, volume 130. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104736>
- Virkola, Elisa (2014) Toimijuutta, refleksiivisyyttä ja neuvottelujä - muistisairaus yksinasuvan naisen arjessa. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-5568-7>
- Wells, Christine E. & Smith, Sarah J. (2017) Diagnostic Care Pathways in Dementia: A Review of the Involvement of Primary Care in Practice and Innovation. *Journal of Primary Care & Community Health* 2017, Vol. 8(2) 103–111. doi: 10.1177/2150131916678715