

# Muistisairaahan ihmisen kotona asumisen tukeminen

• OPAS TOIMEENPANIJOILLE •

SUOMEN  
MUISTIASIANTUNTIJAT



# Muistisairaan ihmisen kotona asumisen tukeminen

• OPAS TOIMEENPANIJOILLE •

Julkaisija ja tilaukset:  
Suomen muistiasiantuntijat ry  
Fredriksberginkatu 2  
00240 Helsinki  
Sähköposti: info@muistiasiantuntijat.fi

Kirjoittajat:  
Maisa Toljamo ja Elina Koponen

Ulkoasun suunnittelu ja taitto:  
Mainostoimisto Fontiina

Paino:  
Paintek-Pihlajamäki Oy, Helsinki

Sarja:  
Muistisairaahan ihmisen hoidon kehittäminen

Julkaisu n:o 13/2011

1.painos

ISBN 978-952-67638-1-1 (rengaskirja)

ISBN 978-952-67638-2-8 (PDF)

ISSN-L 2242-0118

ISSN 2242-0118 (painettu)

ISSN 2242-0126 (verkkajulkaisu)



**SUOMEN** [www.muistiasiantuntijat.fi](http://www.muistiasiantuntijat.fi)  
**MUISTIASIANTUNTIJAT**



Sodankylä





Yksilöllisesti asuen,  
moniammatillisesti tukien

# Hyvä toimeenpanija

Tämä opas on tehty muistisairaiden ihmisten kotona asumisen tueksi. Tavoitteena on antaa konkreettisia työvälineitä ja perusteluja sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoille: erityisesti niille, jotka tekevät päätöksiä ja johtavat palvelujärjestelmän kokonaisuutta ja vastaavat palveluiden tarkoituksenmukaisuudesta ja laadusta, mutta myös niille, jotka kehittävät palveluiden laatua ja niille, jotka toimivat muistisairaiden ihmisten ja heidän läheistensä arjessa tukien, auttaen ja mahdollistaen elämää kotona. Myös kouluttajat saavat julkaisusta ”kättä pidemmän” työhönsä.

Tämän ajankohtaisempi aihe ei voisi olla! Työ kansallisen muistiohjelman valmistelemiseksi on loppusuoralla. Valmis-teilla on laki iäkkään henkilön sosiaali- ja terveystalvurjen saannin turvaamisesta sekä sosiaalihuollon lainsäädännön laaja kokonaisuudistus. Terveystalvurjelaki tuli voimaan kuluvan vuoden kevällä. Kaikki nämä yhdessä luovat puitteet muistisairaahan ihmisen ja hänen läheistensä palveluiden kehittämiseksi, hyvälle elämänlaadulle ja toimivalle arjelle.

Oppaassa esiteltävän toimeenpanomallin lähtökohta on muistikoordinaattoritoimintamallin käyttöönotto ja sen kirjaaminen strategiaan. Tämä on perusteltua. Tämänhetkinen palvelujärjestelmä on pirstaleinen eikä muistisairas ihminen läheisineen läheskään aina löydä tarvitsemiaan palveluja - eikä näin ollen tule autetuksi. Tarvitaan koordinaointia, koordinaointia ja koordinaointia! Tarvitaan myös palvelujen räätälöintiä sairastuneen ja hänen lähiyhteisönsä tarpeisiin sekä yhteistyön lisäämistä. Muistikoordinaattoritoimintaa on myös tutkittu ja saatu näyttö sen vaikut-

tavuudesta, ml. kustannusvaikuttavuudesta.

Kotona Paras -projektin toteuttivat Suomen muistiasiantuntijat ry, Espoo ja Sodankylä. Lähes nelivuotinen toimeenpanoprojekti tuki kuntia kehittämään strategiansa mukaisesti muistisairaiden ihmisten hoito- ja palveluketjua sekä tuomaan asiantuntijuutensa ja kokemuksensa toimeenpanon mallinnukseen. Oppaassa on näiden kahden pinta-alaltaan, väestömäärältään ja sijainniltaan erilaisen kunnan toimeenpanon kuvaus. Kuntien esimerkit kuvaavat pitkäjänteistä toimeenpanoa, ja niistä lukija saa hyviä kokemusperäisiä vinkkejä omaan toimintaansa. Yhtenä osana toimeenpanoa on projektissa ollut muistimentorointi, jonka tueksi suunniteltiin ja toteutettiin muistimentorikoulutus sekä tuotettiin oppimateriaalia: ”Pieni opas muistimentorille”.

Pitkäjänteinen yhteistyö on ollut ilmeisen antoisaa ja tuloksellista. Keskusteluja on käyty noin 160 tapaamisessa ja yli 2200 ihmisen voimin. Suomen muistiasiantuntijat ry:n hallituksen puheenjohtajana kiitän lämpimästi yhteistyökumppaneitamme Espoossa ja Sodankylässä, joiden kaikki toimijat toivat tärkeän panoksensa projektiin. Erityisesti kiitän Espoon vanhusten palvelujen johtajaa Jaakko Valvanetta ja hänen seuraajaansa Jukka Louhijaa sekä Sodankylän vanhustyön johtajaa Inga Mukkua.

Tämä opas on suunnattu ensisijaisesti kunnissa iäkkäiden ihmisten palveluja johtaville, jotka yhdessä eri toimijoiden kanssa – muistikoordinaattoritoimintamallia hyödyntäen – vahvistavat muistisairaiden ihmisten ja heidän läheistensä hyvän elämän edellytyksiä. Toimeenpanon aika on nyt!

*Helsingissä 10.12.2011*

*Päivi Voutilainen, hallituksen puheenjohtaja,  
Suomen muistiasiantuntijat ry*

# Toimeenpanijan sanakirja

**Asiakkaiden osallisuus, osallistuminen:** Tarkoittaa palveluiden käyttäjien asiantuntijuuden hyväksymistä, huomioimista ja hyödyntämistä. Voi toteutua kolmella tavalla: osallisuutena omaan hoitoon ja kuntoutukseen, osallisuutena palvelujen kehittämiseen ja osallisuutena palveluiden järjestämiseen.

*Lue lisää: Laitila M. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihde-työssä. Fenomenografinen lähestymistapa. Dissertations in Health Sciences, University of Eastern Finland. Kopijyvä Oy, Kuopio, 2010.*

**Bikva:** Asiakaslähtöisen laadunarvioinnin menetelmä, joka mahdollistaa asiakkaiden osallisuuden ja soveltuu asiakkaiden vaikutuskanavaksi palveluiden kehittämiseen. Bikva-menetelmän (Brugerinddragelse i Kvalitetsvurdering) on kehittänyt tanskalainen tutkija Hanne Kathrine Krogstrup. Se koostuu neljästä vaiheesta, jossa asiakkaat, kenttätöntekijät, johtohenkilöt ja poliittiset päättäjät haastatellaan vuorollaan.

*Lue lisää: Krogstrup HK. Asiakaslähtöinen arviointi, Bikva-malli. Suom. Julkunen I. FinSoc arviointiraportteja, Stakes, Helsinki, 2004.*

**Hoitosuositus, hoito-ohjelma, hoitopolku:** Hoitosuositus kertoo mitä, miten ja miksi tehdään. Se on asiantuntijoiden järjestelmällisesti laatima ja tieteellisesti mahdollisimman hyvin perusteltu kannanotto hoitopäätöksen tueksi. Hoito-ohjelma kertoo, mitä ja kuka tekee. Hoitopolku kertoo, kuka tekee ja missä.

*Lue lisää: Mäntyranta T, Kaila M, Varonen H, Mäkelä M, Roine RP, Lappalainen J. Hoitosuosituksen toimeenpano. Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim. Vammalan Kirjapaino Oy, Vammala, 2003.*

**Hoitoketju, palveluketju:** Alueellinen hoitoketju koskee tiettyä sairautta potevien hoitoa ja työnjakoa tietyllä alueella. Palveluketju on yleensä käsitteenä laajempi ja tarkoittaa kuvausta siitä, miten tietynlaiselle, usein monia palveluita käyttävälle asiakkaalle, järjestetään hänen tarvitsemansa palvelut ja hoito, ja millainen työnjako tällaisessa järjestelyssä on.

*Lue lisää: Mäntyranta T, Kaila M, Varonen H, Mäkelä M, Roine RP, Lappalainen J. Hoitosuosituksen toimeenpano. Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim. Vammalan Kirjapaino Oy, Vammala, 2003.*

**Implementointi, toimeenpano:** Tarkoittaa menetelmän ja innovaation suunnittelua ja/tai käyttöönottoa tai toteutusta.

*Lue lisää: Kaila M, Kuukasjärvi P. Menetelmien arviointia ja juurruttamista Iossa-Britanniassa. Impakti 2005;1:10-11.*

**Juuruttaminen:** Tarkoittaa avaintoimijoiden välistä vuorovaikutusprosessia. Siihen voi liittyä myös tiedon levittäminen (disseminaatio) ja valtavirtaistaminen (mainstreaming).

*Lue lisää: Kivisaari S, Kortelainen S, Saranummi N. Innovaatioiden juurruttaminen terveydenhuollon markkinoilla. Tekes, Digitaalisen median raportti 7, Helsinki, 1999. Tuominen A, Paananen M, Virtanen P. Projektituotteistajan opas. Työministeriö, Helsinki, 2005.*

**10 askelta -menetelmä:** Tavoitteellista ja systemaattista etene- mistä tukeva työpaja- ja työryhmyöskentelyn menetelmä toimeenpanoon ja arviointiin. Kotona Paras -projektin yhdis- tetty sovellus Key Component Profile -menetelmästä, arvioin- nin kymmenestä askeleesta ja Demingin laatuymprystä.

*Lue lisää: Mukku I, Kaisanlahti A, Koponen E, Toljamo M. Kymmenen toimeenpanon ja arvioinnin askelta. Memo 2011;3:18-21.*

### **Läpimurto menetelmä (breakthrough collaborative, BT):**

Yhteistoiminnallisuutta ja aktiivista vuorovaikutusta korostava työpajatyöskentelyn menetelmä, jossa useat eri toimipaikat työskentelevät samojen sovittujen tavoitteiden eteen ja jakavat osaamista, oppivat toisiltaan ja vertailevat tuloksia.

*Lue lisää: www.rohto.fi*

**Mentorointi:** Mentorointia on, kun kaksi tai useampi henkilö käy luottamuksellista keskustelua tavoitteellisissa tapaamisissa ja pyrkii mukanaolevien ammatilliseen sekä henkilökohtaiseen kehittämiseen. Mentorointisuhteessa opitaan toinen toiselta, kollega kollegalta.

*Lue lisää: Juusela T, Lillia T, Rinne J (toim.) Mentoroinnin monet kasvot. Yrityskirjat. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä, 2000. Toljamo M, Koponen E, Koivisto R. Pieni opas muistimentorille. Suomen muistiasiantuntijat ry, Paintek-Pihlajamäki Oy, Helsinki, 2011.*

**Muistikoordinaattori:** Tarkoittaa etenevien muistisairauksien hoitoon perehtynyttä terveydenhuollon tai sosiaalialan ammattihenkilöä, jonka vastuulla on muistisairaana ihmisen hoidon koordinointi sekä ongelmien ennakointi ja ratkaiseminen yhdessä perheen kanssa kotona asumisen eri vaiheissa.

*Lue lisää: Suomen Alzheimer-tutkimusseuran kokoama asiantuntijaryhmä. Muistisairauksien hyvät hoitokäytännöt. Suomalainen asiantuntijasuositus. Suomen Lääkärilehti 2008;63(10):9-22.*

**Muistikoordinaattoritoiminta, -malli:** Tarkoittaa tässä oppaassa asiantuntijoiden kehittämää ja satunnaistetussa kontrolloidussa interventiotutkimuksessa (RCT=randomized

controlled trial) vaikuttavaksi todettua Omaishoito yhteistyönä -tukimallia, joka sisältää muistikoordinaattoritoiminnan keskeiset elementit. Mallin keskeiset elementit ovat muistikoordinaattori, muistikoordinaattori-geriatri/lääkäri -työpari, räättälöidyt tukimuodot ja tavoitteelliset vertaisryhmät sekä keskeiset periaatteet toiminnalle. Muistikoordinaattoritoiminta -käsitettä käytetään kansallisissa suosituksissa.

**Muistimentorointi:** Tavoitteena vastata muistisairaiden ihmisten hoidon haasteisiin ja kehittää työntekijöitä vastuullisuuteen. Mahdollistaa käytännönläheisen oppimisen ja tiedon jakamisen, kun yhdessä pysähdytään pohtimaan ja selkeyttämään olemassa olevia toimintatapoja. Voi olla tehokas keino juurruttaa uutta tietoa toimintatapojen kehittämiseen.

*Lue lisää: Toljamo M, Koponen E, Koivisto R. Pieni opas muistimentorille. Suomen muistiasiantuntijat ry, Paintek-Pihlajamäki Oy, Helsinki, 2011.*

**Osaaminen:** Tarkoittaa tietoja, taitoja ja asenteita, myös pätevyyttä.

*Lue lisää: OPM. Tutkintojen ja muun osaamisen kansallinen viitekehys. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 24, Yliopistopaino, 2009.*

### **Palvelukokonaisuus sosiaali- ja terveydenhuollossa:**

Tarkoittaa asiakkaan palvelutarpeen perusteella muodostettua palvelun kokonaisuutta, johon liittyy enemmän kuin yksi palveluprosessi, tai yhden tai useamman palvelunantajan tuottamien palvelutapahtumien yksilöityä kokonaisuutta.

*Lue lisää: Kortelainen P. Sosiaalihuollon asiakasasiakirjojen yleinen kansallinen rakenne. Sosiaalialan tietoteknologiahanke/asiakastietojärjestelmät, versio 1.0. STM, 2008. Lehmuskoski A, Kuusisto-Niemi S. Sosiaalialan sanasto asiakastietojärjestelmää varten. Sosiaalialan tietoteknologiahanke. Stakes, 2008.*



**Palveluvaaka.fi:** Esittää olemassa olevaan tilastotietoon perustuvaa vertailutietoa palveluiden saatavuudesta, laadusta, vaikuttavuudesta ja asiakastyytyvyydestä. Palvelua kehittää Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).

Lue lisää: [www.palveluvaaka.fi](http://www.palveluvaaka.fi)

**Rohto-menetelmä:** Lääkehoidon kehittämiskeskuksen menetelmä terveyskeskusten koulutus- ja kehittämistoiminnalle. Rohto-menetelmässä työskennellään tavoitteellisissa ja suunnitelmallisissa Rohto-pajoissa, jotka tähtäävät työtapojen ja hoitokäytäntöjen kehittämiseen ja yhtenäistämiseen.

Lue lisää: [www.rohto.fi](http://www.rohto.fi)

**Strategia, ikääntymispoliittinen strategia:** Osoittaa vanhuspolitiikan suunnan ja tavoitteet kunnassa.

Lue lisää: STM, Suomen kuntaliitto. *Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 3, Helsinki, 2008.*

**Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet:** Indikaattoripankki tarjoaa kaikista Suomen kunnista viimeisimpään voimassa olevaan kuntajakoon perustuen keskeisiä väestön hyvinvointia ja terveyttä koskevia tietoja vuodesta 1990 alkaen. On Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tietopalvelu.

Lue lisää: [www.sotkanet.fi](http://www.sotkanet.fi)

**TOIMIA-tietokanta:** Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. Verkostoa koordinoi Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).

Lue lisää: [www.toimia.fi](http://www.toimia.fi)

**Vaikuttavuus, teho tutkimuksessa:** Tavanomainen vaikuttavuus (engl. effectiveness) hoitotutkimuksissa tarkoittaa vaikuttavuutta rutiiniolosuhteissa, jota on selvitetty käytännönläheisillä satunnaistetuilla tutkimuksilla. Teho (engl. efficacy) tarkoittaa vaikuttavuutta ihanneolosuhteissa, jota selvitetään ennen rutiiniolosuhteiden vaikuttavuutta. Käytännön elämässä harvoin päästään samaan vaikuttavuuteen kuin ideaalitalanteessa.

Lue lisää: Malmivaara A. *Järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus vaikuttavuudesta - Apuväline terveyden- ja sosiaalihuollon ammattilaisille, tutkijoille ja päättäjille. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 2008;45:273-278.* Komulainen J, Peura P, Kaila M, Happonen T. *Hoidon teho, vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Suomen Lääkärilehti 2011;66(41):3014-2015.* Konu A, Rissanen P, Ihantola M, Sund R. *”Vaikuttavuus” suomalaisissa terveydenhuollon tutkimuksissa. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 2009;46:285-297.*

**Vaikuttavuus hoitoketjussa:** Tarkoittaa hoitoketjun, palvelujen ja palveluprosessin tai kokonaisten palveluprosessien kykyä saada aikaan haluttuja vaikutuksia, osoitetaan mittamalla.

Lue lisää: Silvennoinen-Nuora L. *Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa. Acta Universitatis Tamperensis 1558. Tampereen yliopistopaino Oy - Juvenes Print, Tampere, 2010.*

# Sisällys

<b>HYVÄ TOIMEENPANIJA</b> . . . . .	<b>6</b>
<b>TOIMEENPANIJAN SANAKIRJA</b> . . . . .	<b>7</b>
<b>1. TOIMEENPANOMALLI</b> . . . . .	<b>13</b>
<b>2. TOIMEENPANOMALLIN OSAT</b> . . . . .	<b>16</b>
<b>2.1. Uuden toiminnan käyttöönottaminen</b> . . . . .	<b>16</b>
2.1.1. Kuvaus . . . . .	16
2.1.2. Muutospaineet . . . . .	18
2.1.3. Vaikuttavuus. . . . .	18
<b>2.2. Kirjaaminen strategiaan</b> . . . . .	<b>23</b>
<b>2.3. Toimeenpanon ja juurruttamisen aloittaminen</b> . . . . .	<b>24</b>
2.3.1. Toimeenpanijat ja juurruttajat. . . . .	24
2.3.2. Toimeenpanoa ja juurrutusta edistävät ja estävät tekijät. . . . .	24
<b>2.4. Nykytilan selvittäminen ja edellytysten luominen</b> . . . . .	<b>25</b>
2.4.1. Nykytilasta kehittämiskohteet. . . . .	26
2.4.2. Osaamisen vahvistaminen. . . . .	27
2.4.3. Osaamisen jakaminen, esimerkkinä muistimentorointi . . . . .	31
<b>2.5. Eheämpi palvelukokonaisuus</b> . . . . .	<b>35</b>
2.5.1. Ideaalimallista <i>meidän malli</i> . . . . .	35
2.5.2. <i>Meidän mallin</i> vaikuttavuus ja jatkoseuranta . . . . .	35
<b>3. TOIMEENPANON NELJÄ NÄKÖKULMAA</b> . . . . .	<b>39</b>
<b>3.1. Muistisairas ihminen ja hänen omaisensa</b> . . . . .	<b>39</b>
<b>3.2. Uusin tutkimustieto, suositukset ja oppaat</b> . . . . .	<b>40</b>
<b>3.3. Ammattilaiset, kokemustieto ja osaaminen</b> . . . . .	<b>41</b>
<b>3.4. Toimintaympäristö, paikallisuus ja resurssit</b> . . . . .	<b>41</b>

<b>4. ESIMERKKIKUNNAT . . . . .</b>	<b>42</b>
<b>4.1. Espoon toimeenpano . . . . .</b>	<b>42</b>
4.1.1. Muistikoordinaattoritoiminnan aloittaminen 2007 . . . . .	42
4.1.2. Toiminnan juurruttaminen 2008–2011 . . . . .	43
4.1.3. Espoon eheämpi palvelukokonaisuus. . . . .	50
<b>4.2. Sodankylän toimeenpano. . . . .</b>	<b>53</b>
4.2.1. Muistikoordinaattoritoiminnan suunnittelu ja käynnistäminen 2005–2007. . . . .	53
4.2.2. Toiminnan juurruttaminen 2008–2011 . . . . .	53
4.2.3. Sodankylän eheämpi palvelukokonaisuus. . . . .	60
<b>5. LOPUKSI . . . . .</b>	<b>63</b>
<b>KIRJALLISUUTTA . . . . .</b>	<b>65</b>
<b>LIITTEET . . . . .</b>	<b>72</b>

# Oppaan kuviot, taulukot ja liitteet

## Kuviot

Kuvio 1. Kotona Paras -toimeenpanomalli. . . . .	15
Kuvio 2. Muistikoordinaattoritoimintamalli. . . . .	16
Kuvio 3. Pirstaleinen palvelujärjestelmä: muistisairaahan ihmisen ja perheen mahdolliset palvelut. . . . .	18
Kuvio 4. Osaamisalueet muistisairaahan ihmisen kohtaamisessa ja hoidossa. . . . .	28
Kuvio 5. Muistisairaahan ihmisen palvelukokonaisuuden vaikuttavuus ja sen arviointi. . . . .	36
Kuvio 6. Kotona Paras -toimeenpanomallin kehittämisen neljä näkökulmaa. . . . .	39
Kuvio 7. Ideaalimallista Espoon malli (2011). . . . .	51
Kuvio 8. Ideaalimallista Sodankylän malli (2011). . . . .	61

## Taulukot

Taulukko 1. Omaishoito yhteistyönä -tutkimuksen intervention kuvaus. . . . .	20
Taulukko 2. Omaishoito yhteistyönä -tutkimuksen intervention tulostuottajat ja mittarit. . . . .	37
Taulukko 3. Kuntakumppanien väestökuvaus. . . . .	42
Taulukko 4. Espoon sovellus muistikoordinaattoritoimintamallista. . . . .	43
Taulukko 5. Espoon toimeenpanoa edistäneet ja estäneet tai hidastaneet tekijät. . . . .	52
Taulukko 6. Sodankylän sovellus muistikoordinaattoritoimintamallista. . . . .	54
Taulukko 7. Sodankylän toimeenpanoa edistäneet ja estäneet tai hidastaneet tekijät. . . . .	62

## Liitteet

Liite 1. Kotona Paras -toimeenpanijat kunnissa ja ohjausryhmässä. . . . .	72
Liite 2. Muistikoordinaattoritoiminnan tutkimusnäyttöä osoittavat interventiotutkimukset. . . . .	74
Liite 3. Nykytilan tiedonkeruu toimijoilta -lomake. . . . .	78
Liite 4. Tiedonkeruukysymykset yleisiltä palvelutarjoajilta ja yhdistyksiltä. . . . .	80
Liite 5. Kolme työpaja- ja työryhmätyöskentelyn menetelmää. . . . .	81
Liite 6. 10 askelta -toimeenpanon ja arvioinnin menetelmä. . . . .	83
Liite 7. Muistikoordinaattoritoiminnan tutkimusnäyttöä osoittavien interventiotutkimusten tulostuottajat ja mittarit. . . . .	84
Liite 8. Bikva-malli pähkinänkuoressa. . . . .	86

# 1. Toimeenpanomalli

Tässä kappaleessa kerrotaan, millainen Kotona Paras -toimeenpanomalli on kokonaisuutena, miten malli rakennettiin ja mikä on sen tausta. Kuviossa 1 esitetään Kotona Paras -toimeenpanomalli. Toimeenpanomalli on prosessikuvaus siitä, miten kunnat voivat luoda interventiotutkimuksessa vaikuttavuutta osoittavasta ideaalimallista *meidän mallin*. Tarkoituksena on tukea muistisairaahan ihmisen kotona asumista. Toimeenpanomalli käydään yksityiskohtaisesti läpi tässä oppaassa.

Kotona Paras -toimeenpanomallin lähtökohta on muistikoordinaattoritoiminnan käyttöönotto kunnassa. Muistikoordinaattoritoiminta on kansallisessa ja kansainvälisessä interventiotutkimuksessa vaikuttavaksi todettu toimintamalli muistisairaahan ihmisen kotona asumisen tukemiseksi. Interventiotutkimukset osoittavat, että muistisairaiden kotona asumista voidaan tukea ja palvelujen kustannuksia vähentää, kun muistisairaiden ihmisten palvelut ja tarvitsemansa apu suunnitellaan yhteistyössä asiakkaiden ja heidän läheistensä kanssa sekä koordinoidaan ja räätälöidään ammattitaitoisesti. Muistikoordinaattoritoiminnan käyttöönottoa suosittavat myös vuonna 2010 päivitetty Muistisairauksien diagnostiikan ja lääkehoidon Käypä hoito -suositus sekä Muistisairauksien hyvät hoitokäytännöt -asian tuntijasuositus vuodelta 2008.

Kotona Paras -toimeenpanomalli juurruttaa muistikoordinaattoritoimintaa ja eheyttää muistisairaahan ihmisen hoito- ja palveluketjua palvelukokonaisuudeksi. Kunnissa on omat haasteensa muistisairaiden ihmisten kotona asumisen tukemiseksi. Yhteistä kunnissa on muistisairaiden ihmisten alati kasvava määrä ja pula heitä hoitavista osaavista ammattilaisista. Muistisairaus asettaa ihmisille samoja haasteita asuipa ihminen missä tahansa. Kotona Paras -toimeenpano-

malli on kahden kunnan kokemuksista rakennettu prosessimalli, johon sisältyy juurruttamisen työkalupakki.

Kotona Paras -toimeenpanomalli korostaa asiakaslähtöistä muistisairaiden ihmisten hoidon kehittämistä ja osallistaa mahdollisimman monen toimijan muistisairaahan ihmisen kotona asumista tukemaan. Kun uusi toimintamalli otetaan käyttöön, se aiheuttaa muutosta koko hoito- ja palveluketjuun. Kotona Paras -toimeenpanomallissa kunnat keräävät strukturoidusti nykytilan tietoa siitä, miten muistisairaiden ihmisten asiat kunnassa ovat, pohtivat nykyisiä käytäntöjä peilaten niitä tutkittuun ja kustannusvaikuttavaan toimintaan, tunnistavat keskeiset kehittämiskohteet ja keskustelujen myötä rakentavat yhteistyökäytäntöjä toimijoiden kesken hoito- ja palveluketjussa. Keskusteluissa vahvistuvat juurruttamisen edellytykset, ja tieto uudesta toimintatavasta leviää. Juurruttamisen edellytyksiä ovat toimiva yhteistyö ja dialogi, tieto sekä johdon, lähiesimiehen ja kollegan tuki. Tavoitteena on yhdessä saada aikaan aiempaa eheämpi palvelukokonaisuus eli *meidän malli*.

Kotona Paras -toimeenpanomalli rakennettiin nelivuotisessa Suomen muistiasiantuntijat ry:n, Espoon ja Sodankylän yhteisessä toimeenpanoprojektissa vuosina 2008–2011. Päämääränä oli muistisairaahan ihmisen terveyttä, hyvinvointia ja turvallisuutta edistävä kotona asuminen. Projektissa juurrutettiin kunnissa käyttöön otettua ja strategiaan kirjattua muistikoordinaattoritoimintaa eheyttämällä koko muistisairaahan ihmisen hoito- ja palveluketjua kotona asumista tukeväksi. Projektin tuki mukana olevia kuntia, kun kunnat strategiansa mukaisesti kehittivät omaa toimintaansa vastaamaan asiakkaidensa avun tarpeita. Asiakasedustus oli muutoksessa mukana koko prosessin ajan.

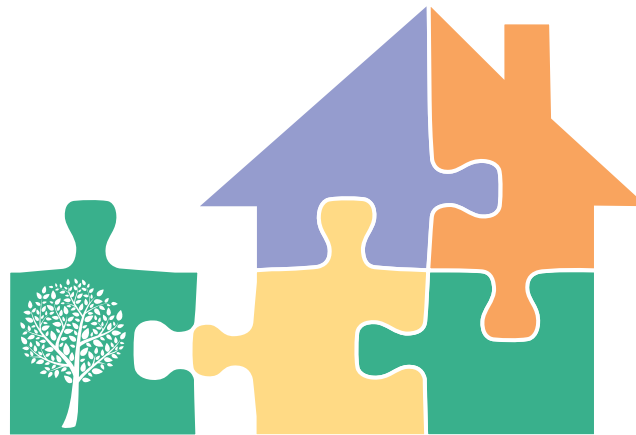
Kotona Paras -toimeenpanomallin taustanäkemys on,

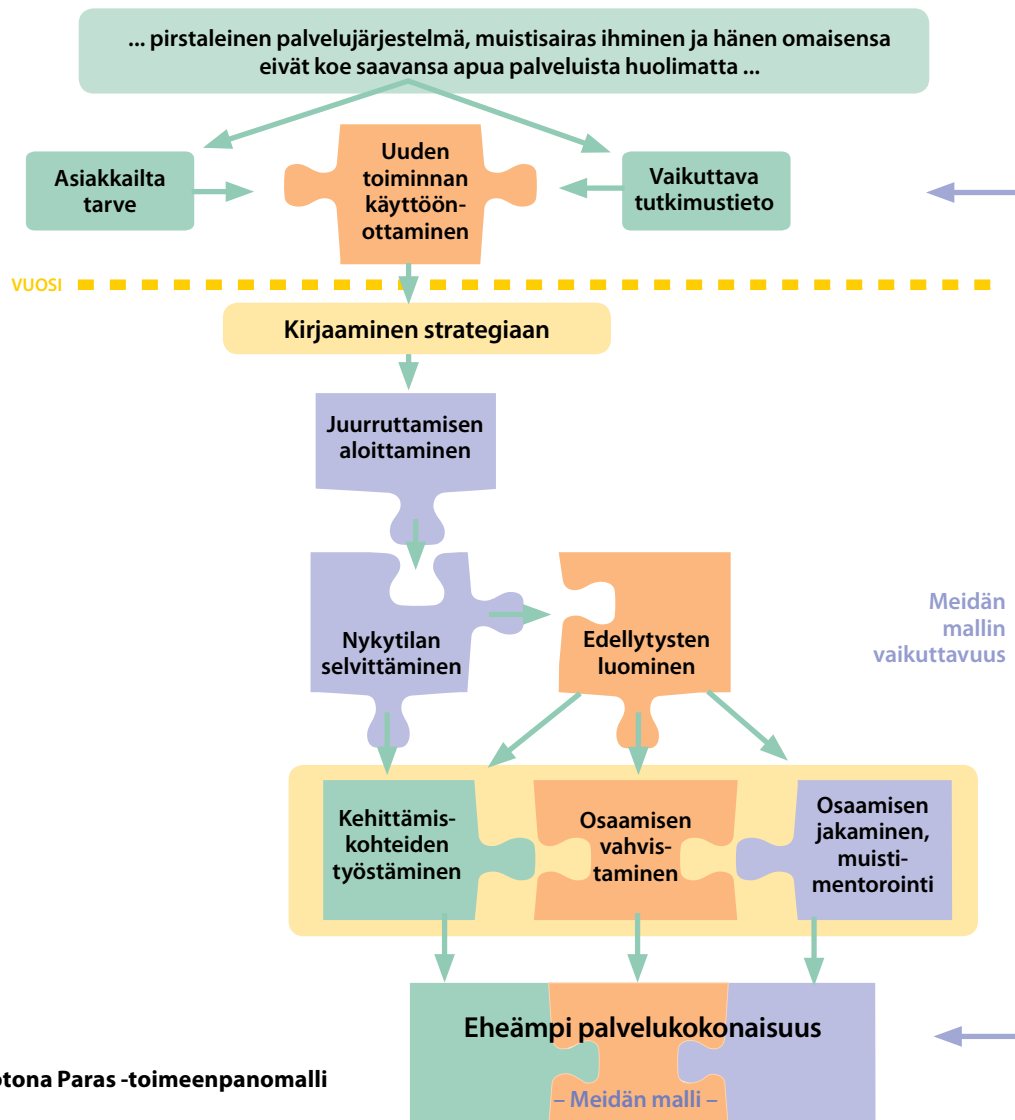
että tutkimusympäristössä tuotettua uutta toimintamallia, ideaalimallia, ei viedä tai siirretä ulkopuolelta uuteen toimintaympäristöön. Ideaalimalli juurrutetaan paikallisesti ja paikallisten toimijoiden toimesta. Paikallinen toimeenpano on vaativaa ja systemaattista toimintaa. Uuden tiedon omaksuminen ja paikallinen toimeenpano edellyttävät organisaatiolta valmiuksia muuttaa olemassa olevia perinteitä ja tiukassa olevia käytäntöjä, uudenlaista johtamista sekä toimeenpanon erityisosaamista omilta ja ulkopuolisilta toimeenpanon tukijoilta. Pelkästään toimeenpanon avainhenkilöiden saaminen saman pöydän ääreen vaatii organisointia, jotta prosessi etenee suunnitelmallisesti ja tavoitteellisesti.

Tämä opas on suunnattu kuntien vanhuspalveluista vastaaville, kuten vanhustyön johtajille. Johdon lisäksi

toimeenpanijoiksi ja juurruttajiksi tarvitaan ammattilaisia hallintorajat rikkoen, ja myös kuntalaisia. Työryhmä tietyn kehittämiskohteen ympärille on hyvä koota periaatteella ”keitä asia koskee”, ja nimetä heidät puimaan asiaa ja etsimään ratkaisuja pulmapaikkoihin. Muistisairaana ihmisen ja omaisen osallisuutta toimeenpanossa on tuettava kaikin tavoin, ja on pohdittava yhdessä keinoja osallisuuden vahvistamiseksi.

**YHTEENVETO:** Tässä kappaleessa kerrottiin, että Kotona Paras -toimeenpanomalli on prosessimalli, joka rakennettiin Suomen muistiasiantuntijat ry:n, Espoon ja Sodankylän yhteisessä projektissa saatujen kokemusten pohjalta. Seuraavassa kappaleessa Kotona Paras -toimeenpanomalli käydään läpi yksityiskohtaisesti. Mallin osien kohdalla kerromme vinkkejä, hyviä käytäntöjä ja työkaluja, joista osa on liitteinä.





Kuvio 1. Kotona Paras -toimeenpanomalli

VUOSI

#### Toimeenpanijat

- Vanhustyön johtaja päätoimijana
- Asiakas mukana muutoksen tekijänä
- Ammattilaiset "ketä asia koskee" -periaatteella
- Ulkopuolinen toimeenpanon tuki: sparraus, rohkaisu, kannustus ja toimijuus taustalla

#### Työkalupakki

- Sanakirja, yhteiset käsitteet
- Strategia
- Suositukset, tutkimukset ja oppaat
- Sähköiset tietopankit, kuten Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet, Palveluvaaka.fi ja TOIMIA-tietokanta
- Ammattilaisten osaamiskriteeristöt
- Työpajamenetelmät, kuten 10 askelta, Läpimurto-menetelmä ja Rohto-menetelmä





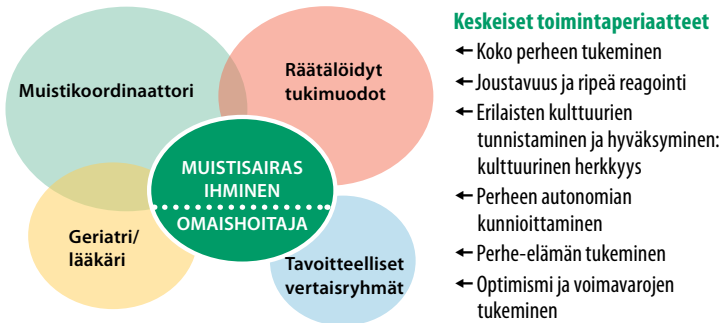
## 2. Toimeenpanomallin osat

### 2.1. Uuden toiminnan käyttöönotto

Tässä kappaleessa kerrotaan, mikä on Kotona Paras -toimeenpanomallissa juurrutettava uusi käytäntö, perustellaan, miksi tämä käytäntö kannattaa ottaa käyttöön, ja selitetään, mikä on sen interventiotutkimuksessa osoitettu vaikuttavuus.

#### 2.1.1. Kuvaus

Kotona Paras -toimeenpanomallissa juurrutettava uusi käytäntö on muistikoordinaattoritoimintamalli (kuvio 2), sovellus Vanhustyön keskusliiton Omaishoito yhteistyönä -tukimallista. Muistikoordinaattoritoiminta on monimuotoinen ja yksilöllisesti räätälöity tukitoiminta useine toimijoinen ja toimintatapoineen. Tämyntyyppisiä interventioita kutsutaan kompleksisiksi. Mallin runkona ovat ammattitaitoinen muistikoordinaattori työparinaan geriatri, asiakaskohdaisesti räätälöidyt tukimuodot ja tavoitteelliset vertaisryhmät.



Kuvio 2. Muistikoordinaattoritoimintamalli.

Lähde: vrt. Eloniemi-Sulkava ym. 2006

mät. Mallin keskeiset toimintaperiaatteet antavat vastausta kysymykseen: miten toimitaan.

Muistikoordinaattoritoiminnan yleinen raamitus löytyy edellä mainitusta tutkimuksesta ja Muistisairauksien hyvät käytännöt -asiantuntijasuosituksista:

- Yksi muistikoordinaattori 10 000 asukkaan väestöpohjassa, jossa yli 65-vuotiaita on noin 15 %
- Muistikoordinaattorin vastuulla olevan optimaalisen potilasryhmän koko on kerrallaan noin 50–60 perhettä (tai yksin asuvaa muistipotilasta)
- Työparina tulee olla muistisairauksiin perehtynyt lääkäri
- Koordinaattorilla tulee olla vahva muistiosaaminen, palvelujärjestelmän hyvä tuntemus, valmiudet itsenäiseen ja vastuulliseen työskentelyyn sekä yhteistyö- ja ongelmanratkaisutaitoja
- Koordinaattorilla tulee olla joustava työaika
- Koordinaattori voidaan tavoittaa ympäri vuorokauden
- Toimintaan tarvitaan erillinen budjetti, jonka käytöstä koordinaattori ja hänen lääkäriyöparinsa vastaavat
- Koordinaattori ja lääkäri tarvitsevat jatkuvaa koulutusta ja työhöhausta ainakin ensimmäisen toimintavuoden ajan uuden toimintatavan vakiinnuttamiseksi
- Toiminta vaatii ammattikuvien ja vastuiden selkiyttämistä koko työyhteisössä sekä syvälle menevää muutosvalmiutta ja jatkuvaa itsearviointia johtamiselta, palvelujärjestelmältä ja toimijoilta

Muistikoordinaattorin tehtävät ovat:

- Diagnoosin jälkeinen säännöllinen tilanteen seuranta ja yhteistyö potilaiden ja perheiden kanssa
- Kokonaisvastuu kotona asumisen tukemisesta sairauden



eri vaiheissa

- Palveluiden kartoittaminen ja räätälöityjen tukitoimien koordinointi
- Ongelmatilanteiden ennakointi ja tunnistaminen sekä ratkaisujen koordinointi
- Muistisairauksien hoitotyön koulutus
- Konsultaatiot ammattilaisille

*Lähde: Muistisairauksien hyvät hoitokäytännöt -asiantuntijasuositus 2008*

Muistikoordinaattorin (engl. case manager in dementia, family care coordinator) nimikkeellä toimivia ammattilaisia on Suomessa ollut vuodesta 2007 lähtien. Muistikoordinaattorit ovat tällä hetkellä yleisimmin sairaanhoitajia. Muistikoordinaattoreissa on myös terveydenhoitajia, perus- ja/ tai kodinhoitajia tai geronomeja. Heillä on peruskoulutuksen lisäksi usein myös muistihoitajan tai -koordinaattorin koulutus tai muuta lisäkoulutusta, ja useimmilla on pitkä työkokemus. Tärkeimpänä taitona työssään muistikoordinaattorit itse pitävät kuuntelemisen ja kohtaamisen taitoja, kykyä olla ihminen toiselle ihmiselle. Myös kyky hahmottaa kokonaistilanne ja palveluiden koordinoinnin osaaminen on tärkeää. Muina ominaisuuksina muistikoordinaattorit ovat maininneet joustavuuden, verkostotyön ymmärryksen sekä kyvyn selkeään, rauhoittavaan ja turvallisuuden tunnetta luovaan ilmaisuun.



#### VINKKI: MUSTIKOORDINAATTORIN TYÖN YDIN

Tärkeimpänä taitona työssään ammattitaitoiset muistikoordinaattorit pitävät kuuntelemisen ja kohtaamisen taitoja, kykyä olla ihminen toiselle ihmiselle.

Muistikoordinaattorin asiakkaina ovat yleensä kotona asuvat mutta ei vielä kotihoidon piirissä olevat muistisairaant ihmiset. Asiakkaana voivat olla myös kotihoidon piirissä olevat, jotka tarvitsevat erityistä tukea ja joilla on kotona asumisen päättymistä uhkaavia ongelmia. Tämä on suosituksen

mukaista. Muistikoordinaattori on osa moniammatillista sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuutta, linkki ja tulkki asiakkaan ja palvelujärjestelmän välillä. Muistikoordinaattori on kotona asuvan muistisairaant ihmisen ja hänen omaistensa tuki, asiantuntija, jolta voi kysyä, joka opastaa ja tukee, on rinnalla kulkija ja herättää kollegankin innostusta muistiasioihin. Muistikoordinaattorin työparina on muistisairauksiin perehtynyt geriatri tai muu lääkäri. Lääkäriyöpari on toiminnan toinen elementti.

Muistikoordinaattoritoimintamallin kolmas elementti ovat räätälöidyt tukimuodot. Niillä tarkoitetaan kunnan perinteisten palvelujen lisäksi muun muassa erityisosaimista vaativaa muistikuntoutusta, tavoitteellisesti toteutettuja ja kuntoutumista tukevia ympärivuorokautisia lyhyt-aikaishoidon jaksoja, kotimiestoimintaa ja siivouspalvelua. Tukimuodot räätälöidään perhe- ja tilannekohtaisesti muistisairaant ihmisen ja hänen omaistensa, muistikoordinaattorin ja geriatriin yhteistyönä.

Muistikoordinaattoritoimintamallin neljäs elementti ovat tavoitteelliset vertaisryhmät. Ne täydentävät muistikoordinaattorin ja geriatriin työtä. Niiden toteuttamisessa voidaan hyödyntää järjestöjen ja yksityisten palveluntuottajien palveluita yhteistyössä julkisen sektorin kanssa. Suomessa toimii noin 13 000 sosiaali- ja terveysjärjestöä, ja niistä erityisesti omais- ja potilasyhdistyksillä on tärkeä rooli myös muistisairaiden ihmisten ja omaisten tukemisessa. Järjestöissä toteutetaan monenlaista kehittämistoimintaa, joka organisoidaan usein projekteiksi. Selvityksemme mukaan projektien tavoitteet muistisairaiden ihmisten kotona asumiseksi ovat ryhmiteltävissä kolmeen: 1) muistisairaiden ihmisten toimintakyvyn tukeminen ja palvelujen kehittäminen, 2) omaisten jaksamisen tukeminen ja 3) ammattihenkilöstön osaamisen vahvistaminen. Tavoitteet ovat yhdensuuntaisia kuntien ikääntymispoliittisten strategisten tavoitteiden kanssa. Tämä puoltaa järjestöjen ja kuntien yhteistyön tehostamista entisestään.



## VINKKI: JÄRJESTÖJEN TOIMINTA

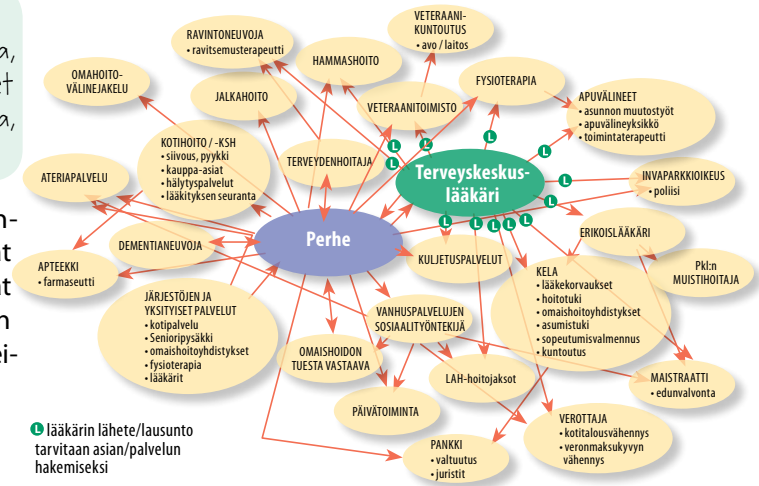
Järjestöissä toteutetaan monenlaista kehittämistoimintaa, joka organisoidaan usein projekteiksi. Projektien tavoitteet ovat yhdensuuntaisia kuntien strategisten tavoitteiden kanssa, ja yhteistyön tehostaminen on siten kannatettavaa.

Muistikoordinaattoritoimintamallin keskeiset toimintaperiaatteet viestittävät toimimisen tapaa ja vastaavat kysymykseen ”miten”. Keskeiset toimintaperiaatteet ovat koko perheen tukeminen, joustavuus ja riipeys, erilaisuuden hyväksymisen, autonomian kunnioittaminen sekä myönteisyys ja kunkin asiakkaan omien voimavarojen tukeminen.

### 2.1.2. Muutospaineet

Miksi muistikoordinaattoritoimintamalli kannattaa kunnassa ottaa käyttöön? Miten sen käyttöönotto hyödyttää asiakkaita? Kuntien ikääntymispoliittisten strategioiden analyysin mukaan muistisairaiden ihmisten kotona asumisen tukeminen kaikin käytettävissä olevin keinoin on jopa ainoa keino selvitä tulevaisuudessa. Kotona asuminen on myös ikääntyneiden ihmisten itsensä toive. Laitoshiitoon painottuvasta palvelu- ja kustannusrakenteesta kunnat ovat pyrkineet jo vuosia kohti avohoitoa tukevia ratkaisuja. Vaikka palveluja on kunnassa tarjolla, siitä huolimatta muistisairas ihminen ja omaishoitaja eivät aina koe saavansa tarvitsemaansa apua. Asiakkaan avuntarpeen ja tarjolla olevien palvelujen kohtaamattomuus johtuu monimutkaisesta ja pirstaleisesta palvelujärjestelmästä (kuvio 3).

Kuntien vanhustyö on haasteiden edessä myös ikääntymiskehityksen vuoksi, ja se on kunnissa hyvin tiedostettu. Noin 120 000 suomalaisella on jonkinasteinen muistisairaus, ja vuosittain sairastuu noin 13 500. Sairastuneista noin 70 000 asuu kotonaan. Ikääntymiskehitys tietää yhä suurempia kustannuksia kunnille. Muistisairaudet ovat kustannuksiltaan yksi kalleimpia sairausryhmiä, ja muistisairaiden ihmisten



● lääkärin lähete/lausunto tarvitaan asian/palvelun hakemiseksi

**Kuvio 3. Pirstaleinen palvelujärjestelmä: muistisairaan ihmisen ja perheen mahdolliset palvelut.**

Lähde: Saarenheimo ja Pietilä 2006

hoitaminen yksi suurimpia vanhustyön haasteita. Ilman hyvin järjestettyjä ja helposti saatavia kotona asumista tukevia palveluja kunnat ovat yhä suuremmissa vaikeuksissa väestön ikääntyessä. Kotona asumisen tukeminen on paitsi inhimillistä, myös taloudellista.

Palvelujärjestelmän pirstaleisuuden sekä tarjolla olevien palvelujen ja asiakkaiden avuntarpeen kohtaamattomuuden vuoksi tarvitaan eheyttävää ammattitaitoista työskentelyä, kuten muistikoordinaattoritoimintaa. Muistikoordinaattoritoiminta on yksi keino vastata muutospaineisiin.

### 2.1.3. Vaikuttavuus

Kansalliset ja kansainväliset interventiotutkimukset antavat tutkimusnäyttöä muistikoordinaattoritoiminnan tai vastaavan toiminnan vaikuttavuudesta palvelujen käyttäjiin ja palvelujärjestelmään. Tutkimukset pääsääntöisesti osoittavat,

että ammattitaitoisen muistikoordinaattoritoiminnan avulla muistisairaahan ihmisen kotona asumista voidaan pidentää, pysyvään pitkäaikaishoitoon siirtymistä lykätä ja sen aikaa lyhentää. Tämän vuoksi myös kaksi kansallista suositusta, vuonna 2010 päivitetty Muistisairauksien diagnostiikan ja lääkeshoidon Käypä hoito -suositus sekä Muistisairauksien hyvät hoitokäytännöt -asiantuntijasuositus vuodelta 2008 suosittavat muistikoordinaattoritoiminnan käyttöönottoa muistisairaahan ihmisen hoito- ja palveluketjuun.

Vaikuttavuus tässä kappaleessa tarkoittaa interventiotutkimuksessa osoitettua vaikuttavuutta (engl. effectiveness). Intervention vaikuttavuutta tutkitaan yleensä satunnaistetuissa kokeissa, joissa on mukana hoitoa saava ryhmä (interventoryhmä) ja hoitoa saamaton ryhmä (vertailuryhmä). Vertailuryhmä on usein tavanomaisen hoidon piirissä. Malmivaaran mukaan vaikuttavuudesta ihanneolosuhteissa käytetään termiä teho ja rutiiniosuhteissa vaikuttavuus. Käytännönläheisillä satunnaistetuilla tutkimuksilla pyritään selvittämään intervention vaikuttavuutta tiettyjen tulosmuuttujien avulla.

Olemme koonneet edellä mainituissa suosituksissa mainitut interventiotutkimukset liitteeseen 2. Tämän oppaan ensisijainen lähdetutkimus on Vanhustyön keskusliiton Omaishoito yhteistyönä -interventiotutkimus. Esittelemme sen seuraavassa tarkemmin.

Vanhustyön keskusliiton Omaishoito yhteistyönä -interventiotutkimuksessa arvioitiin kehitetyn tukimallin vaikuttavuutta. Tutkimuksessa oli mukana 125 helsinkiläistä omaishoitopariskuntaa, interventoryhmässä 63 pariskuntaa ja vertailuryhmässä 62. Ensisijaisesti mukana oli perheitä, joissa puolisoilla oli vähintään keskivaikea dementia. Tavoitteena oli selvittää taulukossa 1 kuvatun monimuotoisen ja yksilöllisesti räätälöidyn tukitoiminnan vaikuttavuutta. Erytistavoitteena oli edistää molempien puolisoitten toimintakykyä, auttaa vaikeiden kotitilanteiden ratkaisuisissa, tukea arjen hallintaa ja vahvistaa omaishoitajan toimijuutta psyko-

logisen tuen avulla.

Tulosten mukaan interventio myöhensi laitoshoidon alkamista sekä laski kokonaispalvelujen määrää ja kustannuksia. Interventoryhmän omaishoitajat verrattuna vertailuryhmään olivat tyytyväisempiä palveluihin ja heillä oli vähemmän kohtaamattomia palvelutarpeita. Omaishoitajien itseluottamus lisääntyi, oma toimijuus suhteessa palvelujärjestelmään vahvistui ja kyky hoitaa puolisoa kehittyi. Laadulliset tulokset osoittivat omaishoitajien myönteisiä muutoksia hyvinvoinnissa ja elämänhallinnassa. Mittareilla mitattuja vaikutuksia omaishoitajien elämänlaatuun, depressiivisiin oireisiin, kuormittuneisuuteen, psyykenlääkkeiden käyttöön, potilaan depressio-oireisiin tai toimintakykyyn ei tutkimuksessa saatu esille.

Taulukossa 1 on kuvattu yksityiskohtaisesti monimuotoinen ja yksilöllisesti räätälöity tukitoiminta eli interventio, se miten toimimalla tuloksia saavutettiin.

#### VINKKI: TAVOITTEELLISET VERTAISTUKIRYHMÄT

Tavoitteelliset vertaistukiryhmät ovat omaisille tilaisuuksia kohdata sairauden tuomia haasteita yhdessä muiden kanssa. Ne laajentavat sosiaalisen tuen verkostoa, mahdollistavat omien voimavarojen tunnistamista ja niiden entistä parempaa hyödyntämistä sekä edistävät aktiivista toimijuutta, voimaantumista ja pariskunnan autonomiaa. Tavoitteellisten vertaistukiryhmien tavoitteena on tilanteen omaehtoinen hallinta.

#### VINKKI: PERHE-ELÄMÄN TUKEMINEN

Perhe-elämän tukeminen on muistikoordinaattoritoiminnan tärkeimpiä toimintaperiaatteita. Se tarkoittaa kullekin ihmiselle ominaisen arjen tukemista ja omaishoitajien tilaisuuksia jäsentää omaa tilannetta ja asettaa rajoja hoitamiselle. Se on tukea omien tunteiden ja moraalisten sitoumusten käsittelyyn ja auttaa ennakoivasti hyväksymään esim. puolison lyhytaikaishoidon ennen loppuun palamista.

**Taulukko 1. Omaishoito yhteistyönä -tutkimuksen intervention kuvaus.**

Elementti Toiminta	
<b>Muistikoordinaattori</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yksi muistikoordinaattori per 63 pariskuntaa interventioryhmässä</li> <li>• Perheen tilanteen ja tuen tarpeiden kartoittaminen sekä luottamuksen synnyttäminen tutkimuksen alkaessa kotikäynnillä</li> <li>• Tuku-suunnitelman laatiminen kartoitusten pohjalta ja arviointi uudelleen lääkärin vastaanotolla, jossa koordinaattori mukana</li> <li>• Yhteydessä perheisiin vähintään 3 kuukauden välein, elleivät itse ottaneet yhteyttä. Rohkaistiin yhteydenottoihin aina kun kysymyksiä tai keskustelun tarvetta.</li> </ul>
<b>Geriatrit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lääkärintarkastukset ja hoidon suunnittelu tutkimuksen alkaessa ja vuoden kuluttua</li> <li>• Yksilöllinen muistisairauksiin liittyvän tiedon jakaminen ja huomion kiinnittäminen ennaltaehkäiseviin asioihin</li> </ul>
<b>Räätälöidyt tukimuodot</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Julkinen ja yksityinen fysioterapeuttinen kuntoutus</li> <li>• Muistikuntoutus pääosin omaishoitoperheiden kodeissa</li> <li>• Sotaveteraani- ja sotainvalidikuntoutus, lottajärjestön tukema kuntoutus</li> </ul>
<b>Tavoitteelliset vertaisryhmät</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tavoitteelliset vertaistukiryhmät omaisille, tilaisuuksia kohdata sairauden tuomia haasteita yhdessä muiden kanssa, laajentaa sosiaalisen tuen verkostoa sekä mahdollistaa omien voimavarojen tunnistamista ja niiden entistä parempaa hyödyntämistä. Tavoitteena aktiivinen toimijuus, voimaantuminen, pariskunnan autonomia ja tilanteen omaehtoinen hallinta.</li> <li>• 5 ryhmäkokoontumista / 7 kk, 8-10 ryhmäläistä, 2 ohjaajaa. Kokoontumiset palvelutaloissa, joissa puolisoille samaan aikaan kuntouttavaa ryhmätoimintaa. Kesto viisi tuntia sisältäen keskustelu- ja virkistysosuuden ja lounaan. Taksikuljetus.</li> <li>• Projektissa toimi 9 ryhmänohjaajaa. Ohjaajapareista ainakin toisella muistitietämystä ja kokemusta ryhmän ohjaamisesta. Ohjaajille järjestettiin 2 koulutuspäivää ja säännöllistä työnohjausta.</li> <li>• Tavoitteellisesti siten, että ohjaajat pyrkivät toiminnallaan edistämään voimavara- ja ratkaisukeskeisiä toiminta- ja ajattelutapoja keinoina tavoitteiden</li> </ul>
<b>Periaatteet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Koko perheen tukeminen. Omaishoitajan ja muistisairaana puolison tuen tarpeiden huomiointi, neuvotteleva vuoropuhelu, järjestettyjen palvelujen ja avun tehokkuus ja oikea-aikaisuus, päätöksenteon tuki.</li> <li>• Joustavuus ja ripeä reagointi. Ripeä tarttuminen perheen tarpeisiin ja tilanteisiin, koordinaattorin ja lääkärin kotikäynnit esim. voinnin heikentyessä tai omaishoitajan sairastuessa, avun tarpeiden ja mahdollisten ongelmien ennakointi, edellytti vastuullista työtettä ja mahdollisuutta joustavaan työajan käyttöön.</li> <li>• Erilaisten kulttuurien tunnistaminen ja hyväksyminen: kulttuurinen herkkyyt. Sekä perheiden erilaisuus että palvelujärjestelmän toimintakulttuurit, muistikoordinaattori tulkkinä.</li> <li>• Perheen ja autonomian kunnioittaminen ja yhteistyön kehittäminen. Koordinaattori ohjasi perheitä määrittelemään itse palvelut ja tukimuodot</li> </ul>

- Puhelinkeskustelut, tekstiviestit, sähköpostit ja kirjeet omaishoitajien kanssa
- Yhteiset kotikäynnit lääkärin kanssa tarvittaessa
- Apuvälinehankinnoissa auttaminen, tuki peruspalveluiden järjestämisessä ja erilaisten taloudellisten tukien hakemisessa
- Oma budjetti
- Joustava työaika

- Lääkärintarkastus myös lähes kaikille omaishoitajille
- Tarvittaessa kotikäyntejä, lääkityskokeiluja tai -muutoksia, lääkärilausuntoja, ravitsemustilan arviointi ja puuttuminen
- Puhelinkonsultaatiomahdollisuus vähintään viikoittain

- Ravitsemusneuvonta, apuvälineet, lah-hoito
- Mahdollisuus käyttää apuna kolmatta sektoria ja yksityisiä palvelujen tuottajia, joissa oli päivätoimintaa, kotimiestoimintaa ja siivouspalvelua

- esillä pitäminen, ryhmän toimivuuden edistäminen, kommunikaation selkiyttäminen, voimavaroihin keskittyminen.
- Tietoillat omaishoitoperheiden läheisille, 3 kpl. Käsiteltiin muistisairauksia ja sairauksien moninaisia vaikutuksia sairastuneen ja omaishoitajan elämään sekä muistisairauksiin ja omaishoitoon liittyviä oikeudellisia kysymyksiä. Mahdollisuus esittää kysymyksiä.
- Hankalien kotitilanteiden ryhmät, 3 kpl, 5 kokoontumista, 6 osallistujaa, vetäjinä tutkija ja koordinaattori. Järjestettiin päivätoimintakeskuksessa, jolloin muistisairaalla mahdollisuus osallistua päivätoimintaan.
- Matkakorvaus. Ideana tarjota areena käyttösoireiden ymmärtämiselle ja niiden omaishoitajille aiheuttaman stressin käsittelylle vertaiskeskustelun ja ammattilaisten tietotaidon avulla.

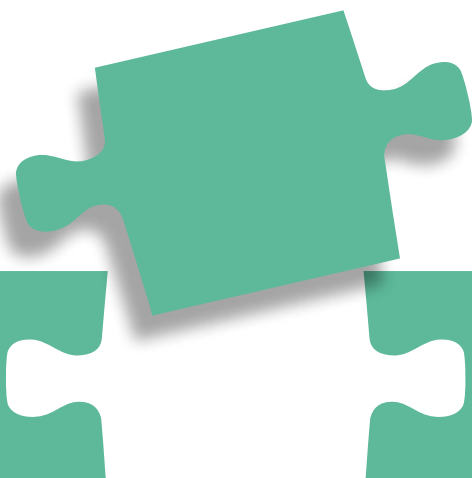
- kotona asumisen tueksi, keskinäinen luottamus, ongelmatilanteiden normaalistaminen, suhtautuminen vakavasti perheiden esille nostamiin asioihin, tilan antaminen perheen omille toimintatavoille.
- Perhe-elämän tukeminen. Tärkein toimintaperiaate, kullekin ominaisen arjen tukeminen, omaishoitajille tilaisuuksia jäsentää omaa tilannetta ja asettaa rajoja hoitamiseksi, tuki omien tunteiden ja moraalisten sitoumusten käsittelylle, auttaa ennakoivasti hyväksymään esim. lyhytaikaisoiden jaksoja ennen loppuunpalamista.
- Optimismi ja voimavarojen tukeminen. Psykologinen tuki, tunteiden jäsentäminen ja selkiytyminen, tiedon jakamisessa keskeistä neutraali ja objektiivinen ja samalla toivoa synnyttävä ja kannustava luonne.

Toisena tutkimuksena mainitsimme tasokkaan kansainvälisen Mittelmannin ja kumppaneiden vuonna 2006 julkaistun seurantatutkimuksen (liite 2). Pitkäaikainen seurantatutkimus antaa vahvaa tutkimusnäyttöä omaishoitajille suunnatun tehostetun ohjauksen ja tuen saannin tehosta muistisairaana puolison laitoshoidon alkamisen myöhentämiseen. Mukana oli 406 omaishoitajaa. Interventio sisälsi kuusi 1-3 tuntia kestävä ohjauskertaa ensimmäisen neljän kuukauden aikana ja sen jälkeen viikoittain kokoontuvat vertaisryhmät. Kuudesta ohjauskerrasta kaksi oli yksilöllisiä ja neljä perhekohtaisia tapauksia. Interventioyöryhmän omaishoitajilla oli mahdollisuus soittaa koordinaattorille tarvittaessa, esim. kriisitilanteissa ja oireiden muuttuessa. Pisimmillään seuranta-aika oli 17 vuotta. Tulosten mukaan interventio vähensi merkittävästi laitoshoidon todennäköisyyttä. Myönteisiä muutoksia oli lisäksi omaishoitajien suhtautumisessa muistiongelmien ja käyttöoireisiin sekä koettuun sosiaalisen tuen saantiin.

Muut liitteen 2 interventiotutkimukset osoittavat, että muistikoordinaattoritoiminnalla, siihen liittyvillä räätälöidyillä tukitoimilla ja omaisten tehostetulla ohjauksella on todennäköisesti vaikutuksia muistisairaana ihmisen pysyvän pitkäaikaishoidon lykkääntymisen lisäksi mm. suositusten parempaan noudattamiseen, AKE-lääkkeiden (asetyylikoliiniesteraasin estäjät) käyttämiseen, muistisairaiden ihmisten elämänlaatuun ja käyttöoireiden vähentymiseen sekä parempaan omaishoitajien arvioimaan hoidon laatuun. Myönteisiä vaikutuksia on osoitettu omaishoitajien parempaan jaksamiseen. Omaishoitajien kokemus omasta osaamisesta oli tutkimusten mukaan vahvistunut, ja he kokivat saavansa tarvitsemaansa tukea käyttöoireiden hoitoon ja niihin suhtautumiseen. Myös omaishoitajien depressiiviset oireet ja henkinen stressi olivat helpottuneet eräissä tutkimuksissa. Tarkastelluissa tutkimuksissa sen sijaan ei saatu osoitettua koordinaattoritoiminnan vaikutuksia omaishoitajien elämänlaatuun,

psykykenlääkkeiden käyttöön, muistisairaiden ihmisten depressio-oireisiin tai toimintakykyyn. Muistikoordinaattoritoiminnan vaikutuksista palvelujen käyttöön oli sekä palveluja lisääviä että vähentäviä havaintoja.

**YHTEENVETO:** Tässä kappaleessa kerrottiin, että Kotona Paras-toimeenpanomallissa on kyse muistikoordinaattoritoimintamallin juurruttamisesta hoito- ja palveluketjuun, ja samalla muistisairaana ihmisen koko hoito- ja palveluketjun eheyttämisestä. Kansalliset ja kansainväliset tutkimukset antavat tutkimusnäyttöä muistikoordinaattoritoiminnan ja siihen liittyvien tukitoimien vaikuttavuudesta. Myös arkikokemukset osoittavat, että asiakaskunta arvostaa muistikoordinaattoreiden työtä ja kokee hyötyvänsä siitä. Seuraavassa kappaleessa kerrotaan uuden toiminnan käyttöönoton kirjaamisesta strategiaan.





## Työkalupakki uuden toiminnan käyttöönottamiseen

### Yhteiset käsitteet

**Muistikoordinaattori:** Tarkoittaa etenevien muistisairauksien hoitoon perehtynyttä terveydenhuollon tai sosiaalialan ammattihenkilöä, jonka vastuulla on muistipotilaan hoidon koordinointi sekä ongelmien ennakointi ja ratkaiseminen yhdessä perheen kanssa kotona asumisen eri vaiheissa.

**Muistikoordinaattoritoiminta, -malli:** Tarkoittaa tässä oppaassa asiantuntijoiden kehittämää ja satunnaistetussa kontrolloidussa interventiotutkimuksessa vaikuttavaksi todettua Omaishoito yhteistyönä -tukimallia, joka sisältää muistikoordinaattoritoiminnan keskeiset elementit. Mallin keskeiset elementit ovat muistikoordinaattori, muistikoordinaattori-geriatri/lääkäri -työpari, räätälöidyt tukimuodot ja tavoitteelliset vertaisryhmät sekä keskeiset periaatteet toiminnalle. Muistikoordinaattoritoiminta-käsitettä käytetään myös kansallisissa suosituksissa.

**Vaikuttavuus, teho tutkimuksessa:** Tavanomainen vaikuttavuus (engl. effectiveness) hoitotutkimuksissa tarkoittaa vaikuttavuutta rutiiniolosuhteissa, jota on selvitetty käytännönläheisillä satunnaistetuilla tutkimuksilla. Teho (engl. efficacy) tarkoittaa vaikuttavuutta ihanneolosuhteissa, jota selvitetään ennen rutiiniolosuhteiden vaikutavuutta.

### Liitteet

Liite 2. Muistikoordinaattoritoiminnan tutkimusnäyttöä osoittavat interventiotutkimukset.

### Lue lisää

- Eloniemi-Sulkava U, Saarenheimo M, Laakkonen M-L, Pietilä M, Savikko N, Pitkälä K. **Omaishoito yhteistyönä. Iäkkäiden dementiaperheiden tukimallin vaikuttavuus.** Tutkimusraportti 14, Vanhustyön keskusliitto, Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi, 2006.
- Eloniemi-Sulkava U, Sormunen S, Topo P. **Dementia on erityiskysymys.** Teoksessa S Sormunen, P Topo (toim.) Laadukkaat dementia palvelut. Opas kunnille. Stakes, Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä, 2008;9-14.
- Hyvärinen H. **Tärkeintä on kohtaaminen.** Muistikoordinaattori Tarja Niittymäen haastattelu. *Sairaanhoitaja* 2010;83(9):22-23.
- Komulainen J, Peura P, Kaila M, Happonen T. **Hoidon teho, vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus.** Suomen Lääkärilehti 2011;66(41):3014-2015.
- Konu A, Rissanen P, Ihantola M, Sund R. **"Vaikuttavuus" suomalaisissa terveydenhuollon tutkimuksissa.** *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 2009;46:285-297.
- Malmivaara A. **Järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus vaikuttavuudesta - Apuväline terveyden- ja sosiaalihuollon ammattilaisille, tutkijoille ja päättäjille.** *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 2008;45:273-278.
- Raivio M, Eloniemi-Sulkava U, Saarenheimo M, Laakkonen M-L, Pietilä M, Pitkälä K. **Suomalaisten omaishoitajien kokemuksia palveluista - valtakunnallinen kyselytutkimus Alzheimerin tautia sairastavien henkilöiden puolisoille.** Teoksessa U Eloniemi-Sulkava ym. (toim.) Omaishoito yhteistyönä. Iäkkäiden dementiaperheiden tukimallin vaikuttavuus. Tutkimusraportti 14, Vanhustyön keskusliitto, Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi, 2006;57-67.
- Saarenheimo M, Pietilä M. **Omaishoito ja palvelujärjestelmä.** Teoksessa U Eloniemi-Sulkava ym. (toim.) Omaishoito yhteistyönä. Iäkkäiden dementiaperheiden tukimallin vaikuttavuus. Tutkimusraportti 14, Vanhustyön keskusliitto, Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi, 2006;68-80.
- Sulkava R. **Muistisairauksien taloudelliset vaikutukset.** *Erikoislääkäri* 2006; 16(5):217-220.
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim, Societas Gerontologica Fennica, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykiatrian Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. **Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito.** Käypä hoito -suositus 13.8.2010.
- Suomen Alzheimer-tutkimusseuran kokoama asiantuntijaryhmä. **Muistisairauksien hyvät hoitokäytännöt.** Suomalainen asiantuntijasuositus. Suomen Lääkärilehti 2008;63(10):9-22.
- Toljamo M, Koponen E. **Muistikoordinaattoritoiminta Suomessa.** Memo 2011;3:15-17.

## 2.2. Kirjaaminen strategiaan

Tässä kappaleessa kerrotaan, mikä on Kotona Paras -toimeenpanomallin edellytys, jotta juurruttamisprosessi voi organisatiossa lähteä käyntiin.

Kotona Paras -toimeenpanomallin käyttöönotto edellyttää strategista päätöksentekoa ja käyttöönoton kirjaamista ikääntymispoliittiseen strategiaan. Ilman kirjaamista uutta käytäntöä ei voida alkaa juurruttaa olemassa oleviin käytäntöihin. Strateginen päätös ja kirjaus antavat selkänöjan jatko-toimille joka vaiheessa.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto laativat vuonna 2001 ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen, joka uudistettiin vuonna 2008. Suosituksen mukaan jokaisessa kunnassa tulisi olla valtuuston hyväksymä ikääntymispoliittinen strategia. Ikääntymispoliittinen strategia osoittaa vanhuspolitiikan suunnan ja tavoitteet kunnassa. Lähtökohtia ovat hyvä nykytilan tuntemus, toimintaympäristössä tapahtuvien muutosten tunnistaminen, kuntalaisille avoin arvokeskustelu ja sopimus arvoista. Kun toimeenpanoa halutaan vauhdittaa, strategiassa kerrotaan myös mitä ja miten tehdään käytännössä.

Vaikka yksittäiset tavoitteet ja toimenpiteet ikääntymispoliittisten strategioiden jalkauttamiseksi vaihtelevat kunnittain, päätavoite niissä on sama. Kuntien päätavoite tulee esille jo kuntien ikääntymispoliittisten strategioiden nimissä, kuten "Oma tupa oma lupa - itsenäinen, mielekäs elämä", "Hyvä itsenäinen ikääntyminen", "Yhdessä ikäihmisten asialla, "... Kotona Kaiken Paras...", "Turvallinen ikääntyminen kotikunnassa" ja "Ikäimmeisen parraaks". Kunnat painottavat ikäihmisten kotona asumista, yhteisöllisyyttä, itsenäistä selviytymistä ja turvallista asumista.



### Työkalupakki strategiaan kirjaamiseen

#### Yhteiset käsitteet

**Strategia, ikääntymispoliittinen strategia:** Osoittaa vanhuspolitiikan suunnan ja tavoitteet kunnassa.

#### Lue lisää

- *Kataja M. Sodankylä tarttui vanhustyöhön.* Vanhustyön johtaja Inga Mukun haastattelu. *Premissi* 2010;5(4):27.
- *STM, Suomen kuntaliitto. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus.* Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 3, Helsinki, 2008.
- *Toijamo M, Solovieva N. Miten kunnat tukevat muistisairaita?* 100 kunnan ikäpoliittisen strategian analyysi. *Premissi* 2010;5(4):26-28.
- *Virnes E, Sahala H, Majoinen K, Laukkanen H (toim.) Ikäpolitiikka kunnissa. Strategia johtamisen tukena.* Suomen Kuntaliitto, 2006.

#### Sähköinen tietopankki

Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet, lue lisää:  
[www.sotkanet.fi](http://www.sotkanet.fi)

**YHTEENVETO:** Tässä kappaleessa kerrottiin, että Kotona Paras -toimeenpanomallissa juurruttamisen edellytys on uuden toiminnan käyttöönottaminen ja sen kirjaaminen strategiaan. Seuraavassa kappaleessa siirrytään toimeenpanon ja juurruttamisen aloittamiseen ja niiden vaatimiin toimenpiteisiin.

## 2.3. Toimeenpanon ja juuruttamisen aloittaminen

Tässä kappaleessa kerrotaan, ketkä ovat Kotona Paras -toimeenpanomallin toimeenpanijoita ja juuruttajia ja mitkä ovat toimeenpanon edellytykset ja esteet kahden kunnan esimerkkien valossa.

### 2.3.1. Toimeenpanijat ja juuruttajat

Kotona Paras -toimeenpanomallin toimeenpanijat ovat vanhuspalveluista vastaavien, kuten vanhustyön johtajien johdolla hoito- ja palveluketjun kehittämisestä vastaavat henkilöt. Toimeenpanolla tarkoitamme tässä toimeenpanon suunnittelua, organisointia ja johtamista sekä juuruttamisen edellytysten luontia. Toimeenpanon aloittaminen tarkoittaa vastauksia kysymyksiin kuka tekee, mitä tekee, miten tekee ja miksi tekee. Aloitusvaiheessa kokoonnutaan vanhuspalveluista vastaavan johdolla sopimaan toimeenpanon linjauksista, miten edetään ja ketkä ovat mukana. Tämä edellyttää avainhenkilöistä koostuvan ryhmän nimeämistä. Avainryhmä pitää toimeenpanon langat käsissään. Juuruttajia ovat kaikki hoito- ja palveluketjun toimijat. Juuruttaminen tarkoittaa toimijoiden välistä vuorovaikutusprosessia. Prosessi edellyttää toimivaa yhteistyötä ja dialogia, tietoa sekä johdon, lähiesimiehen ja kollegan tukea.

Kotona Paras -projektissa avainryhmä oli kuntakohtainen seurantaryhmä. Sen puheenjohtajana toimi vanhustyön johtaja tai vanhusten palvelujen johtaja. Ryhmään kuului mm. asiakaskunnan edustaja, muistikoordinaattori, muistihoitaja tai muistineuvoja, geriatri, fysioterapeutti sekä päälliköitä ja esimiehiä kotihoidosta, tehostetusta palveluasumisesta, pitkäaikaishoidosta, sairaalasta ja terveyspalveluista. Tarpeen mukaan kokouksiin kutsuttiin muita toimijoita asiantuntijoiksi käsiteltävien asioiden mukaan. Kuntakohtainen seurantaryhmä kokoontui projektissa kolme kertaa vuodessa

siten, että kaikki ajat sovittiin aina koko vuodeksi kerrallaan. Kotona Paras -projektissa juuruttamista tehtiin lukuisissa työryhmissä, joissa olivat läsnä ne työntekijät, joiden työstä puhuttiin: miten jokin tehtävä hoituu tällä hetkellä, ja miten sen tulisi hoitua. Kuka parhaiten asian organisaatiossa tietäisi kuin työntekijä, jos hänellä on asiaan innostusta ja muutosvalmiutta.

### 2.3.2. Toimeenpanoa ja juuruttamista edistävät ja estävät tekijät

Mikä tahansa toimeenpano edellyttää usein toiminnan muutosta sekä palvelurakenteen, johtamisen ja esimiestyön että ammatillisen osaamisen tasolla. Uuden toiminnan käyttöönotto aiheuttaa jonkinlaista muutosta monilla organisaation tasoilla. Sen vuoksi toimeenpanossa kohdetaan sitä edistäviä ja hidastavia tai jopa estäviä tekijöitä. Niitä on hyvä ennakoita.

Kotona Paras -projektin kunnissa toimeenpanoa edistivät tai estivät johtamiseen, palvelujärjestelmään sekä osaamiseen ja yhteistyöhön liittyvät asiat. Keskeiset edistävät tekijät olivat johtajien sitoutuminen ja sinnikkyys sekä strateginen työpaperi. Johtajan tavoitteellinen työskentelytapa johti tuloksiin asiakkaalle asti. Kunnissa oli otettu käyttöön muistikoordinaattoritoimintamalli, ja se koettiin hyödyksi. Molemmissa kunnissa oli vuosien myötä ollut hankkeita, joista oli saatu onnistuneita toimivia malleja. Kunnissa oli kehittämismyönteisyyttä. Toimeenpanoa edistivät tarvelähtöinen koulutus ja tilaisuudet, joissa johto ja työntekijät olivat yhdessä läsnä, keskustelivat ja molemmin puolin kuuntelivat toisiaan. Näistä projekti sai erityiskiitosta.

Suurin toimeenpanon hidastava tekijä ovat jatkuvat henkilöstömuutokset organisaation joka tasolla. Jos johtajilta oli muutosten keskellä uupunut todellinen tahtotila, työntekijät olivat havainneet sen herkästi. Organisaation koko voi hidastaa muutosvauhtia ja yhteisen sävelen löytymistä



sitoutuneesta tahtotilasta huolimatta. Säästöt ja resurssien niukkuus puhuttavat kunnissa. Huolena on, että muistisairaan ihmisen hyvä hoito unohtuu muiden asioiden alle.



## Työkalupakki toimeenpanon ja juurruttamisen aloittamiseen

### Yhteiset käsitteet

**Implementointi, toimeenpano:** Tarkoittaa menetelmän ja innovaation suunnittelua ja/tai käyttöönottoa tai toteutusta.

**Juuruttaminen:** Tarkoittaa avaintoimijoiden välistä vuorovaikutusprosessia. Siihen voi liittyä myös tiedon levittäminen (disseminaatio) ja valtavirtaistaminen (mainstreaming).

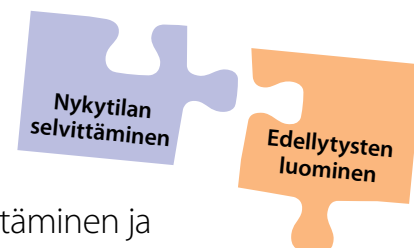
### Lue lisää

- Kaila M, Kuukasjärvi P. **Menetelmien arviointia ja juurruttamista Isossa-Britanniassa.** *Impakti 2005*;1:10-11.
- Kivisaari S, Kortelainen S, Saranummi N. **Innovaatioiden juurruttaminen terveydenhuollon markkinoilla.** *Tekes, Digitaalisen median raportti 7, Helsinki, 1999.*
- Mäkelä M, Kaila M, Lampe K, Teikari M (toim.) **Menetelmien arviointi terveydenhuollossa.** Kustannus Oy Duodecim, Karisto Oy:n kirjapaino, Hämeenlinna, 2007.
- Tuominen A, Paananen M, Virtanen P. **Projektituotteistajan opas.** Työministeriö, Helsinki, 2005.

### Liitteet

Liite 1. Kotona Paras -toimeenpanijat kunnissa ja ohjausryhmässä.

**YHTEENVETO:** Tässä kappaleessa kerrottiin, ketkä ovat Kotona Paras -toimeenpanomallin toimeenpanijoita ja juurruttajia ja mitkä ovat toimeenpanoa edistävät ja estävät tekijät kahden kunnan esimerkkien valossa. Seuraavassa kappaleessa kerrotaan nykytilan selvityksestä ja sen konkreettisesta toteuttamisesta.



## 2.4. Nykytilan selvittäminen ja edellytysten luominen

Tässä kappaleessa kerrotaan, miten Kotona Paras -toimeenpanomallissa nykytila selvitetään, keneltä kysytään ja mitä, mitä nykytilan tiedolla tehdään ja miten selvitetään ja vahvistetaan edellytykset uuden tiedon juurruttamiselle.

Nykytilan tarkastelu kertoo, miten muistisairaiden ihmisten asiat ovat tällä hetkellä kunnassa. Tarkastelu sisältää tiedonkeruun, raportoinnin ja kehittämiskohteiden päättämisen. Edellytysten luominen tarkoittaa toimijoiden valmiuksien vahvistamista keskinäiseen yhteistyöhön ja dialogiin, tietoa sekä johdon, lähiesimiehen ja kollegan tukea. Olemassa olevista edellytyksistä saadaan tietoa nykytilan tiedonkeruussa.

Kuinka paljon kunnassa on kotona asuvia muistisairaita ihmisiä ja mahdollisia omaishoitajia? Kuinka paljon heitä tulee olemaan tulevaisuudessa? Mitä tiedetään heidän elämänlaadustaan ja siitä, saavatko he tarvitsemansa avun? Kunnissa muistisairaiden ihmisten määrä lasketaan usein käyttämällä arviota keskivaikkeen ja vaikean muistisairau-

den esiintyvyydestä iän mukaan: alle 65-vuotiailla 0.2–0.3 prosenttia, 65–74 -vuotiailla noin neljä prosenttia, 75–84 -vuotiailla noin 11 prosenttia ja 85 vuotta täyttäneillä noin 35 prosenttia. Arvio perustuu useampaan tutkimukseen, ja löytyy Suomen muistiasiantuntijat ry:n kotisivulta.

Muita määrällisiä lukuja voi selvittää olemassa olevien sähköisten tietopankkien kautta, kuten Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANetistä (kuten taulukko 3). Laadullista tietoa kunnassa kerätään monin tavoin: asiakaskyselyillä, palautelaatikoilla ja haastatteluilla. Asiakaskyselyt voivat olla yleisiä kyselyjä, eivätkä siten paljasta esimerkiksi muistisairaiden ihmisten elämänlaatua ja todellista avun tarvetta. Vaarana on, että todelliset avun tarvitsijat eivät jaksaa vastata kyselyihin. Nykytilan arvioinnin keskusteluja on hyvä käydä mahdollisimman laajasti vaikkakin strukturoidusti. Samalla levitetään tietoa kehittämisestä ja sitoutetaan toimijoita puhaltamaan yhteen hiileen.

Kotona Paras -projektissa nykytilan keskusteluja käytiin muistisairaahan hoito- ja palveluketjun toimijoiden kanssa, kuten muistikoordinaattorit, terveysasema, fysioterapia, sosiaalipalvelut, kotihoito, terveyskeskuksen päivystys ja vuodeosasto, neurologian poliklinikka, tehostettu palveluasuminen ja pitkäaikaishoito. Strukturoituna tiedonkeruun runkona oli Muistisairauksien hyvät hoitokäytännöt –asiantuntijasuosituksen 14 väittämiksi kirjattua hyvän hoidon sisältöä (liite 3).

#### VINKKI: STRUKTUROITU TIEDONKERUULOMAKE

Kotona Paras -projektissa nykytilan tiedonkeruun runkona oli Muistisairauksien hyvät hoitokäytännöt –asiantuntijasuosituksen 14 väittämiksi kirjattua hyvän hoidon sisältöä (liite 3). Tämä oli hyvä käytäntö, ja toimi tiedonkeruussa hyvin.

Tietoa kerättiin myös omaisten edustajalta, sosiaali- ja terveysalan järjestöjen toimijoilta sekä yleisiltä palvelujen tarjoajilta. Yleisiä palvelujen tarjoajia, joihin molemmissa

kunnissa otettiin yhteyttä, olivat mm. apteekki, poliisi, pankki, kauppa, kuljetus- ja siivouspalvelut, eläkeläis- ja veteraanijärjestöt, kansalais- ja potilasjärjestöt. Kyselyn avulla selvitettiin yleisten palveluiden tarjoajien ja yhdistysten näkökulmaa muistisairaiden ihmisten kohtaamistilanteista. Samalla levitettiin tietoa projektista. Tiedonkeruun kysymykset näkyvät liitteessä 4.

Kaikista nykytilan keskusteluista tehtiin työraportit kunta-kohtaiseen seurantar ryhmään. Konkreettinen työpaperi edistää yhteisen kohteen määrittelyä ja lisää yhteisymmärrystä tilanteesta.



### 2.4.1. Nykytilasta kehittämiskohteet

Nykytilan tiedon perusteella päätetään keskeiset kehittämiskohteet muistisairaahan ihmisen ja omaishoitajan kotona asumisen tukemiseksi kunnassa. Kehittämiskohteet päätetään peilaamalla nykytilaa uusimpaan tietoon eli tässä oppaassa muistikoordinaattoritoimintamalliin. Nykytilan tiedon tarkastelusta on tarkoituksena tehdä päätelmät: miten meillä asiat ovat, mitä on hyvää ja mitä pitää edelleen kehittää.

Kotona Paras -projektin kunnat havaitsivat nykyisissä käytänteissä paljon hyvää ja säilytettävää, mutta myös pullonkaloja. Keskusteluissa pohdittiin, onko olemassa turhia käytänteitä, joista voidaan luopua, ja toisaalta sitä, tarvitaanko jotain uutta, mitä ei ole vielä olemassa. Yhdessä kehittäminen tarkoitti kehittämiskohteiden valintaa ja niissä etenemistä. Kunkin asian tiimoilta keskusteltiin ensin siitä, keitä asia koskee, ja heidät kutsuttiin työryhmään mukaan.

Espoon kehittämiskohteet olivat 1) muistisairaahan ihmisen hoitoketjun kehittäminen ja päivittäminen ja 2)



muistipalvelukeskustoiminnan kehittäminen. Sodankylän kehittämiskohteet olivat 1) omaishoitajien tukeminen, 2) yksin asuvan muistisairaana kotona asumisen tukeminen, 3) erityisryhmänä saamelaiden muistisairaiden tukeminen ja saamelaisvanhustyön kehittäminen sekä 4) vaikuttaminen poliittisiin päättäjiin. Kehittämiskohteista keskusteltiin tavoitteellisesti työpajoissa. Työpajamenetelminä harkittiin mm. Rohto-menetelmää, 10 askelta tai Läpimurtomenetelmää, ja nämä on esitelty liitteissä 5 ja 6. Sodankylä noudatti koko ajan projektin aikana kehitettyä 10 askeleen menetelmää ja koki sen hyödylliseksi työtavaksi. Työryhmiin oli kutsuttu kunnan vanhus- ja terveystyöntekijöitä ja esimiehiä, omaisten edustaja, asiantuntijoita, kolmannen sektorin toimijoita sekä oppilaitoksen edustaja. Espoon ja Sodankylän yhteinen työpaja kokoontui projektin aikana kaksi kertaa. Työpajoissa kunnat esittelivät toisilleen kehittämiskohteensa ja niissä etenemisensä. Kuntakumppanin olemassaolo, toiselta saatu vertaistuki ja etenemisen vertaaminen kumppaniin koettiin hyväksi.



#### WINKKI: TAVOITTEELLINEN TYÖPAJATYÖSKENTELY

Tavoitteellisen työpajatyöskentelyn menetelmiä ovat mm. Rohto-menetelmä, 10 askelta tai Läpimurtomenetelmä. Sodankylä noudatti koko ajan projektissa kehitettyä 10 askeleen menetelmää ja koki sen hyödylliseksi työtavaksi. Lue lisää: Liitteet 5 ja 6 sekä Mukku ym. 2011

Keskeisten kehittämiskohteiden huolellinen valinta jäntevöittää jatkotyöskentelyä ja ennustaa tuloksellisuutta. Nykytilan analyysissä ja kehittämiskohteissa keskustellaan osaamisen vahvistamisen tarpeista. Työntekijöiden vahva ja vankka osaaminen on perusta laadukkaille ja vaikuttavuudeltaan hyvillä palveluilla ja vaikuttaa suuresti muistisairaana ihmisen ja hänen omaistensa hyvinvointiin ja elämänlaatuun.

## 2.4.2. Osaamisen vahvistaminen

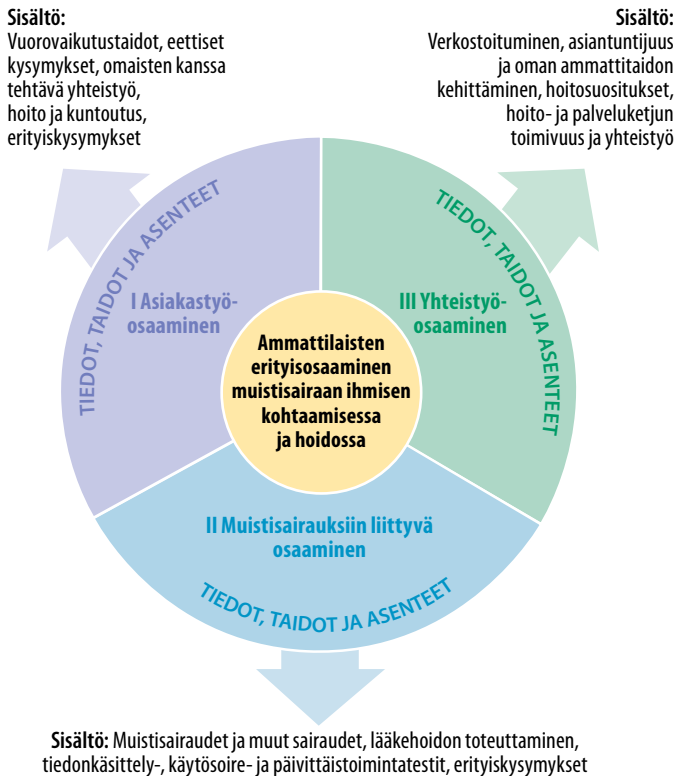
Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten ammattitaito, jaettu osaaminen ja yhteistyön toimivuus ovat keskeisiä muistisairaana ihmisen hyvinvoinnin ja elämänlaadun tukemisessa. Vahvaa ammattitaitoa tarvitaan esimerkiksi kotitalanteen kriisiytyessä, jotta kotona edelleen selviydytään mahdollisimman hyvin ilman pysyvää laitoshoidoa. Lähitulevaisuuden, ja jo tämänkin päivän, osaamishaastetta kunnissa moninkertaistaa määrällisesti runsas sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden siirtyminen eläkkeelle lähivuosina.

Osaamisessa on kyse tiedoista, taidoista ja asenteista. Kansallista osaamista määritelleen OPM:n työryhmän mukaan osaaminen on laaja-alaista kykyä hyödyntää tietoja, taitoja ja pätevyyttä eri tilanteissa. Ammatillinen osaaminen on kykyä suoriutua työtehtävistä tietyssä toimintaympäristössä tai kykyä käyttää tietoja, taitoja ja sosiaalisia valmiuksia työssä. Tiedot ovat oppimalla tapahtuneiden asioiden omaksumisen tuloksia, jotka muodostuvat faktojen, periaatteiden, teorioiden ja käytäntöjen kokonaisuudesta. Taidot ovat kykyä soveltaa tietoja ja käyttää tietotaitoa tehtävien suorittamiseen ja ongelmien ratkaisuun. Asenteet merkitsevät taipumusta reagoida ihmisiin, työhön tai tapahtumiin hyväksyvästi tai hylkäävästi. Sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävissä osaamattomuudella voi olla vakavat seuraukset kaikille osapuolille: asiakkaalle, työntekijälle ja työnantajalle.

Kotona asuva muistisairas ihminen ja hänen omaisensa ovat sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisiä asiakkaita, ja heitä hoitavat monet ammattilaiset. Muistisairaana ihmisen hoidossa korostuvat ammattilaisten erityisosaaminen ja jaettu osaaminen sekä yhtenevät toimintakäytännöt. Osaamisen vahvistamiseksi tarvitaan tietoa nykyisestä osaamisesta. Nykyistä osaamista kartoitetaan työyhteisöissä usealla eri tavalla, kuten osaamiskarttojen ja -kriteeristöjen avulla.

Kotona Paras -projektin työryhmissä heräsi kiinnostus osaamiskriteeristöjen tekemiseen kotihoidon ja lyhytaikashoidon työntekijöiden sekä muistikoordinaattoreiden kanssa. Niille koettiin olevan tarvetta. Osaamiskriteeristöissä on kyse erityisosaamisesta. Työryhmissä haettiin vastausta siihen, mitä jokaisen työntekijän tulee ainakin osata muistisairaahan ihmisen kohtaamisessa ja hoidossa. Näistä vastauksista muodostettiin erityisosaamistavoitteita, jotka ryhmiteltiin tietoihin, taitoihin ja asenteisiin sekä edelleen kolmeen osaamisalueeseen: asiakastyöosaaminen, muistisai-

rauksiin liittyvä osaaminen ja yhteistyöosaaminen (kuvio 4). Näin muodostuneista osa-alueista yhdistettynä erityisosaamistavoitteisiin muodostettiin matriisi. Osaamiskriteeristöt tehtiin yhdessä Espoon ja Sodankylän muistisairaahan ihmisen hoito- ja palveluketjun toimijoiden sekä valtakunnallisen muistikoordinaattoriverkoston kanssa. Osaamiskriteeristöt ovat puheenvuoroja kollegoille muistisairaahan ihmisen hoidon kehittämiseksi. Ne on saatavilla Suomen muisti-asiantuntijat ry:stä.



## Asiakastyöosaaminen

Asiakastyöosaaminen tarkoittaa tässä laajasti muistisairaahan ihmisen ja omaisen kanssa kanssakäymiseen ja vuorovaikutukseen liittyvää osaamista. Runsaasta palvelujen kehittämisestä huolimatta kuntalaiset eivät välttämättä koe saavansa tarvitsemaansa apua. Tähän voidaan vaikuttaa vahvistamalla työntekijöiden asiakastyö- ja vuorovaikutusosaamista.

Muistisairaiden ihmisten ja heidän omaistensa auttamisessa keskeistä ovat ensioireiden ja niiden vaikutusten tunnistaminen, sairauden hyvä lääketieteellinen hoito sekä sairastuneen ja muiden perheenjäsenten psykososiaalinen tukeminen. Suurin huoli on, tuleeko muistisairas ihminen kuulluksi ja ymmärretyksi, vaikka hänellä voi olla vaikeuksia ilmaista ajatuksiaan ja tunteitaan. Ammatillisella on oltava tietoa vuorovaikutustilanteen elementeistä ja sairauden aiheuttamista ajattelun, kielen ja puheen tuottamisen rajoitteista. Jokaisessa kohtaamis-, auttamis- ja hoitotilanteessa on kunnioitettava ihmisen arvokkuutta ja yksilöllisyyttä. Sairauden erityispiirteistä johtuen hoitoon liittyy erityisiä eettisiä kysymyksiä, kuten itsemääräämisoikeus ja sen rajoittaminen sekä hoitotahdon ilmaisu, jotka haastavat yksittäisen työntekijän ja koko työyhteisön yhteiseen pohdintaan.

**Kuvio 4. Osaamisalueet muistisairaahan ihmisen kohtaamisessa ja hoidossa.**



#### VINKKI: MUISTISAIRAAN IHMISEN JA PERHEEN AVUTTAMINEN

Muistisairaiden ihmisten ja heidän omaistensa avuttamisessa keskeistä ovat ensioireiden ja niiden vaikutuksien tunnistaminen, sairauden hyvä lääketieteellinen hoito sekä sairastuneen ja muiden perheenjäsenten psykososiaalinen tukeminen. Suurin huoli on, tuleeko muistisairas ihminen kuulluksi ja ymmärretyksi, vaikka hänellä voi olla vaikeuksia ilmaista ajatuksiaan ja tunteitaan.

Omainen tarvitsee monenlaista tietoa, taitoa, konkreettista apua ja henkilökohtaista tukea läheisensä hoidossa, ja ammattilaisen on huomioitava myös omaisen tuen tarpeet. Omaishoitajan jaksamisen kannalta on tärkeää, että hän saa jakaa hoitovastuuta jonkun luotettavan ammattilaisen kanssa. Luottamuksen rakentaminen muistisairaahan ihmisen ja omaisen kanssa vaatii ammattitaitoa, läsnäoloa ja kuuntelemista. Kyky kohdata muistisairas ihminen ja hänen läheisensä heijastuu heidän oman elämänsä hallinnan ja elämäntyyliensä säilyttämisen rohkaisemisessa.

#### Muistisairauksiin liittyvä osaaminen

Muistisairauksiin ja niiden hoitoon liittyvä osaaminen tarkoittaa muistioireiden tunnistamista, diagnosointia ja lääketieteellistä hoitoa sekä toimintakyvyn arviointia, ylläpitoa, seuranta ja kuntoutumista tukevaa toimintaa. Muistisairaahan ihmisen ja hänen läheisensä elämänlaadun kannalta on tärkeää, että muistioireiden syy ja diagnoosi selvitetään mahdollisimman varhain. Kattava varhaiseen tunnistamiseen tähtäävä toiminta vaatii sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiltä tietoa, herkkyyttä ja vastuun ottamista oireiden havaitsemisessa sekä toimivaa yhteistyötä. Jokaisen työntekijän tulee huolehtia siitä, että tieto mahdollisesta muistiongelmallisesta asiakkaasta kulkee muistihoitajalle, muistikoordinaattorille tai vastaavalle muistiammattilaiselle omassa organisaatiossa.

Muistisairaahan ihmisen hoidon keskeiset tavoitteet ovat useimmiten sairauden etenemisen jarruttaminen, elämänlaatuun vaikuttavien oireiden lievittäminen ja toimintakyvyn tukeminen, jotta muistisairas ihminen selviytyy arjen haasteista tukiverkostonsa avulla. Ammattilaisten tulee tuntea muistisairauksien spesifi lääkehoito, arviointi ja seuranta sekä osata dokumentoida ja välittää tietoa eteenpäin hoitavalle verkostolle. Muistisairaiden ihmisten muut sairaudet on hoidettava asianmukaisesti. Käytössä olevien lääkkeiden säännöllinen tarkistaminen ja niiden tarpeellisuuden arviointi kuuluvat hyvään hoitoon.

#### VINKKI: HOIDON KESKEISET TAVOITTEET

Muistisairaahan ihmisen hoidon keskeiset tavoitteet ovat sairauden etenemisen jarruttaminen, elämänlaatuun vaikuttavien oireiden lievittäminen ja toimintakyvyn tukeminen, jotta muistisairas ihminen selviytyy arjen haasteista tukiverkostonsa avulla.

Toimintakyvyn ja päivittäisen selviytymisen arviointi on tärkeä osa muistioireisen ihmisen tutkimista ja diagnosoidun sairauden vaikeusasteen määrittelyä. Arviointi liittyy sairauden etenemisen seurantaan ja hoidon vaikuttavuuden arviointiin. Kuntoutumista tukeva toiminta rakentuu muistisairaahan ihmisen toimintakyvyn laaja-alaiselle gerontologiselle arvioinnille. Kuntoutuksella ja kuntouttavalla hoidolla voidaan vaikuttaa muistisairaahan ihmisen toimintakyvyn säilymiseen ja tukea elämänhallintaa ja elämänlaatua sairaudesta huolimatta. Kuntoutuksen avulla voidaan parantaa ihmisen mahdollisuuksia elää, toimia ja osallistua mahdollisuuksiensa mukaan. Muistisairaahan ihmisen kuntouttavan hoidon tulee olla yksilöllisesti suunniteltua ja moniammatillista toimintaa, jolla pyritään voimavarojen, toimintakyvyn ja oman elämänhallinnan tunteen lisäämiseen sekä ympäristön toimintamahdollisuuksien hyödyntämiseen.

Muistisairaahan ihmisen turvallisen kotihoidon jatkumisen



edellytys on se, että työntekijöillä on ammatillista tietotaitoa tunnistaa kotona asumisen jatkumista uhkaavat tilanteet ja tarttua niihin ripeästi. Kotona asuminen voi muistisairauden edetessä olla uhattuna monesta syystä. Dementoivat sairaudet aiheuttavat kognitiivisten kykyjen heikentymistä, käyttäytymismuutoksia ja psykologisia oireita. Tärkein kotona asumisen päättymistä ennakoiva tekijä ovat käytösoireet. Jopa yhdeksän kymmenestä sairastuneesta kärsii jossain sairauden vaiheessa käytösoireista, jotka liittyvät esim. masennukseen, apatiaan, ahdistuneisuuteen tai levottomuuteen. Myös päivittäisessä toimintakyvyssä ja kävelykyvyssä ilmenevät vaikeudet, muistilääkkeen käyttämättömyys, vaikea-asteinen muistisairaus ja yksin asuminen ovat merkittäviä riskitekijöitä kotona asumisen jatkumiselle. Omaishoitajan kuormittuneisuus, hoidon sitovuus ja oman terveydentilan ongelmat heikentävät myös kotona asumisen jatkumista. Tilannetta huonontaa parisuhteen huono laatu, perheenjäsenten ongelmalliset keskinäiset välit ja muun tukiverkoston (ystävät, hyvät naapurit jne.) puute. Kotona asumisen päättymistä ennakoivat myös riittämättömät, perheiden tarpeisiin vastaamattomat ja joustamattomat palvelut. Muistisairaana ihmisen kunnon romahtaminen lyhytaikaishoitojaksolla kuormittaa myös omaishoitajan jaksamista. Muistisairaana ihmisen turvallisen kotihoidon jatkumisen edellytys on ammattilaisten tietotaito tunnistaa ja ripeästi tarttua kotona asumisen jatkumista uhkaaviin tilanteisiin.

## Yhteistyöosaaminen

Muistisairaiden ihmisten hoito on moniammatillista tiimityötä, joka edellyttää toimivaa vuoropuhelua ja yhteistyötaitoja. Työssä tarvitaan oman osaamisen tuntemista, kykyä ja rohkeutta jakaa avoimesti omaa osaamista. Tarvitaan myös kykyä toimia erilaisten ihmisten kanssa ja hyödyntää heidän osaamistaan ja erityistaitojaan muistisairaana ihmisen

parhaaksi. Muistisairaiden kanssa työskentelevien ammattilaisten tulee tietää paikallinen hoito- ja palveluketju sekä paikallisen palveluverkoston (julkinen, yksityiset, kolmas sektori) tukimahdollisuudet.

Yhteistyöosaaminen edellyttää yhteistyön rakentamista ja kehittämistä eri työyksiköiden kesken yli hallintokuntarajojen. Hallintokuntia yhdistämällä ja rakenteita purkamalla on etsitty keinoja sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten hillintään, toiminnan tehostamiseen ja nykyistä parempaan palvelun laatuun. Niinpä kehittämisresursseja ei ole enää jäänyt toiminnan sisällön kehittämiseen eikä aito yhteistyö ole päässyt kehittymään.

Ammattikuntarajat ylittävä koulutus avartaa kaikkien osallistujien näkökulmaa, antaa hyvän perustan ja yhteisen kielen yhteistyölle jatkossa. Osaamisen vahvistamista tarvitaan kaikilla osa-alueilla ja kaikilla hoidon portailla, niin hoitotyössä, sosiaalityössä, lääketieteellisessä hoidossa kuin myös omaishoidossa.



### 2.4.3. Osaamisen jakaminen, esimerkkinä muistimentorointi



Osaamisen jakaminen ja yhdessä kehittäminen on tärkeä voimavara sekä yksittäiselle työntekijälle että koko työyhteisölle. Osaamisen jakamisessa tarvitaan työyhteisössä yhteistyötaitoja, hyvää johtamista, sitoutumista yhteisiin tavoitteisiin sekä ymmärrystä osaamisen jakamisesta syntyvästä hyödystä asiakkaan hyvän hoidon näkökulmasta.

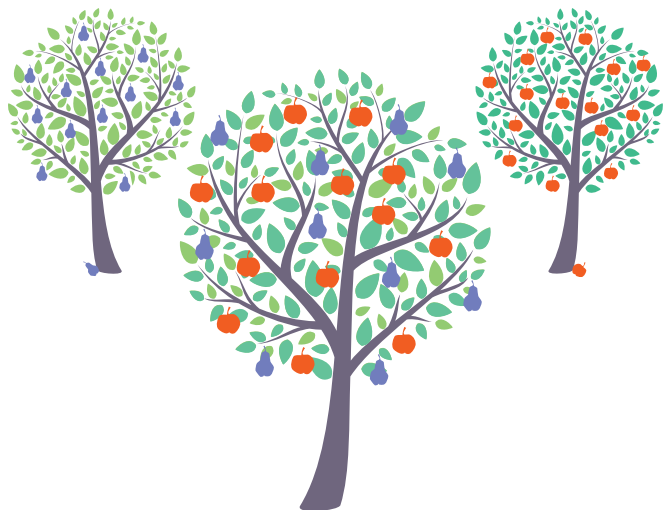
Jokainen työntekijä hyötyy toisen tiedoista, taidoista ja näkökulmista. Yhteisöllinen oppiminen on sitä, että työyhteisössä opitaan yhdessä asioita koko työyhteisön ja työn kehittämiseksi. Yhteisöllisyyden kehittämisen muotoja on muun muassa:

- tiimityöskentely
- konsultoinnin kehittäminen
- vertaistyöskentely
- yhdessä kehittäminen ja sitä kautta saadut yhteiset oppimiskokemukset
- moniammatillinen yhteistyö eri muodoissaan
- mentorointi
- verkostoituminen

*Lähde: Mäkisalo 2004*

Yksi keino vastata yhteisöllisesti osaamisen jakamisen haasteisiin on mentorointi. Mentorointia on toiminta, jossa kaksi tai useampi henkilö käy luottamuksellista keskustelua tavoitteellisissa tapaamisissa ja pyrkii mukana olevien ammatilliseen sekä henkilökohtaiseen kehittymiseen. Mentoroinnilla on myönteisiä vaikutuksia sekä organisaatiolle että työntekijöille, ja sitä kautta tulokset näkyvät asiakaille parempana hoitona ja palveluna sekä asiakastytyväisyytenä.

Muistimentoroinnin tavoitteena on vastata muistisairaiden ihmisten hoidon haasteisiin ja kehittää työntekijöitä vastuullisuuteen. Muistimentorointi on tavoitteellista toiminta-



taa, ja siinä painottuu käytännönläheinen oppiminen ja tiedon jakaminen. Muistimentorointi voi toteutua tarpeen mukaan parimentorointina, ryhmämentorointina, vertaismentorointina tai esimerkiksi sähköpostin välityksellä tapahtuvana e-mentorointina. Onnistuneen muistimentoroinnin edellytyksinä ovat organisaation muistimentorointiohjelman laadinta sekä johdon ja lähiesimiesten osoittama tuki ja hyväksyntä.

Kotona Paras -projektissa osaamisen vahvistamisesta ja jakamisesta keskusteltiin lähes kaikissa tapaamisissa ja mietittiin siihen keinoja. Työryhmissä oli puhetta koulutus- tarpeiden kartoittamisesta, täsmäkoulutuksista eri kohde-ryhmille, koko työyhteisön yhteisistä koulutuspäivistä sekä säännöllisesti toistuvista koulutuksista tietojen päivittä- miseksi ja uusien työntekijöiden osaamisen vahvistamiseksi. Osaamisen vahvistamiseksi koottiin olemassa olevaa materiaalia ja keskusteltiin sen hyödyntämisestä, sekä järjestettiin alustuksia ja yhteisiä keskusteluja.



## VINKIT: OSAAMISPUHETTA JA ESIMERKKEJÄ

### **Kotihoito ja omaishoitajat ”samassa veneessä”, asiakastyöosaaminen**

Hoitaessaan muistisairasta läheistään omaishoitaja tarvitsee yhtä lailla vankkaa osaamista ja tukea ja mahdollisuuksia osaamisensa vahvistamiseen. Kotona Paras -projektissa omaishoitajilla ja kotihoidon työntekijöillä oli useita samoja koulutustoiveita, ja molempien tarpeesta järjestettiin koulutustilaisuudet mm. käyttösoireista kärsivän muistisairaahan hoidosta, parisuhteesta ja seksuaalisuudesta sekä ravitsemuksesta ja ravitsemuskuntoutuksesta. Koulutuksia toteutettiin sekä erikseen omaisille ja työntekijöille että yhteisinä tilaisuuksina.

### **Muistikoordinaattoreiden osaaminen, yhteistyö, verkoston vahvistaminen**

Kunnissa haluttiin nostaa esille olemassa olevaa asiantunte-  
musta ja ulkopuolisten kouluttajien sijaan hyödyntää myös esimerkiksi muistikoordinaattoreita ja heidän erityisosaamistaan. Samalla koulutustilaisuuksissa lisättiin tietoisuutta muistikoordinaattoreiden työstä sekä luotiin ja vahvistettiin yhteistyötä muistikoordinaattoreiden ja esimerkiksi kotihoidon ja lyhytaikaishoidon työntekijöiden välillä. Keskusteltiin esimerkiksi muistimentoreiden, kotiutushoitajien ja geriatristen asiantuntijatiimien hyödyntämisestä muistikoordinaattoreiden työn tukemiseksi, minkä todettiin edellyttävän näiden toimijoiden muistiosaamisen vahvistamista ja verkostoitumista muistikoordinaattoreiden kanssa (tuki, verkoston säännölliset tapaamiset, puhelinajat). Lisäksi esillä oli sen varmistaminen, että muistikoordinaattoreilla on mahdollisuus oman osaamisensa jatkuvaan päivittämiseen ja vahvistamiseen esimerkiksi koulutuksen, (vertais)mentoroinnin ja työnohjauksen keinoin.

### **Terveysasemien keskeinen osuus hoito- ja palveluketjussa**

Terveysasemien työntekijät ovat keskeinen osa kotona asuvan muistisairaahan tukiverkosta. Kunnissa tavoiteltiin terveysasemien roolin vahvistamista muistisairaiden ihmisten hoidossa, mikä parantaisi muistisairaiden ihmisten hoitoa sairauden kaikissa vaiheissa. Tätä pidettiin keskusteluissa osin haastavanakin tavoitteena ottaen huomioon perusterveydenhuollon lääkäripulan ja lääkäreiden vaihtelevan osaamistason muistisairauksista. Keskusteltiin etenemisestä pienin askelin. Osaamisen vahvistaminen nähtiin tarpeelliseksi, jotta tulevaisuudessa selvitään isosta joukosta eteneviä muistisairauksia sairastavia. Keskusteluissa oli esillä terveysasemien lääkäreiden osaamisen vahvistaminen muistipotilaiden jatkohoidossa ja seurannassa etenkin lääkehoidon osalta. Ehdotettiin koulutustilaisuuksien järjestämistä jokaisella terveysasemalla kotihoidon vastuulääkäreiden ja geriatrin yhteistyönä sekä Rohto-pajojen toteuttamista.

### **Kotihoidossa koulutustarpeiden kartoitus, täsmäkoulutukset, non-stop**

Kotihoidon osalta keskusteltiin siitä, minkälaista osaamista kotihoidossa tarvitaan muistisaraan ihmisen hoidosta, mitkä ovat kotihoidon työntekijöiden tarpeet ja missä he itse kokevat osaamisen vajetta. Keskusteltiin säännöllisesti toteutettavista ”peruskoulutuksista” uusien työntekijöiden osaamisen vahvistamiseksi, täsmäkoulutuksista eri kohderyhmille, syvemmästä tiedosta joillekin tietyille toimijoille ja mahdollisuuksista osaamisen jatkuvaan ja säännölliseen päivittämiseen. Osaamisen vahvistamisen tarpeet kotihoidossa liittyivät asiakastyöosaamiseen (kohtaaminen, vuorovaikutus, ohjaus ja neuvonta), muistisairauksiin liittyvään osaamiseen (CERAD ja MMSE -testit, perustieto muistisairauksista, muistioireiden tunnistaminen ja reagointi, seuranta diagnoosin jälkeen, käyttösoireet) sekä yhteistyöosaaminen (yhteistyö muistikoordinaattoreiden kanssa). Tarpeelliseksi nähtiin sekä ”perusluennot” että asiakastapausten käsittely yhdessä.



## Lyhytaikaishoidossa prosessinomainen koulutus koko työyhteisölle toiminnan käynnistymisvaiheessa, hyvistä käytännöistä oppiminen

Lyhytaikaishoitoyksikön toiminnan käynnistymisvaiheessa toteutettiin prosessinomainen koulutus koko työyhteisölle. Koulutus suunniteltiin henkilökunnalta kerättyjen koulutustoiveiden pohjalta, ja se sisälsi seuraavat osa-alueet: asiakaslähtöisyyden osaaminen, dementiatyön osaaminen, yhteistyöosaaminen ja työyhteisö muutoksessa. Tavoitteena oli henkilökunnan osaamisen vahvistaminen joustavan ja laadukkaan lyhytaikaishoidon varmistamiseksi asiakkaille ja omaisille kotona asumisen tukemiseksi. Koulutus sisälsi kaksi koko päivän ja viisi puolen päivän koulutustapahtumaa, ja se toteutettiin kolmen kuukauden aikana. Kouluttajina oli sekä ulkopuolisia että kunnan omia toimijoita, jotka lähes kaikki olivat olleet tai olivat parhaillaan osaltaan kehittämässä jonkin lyhytaikaishoidon toimintaa. Palaute koulutuksesta lyhytaikaishoidon osaamisen vahvistamiseksi oli hyvä: työntekijät kokivat saaneensa uutta tietoa ja ajatuksia ja toimintatapojen koettiin kehittyneen. Lyhytaikaishoidon ammattilaisten osaamisen vahvistamiseksi keskusteltiin myös hyvistä käytännöistä oppimisesta, esimerkiksi suunniteltiin mahdollisuuksia työkiertoon.

### Asiakkaiden ääni osaamisen vahvistamisessa

Koulutuksiin, seminaareihin ja työryhmän kokouksiin pyydettiin alustuksia ja puheenvuoroja omaishoitajilta. Ne koettiin erittäin antoisiksi, usein tilaisuuden parhaimmaksi anniksi. Keskittyminen yhdessä omaishoitajan valmisteltuun puheenvuoroon hänen kokemuksistaan avasi konkreettisesti työntekijöille sitä, miten asiat ovat omaishoitajan näkökulmasta. Työntekijät saattoivat peilata omia toimintatapojaan omaishoitajan kertomaan. Tilanne oli eri kuin arkipäivän pikaisissa käytävätapaamisissa. Omaispuheenvuoroista koettiin saatavan eväitä ennen kaikkea omien yhteistyötaitojensa kehittämiseen.



## Työkalupakki nykytilan selvittämiseen ja edellytysten luomiseen

### Yhteiset käsitteet

**Asiakkaiden osallisuus, osallistuminen:** Tarkoittaa palveluiden käyttäjien asiantuntijuuden hyväksymistä, huomioimista ja hyödyntämistä. Voi toteutua kolmella tavalla: osallisuutena omaan hoitoon ja kuntoutukseen, osallisuutena palvelujen kehittämiseen ja osallisuutena palveluiden järjestämiseen.

**10 askelta -menetelmä:** Tavoitteellista ja systemaattista etenemistä tukeva työpaja- ja työryhmätyöskentelyn menetelmä toimeenpanoon ja arviointiin. Kotona Paras -projektin yhdistetty sovellus Key Component Profile -menetelmästä, arvioinnin kymmenestä askeleesta ja Demingin laatuymprystä.

**Rohto-menetelmä:** Lääkehoidon kehittämisskeskuksen menetelmä terveyskeskusten koulutus- ja kehittämistoiminnalle. Rohto-menetelmässä työskennellään tavoitteellisissa ja suunnitelmallisissa Rohtopajoissa, jotka tähtäävät työtapojen ja hoitokäytäntöjen kehittämiseen ja yhtenäistämiseen.

**Läpimurtomenetelmä (breakthrough collaborative, BT):** Yhteistoiminnallisuutta ja aktiivista vuorovaikutusta korostava työpaja-työskentelyn menetelmä, jossa useat eri toimipaikat työskentelevät samojen sovittujen tavoitteiden eteen ja jakavat osaamista, oppivat toisiltaan ja vertailevat tuloksia.

**Osaaminen:** Tarkoittaa tietoja, taitoja ja asenteita, myös pätevyyttä.

**Mentorointi:** Mentorointia on, kun kaksi tai useampi henkilö käy luottamuksellista keskustelua tavoitteellisissa tapaamisissa ja pyrkii mukanaolevien ammatilliseen sekä henkilökohtaiseen kehittämiseen. Mentorointisuhteessa opitaan toinen toiselta, kollega kollegalta.

**Muistimentorointi:** Tavoitteena vastata muistisairaiden ihmisten hoidon haasteisiin ja kehittää työntekijöitä vastuullisuuteen. Mahdollistaa käytännönläheisen oppimisen ja tiedon jakamisen, kun yhdessä pysähdytään pohtimaan ja selkeyttämään olemassa olevia toimintatapoja. Voi olla tehokas keino juurruttaa uutta tietoa toimintatapojen kehittämiseen.

## Lue lisää

- Alhainen K, Rosenvall A. **Toimintakyvyn ja vaikeusasteen arvioiminen.** Teoksessa T Erkinjuntti, J Rinne, H Soininen (toim.) Muistisairaudet. Kustannus Oy Duodecim, Porvoo, 2010;387-392.
- Eloniemi-Sulkava U, Sormunen S, Topo P. **Dementia on erityiskysymys.** Teoksessa S Sormunen, P Topo (toim.) Laadukkaat dementia-palvelut. Opas kunnille. Stakes, Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä, 2008;9-14.
- Eloniemi-Sulkava U, Rahkonen T, Erkinjuntti T, Karhu K, Pitkälä K, Pirttilä T, Vuori U, Suhonen J. **Moniammatilliset tietotaidot ovat muistisairauksien hyvän hoidon edellytys.** Suomen Lääkärilehti 2010;65(39):3144-3146.
- Finne-Soveri H, Noro A. **Kotihoidon asiakasrakente.** Teoksessa H Finne-Soveri, M Björgren, P Vähäkangas, A Noro (toim.) Kotihoidon asiakasrakente ja hoidon laatu - RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes, Gummerus Kirjapaino Oy, Vaajakoski, 2006;61-86.
- Haltia P, Jaakkola R, Saranpää M. **Osaamisperustaisuus korkea-koulutettujen oppisopimustyypissä täydennyskoulutuksessa.** Luentomateriaali, 27.10.2010. Saatavilla: [futurex.utu.fi/materiaalit.php](http://futurex.utu.fi/materiaalit.php).
- Heimonen S, Vuori U. **Tunnista kotona asumisen päättymistä ennakoivia riskitekijöitä.** Teoksessa U Vuori, S Heimonen (toim.) Tue muistisairaana kotona asumista - opas ammattihenkilöstölle. Suomen dementia-yhdistys, Paintek-Pihlajamäki Oy, Helsinki, 2007;65-68.
- Koponen E, Toljamo M. **Asiakasretoriikasta käytännön toimenpiteisiin – miten Kotona Paras -projektissa kehitetään asiakaslähtöisesti palveluja ja palvelujärjestelmää.** Memo 2011;1:17-19.
- Kotsalo S. **Taavinkodin muutosprosessi osastonhoitajan näkökulmasta.** Memo 2011;2: 19-21.
- Laaksonen R, Rantala L, Eloniemi-Sulkava U. **Ymmärrä – tule ymmärrettyksi. Vuorovaikutus dementoituneen kanssa.** Suomen dementia-yhdistys, Kuopion Liikekirjapaino Oy, 2004.
- Laitila M. **Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä.** Fenomenografinen lähestymistapa. Dissertations in Health Sciences, University of Eastern Finland. Kopijyvä Oy, Kuopio, 2010.
- Mukku I, Kaisanlahti A, Koponen E, Toljamo M. **Kymmenen toimeenpanon ja arvioinnin askelta.** Memo 2011;3:18-21.
- Mäkisalo M. Yhdessä onnistumme. **Opas työyhteisön kehittämiseen ja hyvinvointiin.** Tammer-Paino Oy, Tampere, 2004.
- OPM. **Tutkimusten ja muun osaamisen kansallinen viitekehys.** Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 24, Yliopistopaino, 2009.
- Pirttilä T. **Muistihäiriöisen ja dementoituvan henkilön kuntoutuksen mahdollisuudet.** Teoksessa S Heimonen, P Voutilainen (toim.) Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus. Tammi, Vammala, 2004: 11-21.

- Saarenheimo M, Pietilä M (toim.) **Kaksin kotona. läkkäiden omaishoitoperheiden arjen ulottuvuuksia.** Vanhustyön keskusliitto ry, Gummerus, Saarijärvi, 2005.
- Suomi A, Helin S, Raiski T-L. (toim.) **YTY-yhteistyöllä voimavaroja vanhuspalveluihin Ääneseudulla.** Työelämän kehittämissuunnitelma. Työministeriö. Raportteja 28, 2003.
- Tiikkainen P. **Koulutuksen rooli gerontologisen osaamisen kehittämisessä.** Teoksessa P Voutilainen, P Tiikkainen P (toim.) Gerontologinen hoitotyö. WSOY, Helsinki, 2009;313-332.
- Toljamo M, Koponen E, Koivisto R. **Pieni opas muistimentorille.** Suomen muistiasiantuntijat ry, Paintek-Pihlajamäki Oy, Helsinki, 2011.

## Sähköinen tietopankki

Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet, lue lisää: [www.sotkanet.fi](http://www.sotkanet.fi)  
Palveluvaaka.fi, lue lisää: [www.palveluvaaka.fi](http://www.palveluvaaka.fi)

## Menetelmävinkit

Rohto-työpaja, lue lisää: [www.rohto.fi](http://www.rohto.fi)  
Kotihoidon, lyhytaikaishoidon ja muistikoordinaattoreiden osaamiskriteeristöt, saatavilla Suomen muistiasiantuntijat ry:stä.  
Hyvät käytännöt Innokylästä, lue lisää: [www.innokyla.fi](http://www.innokyla.fi)

## Liitteet

- Liite 3. Nykytilan tiedonkeruu toimijoilta -lomake.
- Liite 4. Tiedonkeruukysymykset yleisiltä palvelutarjoajilta ja yhdistyksiltä.
- Liite 5. Kolme työpaja- ja työryhmätyöskentelyn menetelmää.
- Liite 6. 10 askelta -toimeenpanon ja arvioinnin menetelmä

**YHTEENVETO:** Tässä kappaleessa kerrottiin, miten nykytila voidaan selvittää strukturoidusti haastattelemalla koko muistisairaahan ihmisen hoito- ja palveluketjun eri toimijoita. Yhteisellä keskustelulla selvitetään nykytilan vahvuuksia ja kehittämiskohteita ja samalla kartoitetaan, luodaan ja vahvistetaan edellytyksiä uuden tiedon juurruttamiselle. Keskeistä on osaamisen vahvistaminen ja jakaminen. Seuraavassa kappaleessa kerromme toimeenpanon lopputuloksena tulleesta **meidän mallista** ja sen vaikuttavuuden arvioinnista.



## 2.5. Eheämpi palvelukokonaisuus

Tässä kappaleessa kerrotaan, mikä on Kotona Paras -toimeenpanomallissa rakennettu **meidän malli** ja miten sen vaikuttavuutta voidaan seurata.

### 2.5.1. Ideaalimallista **meidän malli**

Kotona Paras -toimeenpanomallin tavoitteena on tuottaa kuntaan **meidän malli**. Se kuvaa aiempaa eheämpää palvelukokonaisuutta muistisairaahan ihmisen kotona asumisen tukemiseksi. **Meidän malli** on tutkimuksessa vaikuttavaksi todetun ideaalimallin ja kunnan muistisairaahan ihmisen nykyisen hoito- ja palveluketjun sekä koko toimintaympäristön vuoropuheluna syntynyt kuntaan räätälöity malli. **Meidän mallissa** ovat muistikoordinaattoritoimintamallin pääelementit: muistikoordinaattori, työparina geriatri tai muu

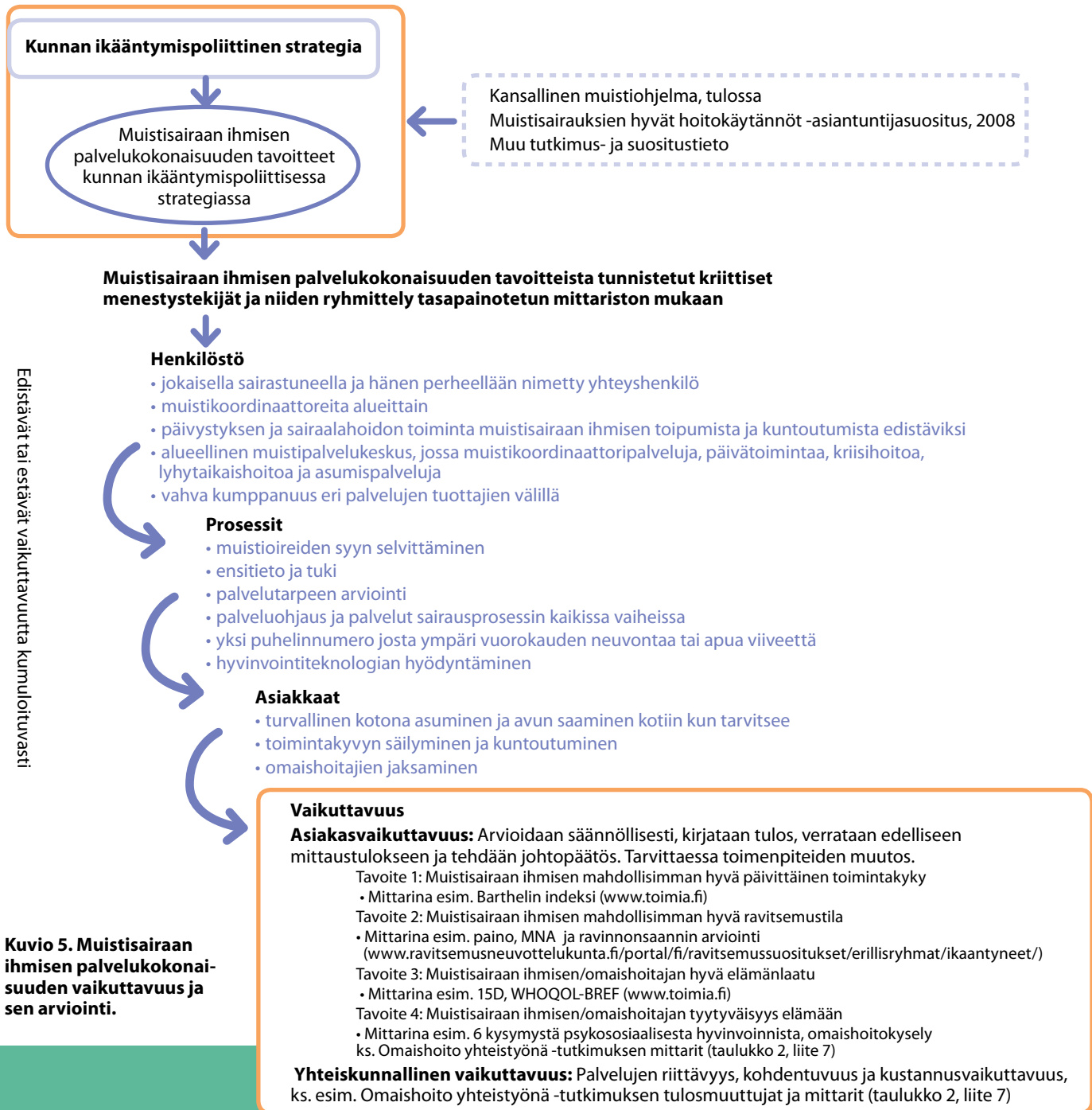
lääkäri, räätälöidyt tukimuodot ja tavoitteelliset vertaisryhmät, mutta lisäksi tukena muut kunnan hoito- ja palveluketjun toimijat. **Meidän malli** on kunnan muistisairaahan ihmisen koko palvelukokonaisuus, ja se voidaan havainnollistaa kuvioiden 7 ja 8 tapaan.

### 2.5.2. **Meidän mallin** vaikuttavuus ja jatkoseuranta

Kotona Paras -projektin aikana käytyjen lukuisien keskustelujen (noin 160 tapaamista), kuntien nykyisten käytäntöjen (mm. tasapainotettu mittaristo) ja saatavilla olevan tutkimustiedon pohjalta teimme ehdotuksen muistisairaahan ihmisen palvelukokonaisuuden, **meidän mallin**, vaikuttavuuden arviointiin ja seurantaan (kuviokuva 5).

Vaikuttavuus tässä kappaleessa tarkoittaa muistisairaahan ihmisen koko palvelukokonaisuuden kykyä saavuttaa sille asetetut tavoitteet ja saada aikaan haluttuja vaikutuksia muistisairaahan ihmisen terveydentilassa, elämänlaadussa ja palveluissa. Näin hoitoketjun vaikuttavuuden määrittelee mm. Leena Silvennoinen-Nuora tuoreessa väitöskirjassaan. Vaikuttavuutta voi arvioida prosessi- tai lopputulosmittareina sekä palveluntuottajan että palvelunsaajan näkökulmasta. Vaikuttavuutta ei voida suoraan mitata, niin sen vuoksi arviointiin tarvitaan tietoa toimintatavan tehosta tutkimusolosuhteissa, ja tätä tietoa käytetään epäsuorasti vaikuttavuuden arviointiin.

Kuviossa 5 lähdetään kunnan ikäänntymispoliittisesta strategiasta, keskeisestä Kotona Paras -toimeenpanomallin asiakirjasta. Muistisairaahan ihmisen palvelukokonaisuuden tavoitteet tulee olla kirjattu ikäänntymispoliittiseen strategiaan. Kirjatut tavoitteet ryhmitellään sen jälkeen tasapainotetun mittariston viitekehysten mukaisesti henkilöstöön, prosesseihin ja asiakkaaseen liittyviin tavoitteisiin. Keskeinen sisältö tiivistetään kriittiseksi menestystekijäksi. Kunkin kriittisen menestystekijän saavuttaminen tai saavuttamatta jättäminen yhtäältä tuottaa tai toisaalta vaikeuttaa muisti-



**Kuvio 5. Muistisairaahan ihmisen palvelukokonaisuuden vaikuttavuus ja sen arviointi.**

Sisältöesimerkit : Täyttä elämää ikääntyneenä. Espoon Ikääntymispoliittinen ohjelma 2009–2015.

**Taulukko 2. Omaishoito yhteistyönä -tutkimuksen intervention tulosuuttajat ja mittarit.**

Tiedon lähde	Toiminnan kohde, tulosuuttaja	Mittari
Muistisairas ihminen	Päivittäinen toimintakyky	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Itsenäinen toimintakyky päivittäisissä perustoiminnoissa: Barthelin indeksi</li> <li>• Omaishoitajille kysely puolison liikuntakyvystä ja ongelmista siinä</li> </ul>
	Muistisairaudesta vaikeusaste	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kognitiivisten, sosiaalisten ja toiminnallisten vaurioiden aste: Clinical Dementia Rating Scale CDR</li> </ul>
	Käyttöoireet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Käyttöoireiden arviointi: Neuropsychiatric inventory NPI monioiremittari</li> <li>• Masennuksen arviointi: Cornell-standardimittari</li> </ul>
Omaishoitaja	Kuormittuneisuus Masentuneisuus Elämänlaatu Terveysteen liittyvä elämänlaatu Tyytyväisyys elämään	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kuormittuneisuuden arviointi: Zaritin mittari</li> <li>• Masennuksen arviointi: GDS-depressioasteikko</li> <li>• Elämänlaatumittari: WHOQOL-BREF</li> <li>• Elämänlaatumittari, terveyteen liittyvä: 15D</li> <li>• 6 kysymystä psyykkisestä hyvinvoinnista:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oletteko tyytyväinen elämäänne? (k/e)</li> <li>- Tunneteko itsenne tarpeelliseksi (k/e)</li> <li>- Onko teillä elämänhalua (k/e)</li> <li>- Onko teillä tulevaisuudensuunnitelmia? (k/e)</li> <li>- Kärsittekö yksinäisyydestä (harvoin tai ei koskaan/toisinaan/ usein tai aina)</li> <li>- Oletteko masentunut? (harvoin tai ei koskaan/toisinaan/ usein tai aina)</li> </ul> </li> </ul>
Suhde hoito- ja palvelujärjestelmään	Laitoshoidon alkaminen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Päivämäärä, milloin päätös pitkäaikaishoidosta</li> </ul>
	Palvelujen käyttö: muistisairaana puolison ja omaishoitajan käyttämät kunnalliset ja yhteiskunnan tukemat sosiaali- ja terveyspalvelut	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kysymys omaishoitajille sekä sairaaloiden, terveyskeskusten ja hoitopaikkojen potilasasiakirja-arkistot</li> </ul>
	Palvelujen kustannukset	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yksikkökorkeritieto: terveydenhuollon yksikkökustannukset, viiden suurimman kaupungin sosiaalipalveluiden keskimääräiset hinnat, kuntoutuslaitosten keskimääräinen kilpailutettu hinta veteraanikuntoutukselle</li> </ul>

sairaana ihmisen koko palvelukokonaisuuden vaikuttavuutta eli kykyä saavuttaa sille asetetut tavoitteet ja saada aikaan haluttuja vaikutuksia muistisairaana ihmisen terveydentilassa, elämänlaadussa ja palveluissa.

Vaikuttavuutta voidaan tarkastella sekä asiakasvaikutavuutena että yhteiskunnallisena vaikuttavuutena, ja niiden arviointiin tarvitaan mittareita. Asiakasvaikutavuus näkyy joko muutoksena tai terveydentilan vakaana pysymisenä muistisairaana ihmisen tai omaisen elämässä. Lähtökohtana ovat muistisairaana ihmisen ja omaisen kanssa yhteistyössä

laaditut realistiset tavoitteet, jotka pyritään saavuttamaan tai ainakin tarkistamaan tietyllä aikajänteellä. Muistisairaana ihmisen toimintakyvyn ylläpitäminen ja omaishoitajan jaksamisen tukeminen sekä mielekäs elämänlaatu.

Asiakasvaikutavuuden ja yhteiskunnallisen vaikuttavuuden mittaamisessa voi hyödyntää mm. Omaishoito yhteistyönä -tutkimuksessa käytettyjä mittareita (taulukko 2). Muiden interventiotutkimusten käyttämiä mittareita olemme koonneet liitteeseen 7.

Keskeistä asiakasvaikuttavuuden arvioinnissa on tavoitteiden asettaminen, mittaaminen, vertaaminen edelliseen mittaustulokseen ja johtopäätösten tekeminen sekä sen seurauksena mahdollisesti tarvittava toimenpiteen muutos. Yhteiskunnalliseen vaikuttavuuteen tarvitaan tietoa asiakasvaikuttavuuden lisäksi palvelujen riittävydestä, kohdentuvuudesta ja kustannusvaikuttavuudesta.

**YHTEENVETO:** Tässä kappaleessa kerrottiin Kotona Paras-toimeenpanomallissa saavutetun **meidän mallin** haasteista ja siitä, miten **meidän mallin** vaikuttavuutta voidaan arvioida ja seurata. Kotona Paras-toimeenpanomallin osien kuvaus päättyy tähän. Seuraavassa kappaleessa kerromme toimeenpanomallin rakentamisen taustalla olevista näkökulmista.



## Työkalupakki meidän mallin vaikuttavuuden seurantaan

### Yhteiset käsitteet

**Palvelukokonaisuus sosiaali- ja terveydenhuollossa:** Tarkoittaa asiakkaan palvelutarpeen perusteella muodostettua palvelun kokonaisuutta, johon liittyy enemmän kuin yksi palveluprosessi, tai yhden tai useamman palvelunantajan tuottamien palvelutapahtumien yksilöityä kokonaisuutta.

### Lue lisää

- Kortelainen P. **Sosiaalihuollon asiakasasiakirjojen yleinen kansallinen rakenne.** Sosiaalialan tietoteknologiahanke/asiakastietojärjestelmät, versio 1.0. STM, 2008.
- Lehmuskoski A, Kuusisto-Niemi S. **Sosiaalialan sanasto asiakastietojärjestelmää varten.** Sosiaalialan tietoteknologiahanke. Stakes, 2008.
- Silvennoinen-Nuora L. **Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa.** Acta Universitatis Tamperensis 1558. Tampereen yliopistopaino Oy - Juvenes Print, Tampere, 2010.

### Sähköinen tietopankki

TOIMIA-tietokanta, lue lisää: [www.toimia.fi](http://www.toimia.fi)

### Menetelmävinkit

Bikva-menetelmä asiakaslähtöiseen laadun arviointiin. Lue lisää: liite 8.

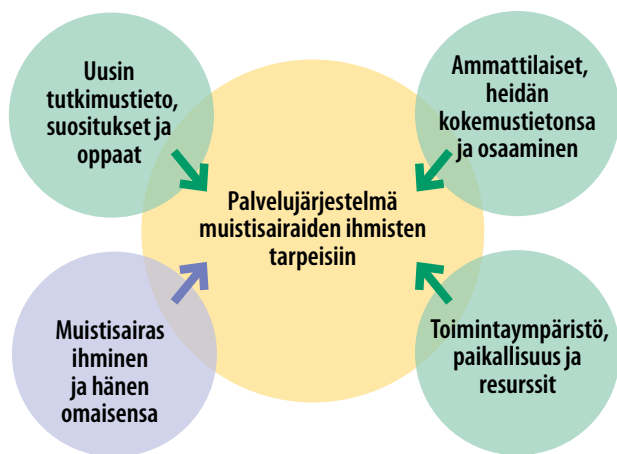
### Liitteet

Liite 7. Muistikoordinaattoritoiminnan tutkimusnäyttöä osoittavien interventiotutkimusten tulostulokset ja mittarit.

### 3. Toimeenpanon neljä näkökulmaa

Tässä kappaleessa kerrotaan, mistä neljästä näkökulmasta muistisairaahan ihmisen hoito- ja palveluketjuva tarkasteltiin Kotona Paras -projektissa.

Kotona Paras -projektissa muistisairaiden ihmisten palveluita ja palvelujärjestelmää tarkasteltiin neljästä näkökulmasta: muistisairaiden ihmisten ja heidän omaistensa, uusimman tutkimus- ja suositustiedon, ammattilaisten sekä paikallisten olosuhteiden ja resurssien näkökulmasta (kuvio 6). Kaikkia näkökulmia tarvitaan palvelujen ja palvelujärjestelmän kehittämisessä ja uuden toimintamallin juurruttamisessa paikalliseksi toimintamalliksi. Mikään niistä yksistään ei riitä. Keskeisin on kuntalaisten, ennen kaikkea muistisairaiden ihmisten ja heidän omaistensa, näkemys palveluista ja niiden kehittämisestä.



**Kuvio 6. Kotona Paras -toimeenpanomallin kehittämisen neljä näkökulmaa.**

#### 3.1. Muistisairas ihminen ja hänen omaisensa

Kotona Paras -projektissa muistisairaahan ihmisen ja omaisen äänen kuulumista tuettiin monin tavoin: työryhmissä, Bikva-arvioinnilla ja koulutuksissa. Asiakkaiden näkökulma ja asiakaslähtöisyys on kunnissa keskusteluissa esillä. Samoin oli molemmilla kuntakumppaneilla. Kuntakohtaisissa seurantaryhmissä oli mm. omaisedustaja tuomassa asiakas-kunnan näkökulman kehittämiseen sen kaikissa vaiheissa. Omaisedustajat olivat seurantaryhmissä asiantuntijoita, jotka toivat tietoa omakohtaisista kokemuksista käsin ja osallistui- vat projektin toimenpiteiden suunnitteluun ja etenemisen seurantaan tasavertaisina toimijoina. Omaiset käyttivät omaa aikaansa osallistuakseen seurantaryhmän kokouksiin, ja heille maksettiin asiantuntemuksesta pientä palkkiota.

Omaisedustajat olivat aktiivisesti tekemisissä toisten omaishoitajien kanssa ja toivat kokouksissa esiin useamman omaisen tai perheen näkemyksiä. Tavoitteena oli myös, että seurantaryhmään osallistuminen olisi omaiselle myönteinen, mielekäs ja voimaantumista edistävä kokemus. Siinä taisimme lämminhenkisen palautteen mukaan onnistua. Seuraavassa on muutamia esimerkkejä, millaisia asioita omaisedustaja esitti tapaamisissa. Kommentit liittyivät evästyksen projektille, koko hoito- ja palveluketjuun sekä palautteeseen toiminnasta:

- omaisten edustaja tiedusteli, miten omaisten kuuleminen projektissa aiotaan tehdä ja varmistaa
- omaisten edustaja toi esiin muistikoordinaattoritoiminnan tärkeyttä
- omaisten edustaja ehdotti, että päivätoiminta voisi korvata omaishoitovapaita, se edistäisi omaisten jaksamista eikä vaatisi lisäresursseja

- omaisten edustaja nosti keskusteluun päivätoiminnan ja piti tärkeänä sitä, että päivätoiminta olisi yksi mahdollisuus omaishoitajien vapaapäivien järjestämiseen
- omaisten edustaja kertoi diagnoosin saamisen tärkeydestä, ja että ihmisten on vaikea tietää, minne pitäisi ottaa yhteyttä ja milloin; kun diagnoosin saamisesta kuluu puoli vuotta muistikoordinaattorin arviointikäyntiin, on tämä aika liian pitkä
- omaisten edustaja nosti esiin osallistumismahdollisuuksien ja yhdessäolon merkityksen muistisairaalle ihmiselle, ja kyseli miten tähän vastataan
- omaisten edustaja kertoi, että hänen kokemuksensa mukaan [hoitopaikassa] vieraillessa välittyi lämmin henki

Muistisairaahan ihmisen ja hänen omaisensa näkökulman esille saamiseksi teimme lisäksi asiakaslähtöistä laadunarviointia Bikva-menetelmällä (liite 8). Menetelmä mahdollistaa asiakkaiden osallisuuden ja soveltuu asiakkaiden vaikutuskanavaksi palveluiden kehittämiseen. Bikva-menetelmän (Brugerinddragelse i Kvalitetsvurdering) on kehittänyt tanskalainen tutkija Hanne Kathrine Krogstrup, ja sitä on käytetty etupäässä sosiaalityön eri alueilla. Arviointi koostuu neljästä vaiheesta, jossa asiakkaat, kenttätyöntekijät, johtohenkilöt ja poliittiset päättäjät haastatellaan vuorollaan. Menetelmänä käytetään tavallisesti ryhmähaastattelua. Arvioinnin lähtökohtana ovat asiakkaiden näkemykset ja kokemukset palvelujen laadusta ja vaikuttavuudesta. Ne välitetään palveluntuottajille ja poliittisille päättäjille, jotka saavat tilaisuuden ottaa kantaa asiakkaiden kokemuksiin, pohtia omaa toimintaansa ketjun osana ja tehdä parannusehdotuksia. Arvioinnin taustalla on ajatus siitä, että asiakkailla on tietoa, josta voi olla hyötyä palvelujen kehittämisessä.

Kokemuksemme ja myös omaishoitajien ja työntekijöiden palaute Bikva-menetelmän käytöstä on myönteinen. Prosessi oli innostava ja hyvä tapa tuottaa oppimisen ja kehittämisen aineksia. Omaishoitajien haastattelun seurauk-

kena yhteistyö muutamien omaisten kanssa jatkui tiiviinä projektin loppuun saakka. Bikva-arviointiin liittyy myös omat haasteensa. Epäilynä on, että saimme arvioinnilla kuuluville vain aktiivisten omaishoitajien äänen eikä arviointi siten kerro kokokuvaa nykyisistä palveluista. Pohdintaa vaati sekin, miten saatua tietoa pystytään hyödyntämään niin, että tulokset johtavat konkreettisiin kehittämistoimenpiteisiin.

Keskustelujen, työryhmien asiakasedustuksen ja asiakaslähtöisen laadunarvioinnin ohella asiakkaiden ääntä kuultiin koulutuksissa, joihin pyydettiin alustuksia ja puheenvuoroja omaishoitajilta. Ne koettiin erittäin antoisiksi. Työntekijöiden keskittyminen omaishoitajan valmisteltuun puheenvuoroon hänen kokemuksistaan avasi konkreettisella tavalla hoitajille sitä, miten asiat ovat omaishoitajan näkökulmasta. Hoitajat saattoivat peilata omia toimintatapojaan omaishoitajan kertomaan. Omaishoitajilla oli konkreettisia ja helposti hyödynnettävissä olevia vinkkejä esimerkiksi siihen, miten voi herättää luottamusta ja turvallisuuden tunnetta perheen saapuessa lyhytaikaishoitajaksolle. Työntekijät kokivat saaneensa omaispuheenvuoroista eväitä ennen kaikkea omien yhteistyötaitojensa kehittämiseen.

### 3.2. Uusin tutkimustieto, suositukset ja oppaat

Kotona Paras -projekti oli toimeenpanoprojekti, jonka tavoitteena oli juurruttaa olemassa olevaa vaikuttavaksi todettua suositus- ja tutkimustietoa. Uusin tutkimus- ja suositustieto sekä oppaat olivat toimeenpanoprojektin perusta. Ne antavat tutkittua ja vaikuttavaksi osoitettua tietoa muistisairaahan ihmisen kotona asumisen tukemisesta ja siihen liittyvistä haasteista. Ajantasaista suositus- ja tutkimustietoa onkin olemassa runsaasti. Sen hyödyntäminen käytännössä vaatii toimenpiteitä.

Tutkimustietoa muistikoordinaattoritoiminnasta on tuotettu sekä kansallisesti että kansainvälisesti, ja niiden pohjalta on myös kansallisia suosituksia. Muistisairauksien



hyvät hoitokäytännöt -asiantuntijasuositus suosittaa toimenpiteitä hoidon jatkuvuuden ja muistisairaiden elämänlaadun turvaamiseksi. Samoin ikäihmisten laatusuositus suosittaa palvelurakenteen linjauksena kuntoutumista edistävää kotihoitoa, jonka tulisi olla ennakoivaa, oikein kohdennettua ja ajoitettua, hyvin koordinoitua, turvallista, monipuolista ja ympärivuorokautista. Yksittäinen interventiotutkimus osoittaa millaisella interventiolla voidaan saavuttaa vaikuttavuutta eli parempia hoitotuloksia tavanomaiseen hoitoon verrattuna. Lisäksi on olemassa kunnille suunnattuja oppaita.

### 3.3. Ammatillaiset, kokemustieto ja osaaminen

Kotona Paras -projektissa päätoimijana oli kuntakohtainen seurantaryhmä. Ryhmän puheenjohtajana oli vanhustyön johtaja/vanhusten palvelujen johtaja. Ammatillisten osallisuus on olennaista toimeenpanoprojektissa, sillä juurruttaminen on kaikkien tehtävä. Juurruttaminen on toimijoiden vuorovaikutusprosessi, jossa uusi tieto kudotaan osaksi rutiinikäytäntöä. Kotona Paras -projektissa ammatillisten näkemys nykytilasta pyrittiin saamaan huolellisesti keskusteluissa esille ja kuuluviin. Ammatillaiset kertoivat ja täsmensivät lukuisissa työryhmissä oman näkemyksensä, ja pohtivat miten asiat voisi tehdä toisin. Uuden toimintamallin juurrutus tapahtui kehittämiskohteiden ympärillä käytävissä työryhmäkeskusteluissa. Yhdessä tekeminen tutustuttaa toinen toiseensa, ja sitouttaa uuden mallin käyttöönottoon. Kotona Paras -projektissa osaamista vahvistettiin näiden keskustelujen pohjalta tarvelähtöisesti ja täsmäkoulutuksella. Koulutus sai hyvää palautetta osuvuudesta.

### 3.4. Toimintaympäristö, paikallisuus ja resurssit

Toimeenpano toteutetaan aina jossakin toimintaympäristössä. Sillä halutaan saada aikaan myönteistä muutosta jossakin asiassa. Yhtä aikaa toimeenpanon kanssa toimintaympä-

ristökin on usein muutoksessa. Etenkin julkisella sektorilla muutokset ovat viime aikoina liittyneet uutisointiin kuntien taloudellisesta ahdingosta, henkilöstön osaamattomuudesta sekä ikäihmisten huonosta kohtelusta ja hoidosta. Toimintaympäristön muutos asettaa toimeenpanolle haasteita. Ikääntymispoliittinen strategia toimeenpanon työkaluna saa aikaan vakautta.

Kotona Paras -projektissa toimintaympäristö, paikallisuus ja resurssit olivat keskeisenä näkökulmana myös kuntien erilaisuuden vuoksi. Kun kunnat tarkastelevat paikallisten olosuhteiden ja resurssien näkökulmasta asioita, voi käydä niin, että tiukkoina talousaikoina ikääntymispoliittiseen strategiaan kirjattuja tavoitteita joudutaan siirtämään tulevaisuuteen ja parempiin aikoihin. Huomionarvoista kuitenkin on, että jossakin muodossa toimintaa kannattaa aina joka tapauksessa kehittää tavoitteiden mukaisesti. Tämän molemmat kuntakumppanit useasti totesivat. Yksi tärkeimmistä tavoitteista kunnissa on muistisairaiden ihmisten hoidon kehittäminen, eikä se voi odottaa kunnissa tulevaisuutta.



## 4. Esimerkkikunnat

Tässä kappaleessa kerrotaan Kotona Paras -projektin kahden kuntakumppanin toimeenpanosta muistisairaiden ihmisten kotona asumisen tukemiseksi. Kuvaus perustuu Kotona Paras -projektin tiedonkeruuseen, kirjallisiin dokumentteihin ja keskusteluihin vuosien 2008–2011 aikana.

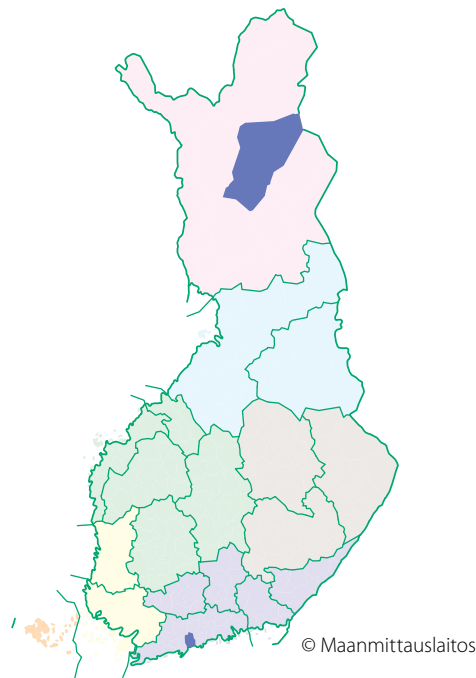
Suomessa on tällä hetkellä 336 kuntaa. Espoo on asukasluvultaan Suomen toiseksi suurin kunta. Vuonna 2010 espoolaisia oli 247 970. Sodankylä on pinta-alaltaan Suomen toiseksi suurin. Pinta-alaa on 12 439 km<sup>2</sup>. Sodankyläläisiä oli vuonna 2010 yhteensä 8779. Kuntien väestötietoja ja niiden muutos- suuntaa on taulukossa 3.

### 4.1. Espoon toimeenpano

Seuraavassa kuvataan Espoon toimeenpanoa muistisairaiden ihmisten kotona asumisen tukemiseksi vuodesta 2007 vuoteen 2011 asti. Espoossa, kuten muissakin kunnissa, on yhtäaikaisesti menossa useita hankkeita sekä sisäisinä hankkeina että ulkopuolisten kanssa yhteistyössä. Päätoimija Espoossa oli Espoon vanhusten palvelut, jonka mukaan jokaisella työntekijällä on kaksi tehtävää: tehdä työtä ja kehittää sitä.

#### 4.1.1. Muistikoordinaattoritoiminnan aloittaminen 2007

Muistikoordinaattoritoiminta osana kustannusvaikuttavaa Omaishoito yhteistyönä -tukimallia otettiin käyttöön Espoon vanhustalveissa vuonna 2007. Syksyllä 2007 työnsä aloitti kaksi muistikoordinaattoria, toinen eteläisen Espoon ja toinen pohjoisen Espoon alueella. Aloite muistikoordinaattoritoiminnasta tuli vanhusten palvelujen johtajalta. Hän oli ollut Vanhustyön keskusliiton Omaishoito yhteistyönä



Taulukko 3. Kuntakumppanien väestökuvaus.

Indikaattori	Kunta	2008	2009	2010
Väestö 31.12.	Espoo	241565	244330	247970
	Sodankylä	8872	8801	8779
65 vuotta täyttäneet, % väestöstä	Espoo	10,5	10,9	11,5
	Sodankylä	19,4	20,1	20,5
65 vuotta täyttäneiden yhden hengen asuntokunnat, % vast.ikäisten asuntokunnista	Espoo	47,1	46,9	
	Sodankylä	45,5	45,5	
Kotona asuvat 75 vuotta täyttäneet, % vast.ikäisestä väestöstä	Espoo	92	90,6	91,1
	Sodankylä	84,3	91,6	86,5
75 vuotta täyttäneiden yhden hengen asuntokunnat, % vast.ikäisten asuntokunnista	Espoo	56,1	55,8	56,1
	Sodankylä	51,5	52,1	50,2

© THL, Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2005–2011

-tutkimushankkeen ohjausryhmässä.

Muistikoordinaattoritoiminnan ja muistisairaiden ihmisten hoidon ja palvelujen edelleen kehittäminen oli kirjattu vanhusten palvelujen strategiaan, vuonna 2009 päivitettyyn vanhuspoliittiseen ohjelmaan Espoon Ikääntymispoliittinen ohjelma vuosille 2009–2015. Lähiajan tavoitteeksi oli kirjattu, että jokaiselle muistisairaalle ihmiselle ja hänen perheelleen on nimetty yhteyshenkilö, kuten kotihoidon vastuuhoitaja, muistineuvoja tai muistikoordinaattori, jonka puoleen voi kääntyä tarvitessaan apua. Tavoitteena oli myös, että äkillisiä tilanteita varten perheillä on tiedossa yksi puhelinnumero, johon vastataan ympäri vuorokauden, ja neuvontaa tai apua on saatavilla viiveettä. Tavoitteena oli kehittää palvelujärjestelmää kokonaisuutena niin, että ihmiselle, jolla on diagnosoitu sairaus, ja myös hänen perheelleen, turvataan mahdollisuus ensitietoon ja tukeen, palvelutarpeen arviointiin, palveluohjaukseen ja palveluihin sairausprosessin kaikissa vaiheissa. Ohjelmassa painotettiin sitoutumista suomalaiseen asiantuntijasuosituksen muistisairauksien hyvistä hoitokäytännöistä.

Taulukossa 4 on Espoon sovellus muistikoordinaattoritoimintamallista. Se kuvaa Vanhustyön keskusliiton Omaishoito yhteistyönä -tutkimallin pääelementtien toteutumista pääpiirteissään Espoon toimintaympäristössä Kotona Paras-projektin aikana.

#### 4.1.2. Toiminnan juurruttaminen 2008–2011

Muistikoordinaattoritoiminnan juurruttaminen ja koko hoito- ja palveluketjun kehittäminen kokonaisuutena alkoi Kotona Paras -projektissa vuonna 2008. Espoon kuntakumppanina aloitti Sodankylä. Espoon vanhusten palvelut kehitti strategiansa mukaisesti muistisairaiden ihmisten hoitoa ja palveluja, ja projekti tuki tätä työtä.

**Taulukko 4. Espoon sovellus muistikoordinaattoritoimintamallista.**

Pääelementti	Espoon sovellus
<b>Muisti-koordinaattori</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kaksi muistikoordinaattoria</li> <li>• Noin 100 asiakasta / koordinaattori. Diagnoosi muistisairaudesta, sairauden eri vaiheissa olevia.</li> <li>• Erityisesti ne, joilla ei muuta hoitavaa tahoa. Pääosa omaishoitoperheitä, myös yksin asuvia.</li> <li>• Yhteydenpito tarpeen mukaan, kerran päivässä yhteydenpidosta kerran vuodessa yhteydenpitoon</li> <li>• Kotikäynnit, puhelut, toimiminen asiakkaan palveluverkostossa</li> <li>• Tarpeen/tilanteen määrittäminen, palvelujen koordinointi, asiakkaan asianajajana toimiminen</li> <li>• Joustava työaika</li> </ul>
<b>Geriatrit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnoosin asettaminen ja hoidon aloittaminen muistipoliklinikalla</li> <li>• Jatkohoito ja seuranta omalla lääkärillä</li> <li>• Muistikoordinaattoreiden työpareina kotihoidon vastuulääkärit</li> <li>• Kotihoidon vastuulääkärit tekevät kotikäyntejä</li> </ul>
<b>Räätälöidyt tutkimuodot</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kunnan perinteiset palvelut</li> <li>• Päiväsairaala</li> <li>• Fysioterapia, toimintaterapia, apuvälinepalvelu, myös fysioterapeuttien kotikäyntejä tarpeen mukaan</li> <li>• Veteraanikuntoutus</li> <li>• Kuntouttava päivätoiminta ja yhteiskuljetus</li> <li>• Ympäri vuorokautinen lyhytaikaishoito</li> </ul>
<b>Tavoitteelliset vertaisryhmät</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Omaishoitajien vertaistukiryhmät</li> <li>• Yleisöluennot</li> </ul>
<b>Periaatteet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Koko perheen tukeminen</li> <li>• Joustavuus ja riipeä reagointi</li> <li>• Erilaisten kulttuurien tunnistaminen ja hyväksyminen: kulttuurinen herkkyyks</li> <li>• Perheen ja autonomian kunnioittaminen ja yhteistyön kehittäminen</li> <li>• Perhe-elämän tukeminen</li> <li>• Optimismi ja voimavarojen tukeminen</li> <li>• Ko. periaatteiden jatkuva pohdinta ja huomioiminen omassa työssä</li> </ul>

## Juurruttamisen aloittaminen

Päätoimija oli Espoon vanhusten palvelut ja sen vanhusten palvelujen johtaja. Projektin alkuvaiheessa nimettiin kunta-kohtainen seurantaryhmä, johon koottiin edustus kaikista niistä tahoista, jotka ovat keskeisiä muistisairaahan ihmisen kotona asumisen tukemisessa Espoossa. Espoon vanhusten palvelujen johtaja toimi seurantaryhmän puheenjohtajana. Seurantaryhmä oli projektiorganisaation keskeinen toimeenpanijaryhmä, johon kuuluivat vanhusten palvelujen johtajan lisäksi kotihoidon, pitkäaikaishoidon ja sairaalan päälliköt, muistineuvoja, muistikoordinaattorit, muistipoliklinikan geriatri, lyhytaikaisyksikön osastonhoitaja, terveyspalvelujen edustajat ja omaisten edustaja sekä projektityöntekijät. Projektin yhteistyökumppaneina olivat Vanhustyön keskusliitto ja Helsingin yliopisto Koulutus- ja kehittämiskeskus Palmenia. Heidän edustajansa olivat kutsuttuina seurantaryhmään. Lisäksi tarpeen mukaan kutsuttiin asiantuntijoita.

Seurantaryhmän kokouksia oli vuodessa kolme, yhteensä yhdeksän. Ensimmäinen kokous oli maaliskuussa 2009 ja viimeinen syyskuussa 2011. Seurantaryhmän lisäksi toimeenpanoon osallistui päälliköiden, esimiesten ja työntekijöiden sekä omaisedustajan muodostamia kehittämiskohteiden työryhmiä, jotka kokoontuivat useita kertoja, sekä yksittäisiä ns. rukkasarhyhmiä, aina tarpeen mukaan. Keskeisenä jäsenenä ryhmässä oli omaisedustaja. Omainen oli asiantuntija, joka tuotti tietoa omakohtaisista kokemuksistaan käsin ja osallistui ryhmään tasavertaisena toimijana.

## Nykytilan selvittäminen

### Tiedonkeruu

Nykytilan tiedonkeruu alkoi Espoossa joulukuussa 2008, ja sitä jatkettiin syksyyn 2009 saakka. Tavoitteena oli tunnistaa nykyisen toiminnan vahvuudet ja keskeiset kehittämis-

kohteet ja samalla vahvistaa edellytyksiä uuden tiedon juurruttamiselle. Tavoitteena oli koko hoito- ja palveluketjun kehittäminen kokonaisuudessaan, ja sen vuoksi nykytilaa selvitettiin koko ketjun osalta. Keskusteluissa pyrittiin selvittämään, miten muistisairaahan ihmisen kotona asumista tuetaan Espoossa tällä hetkellä. Haastattelujen pohjana oli Muistisairauksien hyvät hoitokäytännöt -asiantuntijasuosituksen 14 kohdasta tehty tiedonkeruutaulukko (liite 3). Pyrittiin selvittämään, miten kukin suosituksen kohta toteutuu haastateltavan espoolaisen työntekijän tai yksikön näkökulmasta ja mitkä ovat siihen liittyvät kehittämishaasteet.

Tiedon keruu aloitettiin keskustelusta muistipoliklinikalla muistineuvojan, muistikoordinaattoreiden, heidän esimiehensä ja kotihoidon geriatriin kanssa. Tiedonkerääjinä olivat vanhusten palvelujen erityisasiantuntija ja projektityöntekijä, jotka kirjasivat keskustelijoiden kommentit työpaperiksi. Työpaperi oli taustapaperina muille nykytilan keskusteluille, jotka järjestettiin muistisairaahan ihmisen hoito- ja palveluketjun toimijoiden kanssa ryhmittäin: terveysasema, Jorvin neurologian poliklinikka, hoidonjärjestelijät, kotihoito, pitkäaikaishoito sekä Espoon ja Kauniaisten Muistiyhdistys ry. Kaikkien keskustelujen pohjana oli sama kysymys: miten suositus toteutuu tällä hetkellä ja mitkä ovat kehittämishaasteet? Keskusteluihin osallistui 17 henkilöä suunnitteluryhmän ja seurantaryhmän jäsenten lisäksi. Myös seurantaryhmän omaisten edustaja kirjoitti nykytilan arvioinnin.

Lisäksi projektityöntekijät keräsivät nykytilan tietoa Espoon yleisiltä palvelujentarjoajilta ja yhdistyksistä, kuten diakonissat, taksinkuljettajat, apteekkihenkilökunta, seniorineuvoja, vapaaehtoistyön ohjaaja, eläkeläisjärjestöjen puheenjohtajat, veteraanijärjestöjen puheenjohtajat sekä muiden järjestöjen puheen- tai toiminnanjohtajat. Kiinnostuksena oli selvittää, millaisissa tilanteissa palvelujen tarjoajat ja yhdistysten edustajat kohtaavat muistisairaita ihmisiä, miten heidän näkökulmastaan muistipotilaiden hoito toteutuu tällä hetkellä ja mitä pitäisi kehittää muistisairaiden

kotona asumisen turvaamiseksi. Samalla levitettiin tietoa projektista. Em. tahoja edustavien henkilöiden yhteystietoja oli yhteensä 88. Heistä 63 tavoitettiin puhelimitse, ja hyvinkin yksityiskohtaisesti kirjoitettuja vastauksia saatiin 22.

Nykytilan tiedonkeruusta tehtiin työraportit, ja ne käsiteltiin seurantaryhmän kokouksessa syyskuussa 2009. Työraporteista kuului osallistujien ääni, ja kooste avasi muistisairaiden hoitoa sekä sen monitoimijaisuutta uudella ja hyödyllisellä tavalla. Toimijoita rohkaistiin miettimään kunnan muistisairaiden ihmisten hoidon nykytilaa neljän näkökulman kautta: mikä on hyvää eikä tarvitse muutosta, mikä on hyvää mutta kehitettävää, mikä on toimimatonta ja mistä on parasta luopua, mitä tarvitaan ja mikä puuttuu kokonaan. Nykytilassa tunnistettiin sekä vahvuuksia että pullonkauloja. Strategiaan oli kirjattu tavoiteltavia rakennetekijöitä, kuten muistipalvelukeskuskonsepti, ja niiden toteutusta haluttiin yhteistyössä vauhdittaa.

## **Vahvuudet ja pullonkaulat**

Nykykäytännöistä käytiin Espoossa useita keskusteluja, ja tunnistettiin vahvuuksia sekä pullonkauloja. Omaisen näkökulmasta nykytilan vahvuuksia olivat akuuttien tilanteiden hoitaminen perusteellisesti Jorvin sairaalassa, muistikoordinaattoreiden palkkaaminen sekä kaupungin hyvälaatuinen ja ystävällinen ruokapalvelu. Työntekijöiden näkökulmasta vahvuuksia olivat muistikoordinaattoritoiminnan aloittaminen, Espoon monipuoliset palvelut sekä vuosien aikana eri hankkeissa kehitetyt ja hyviksi havaitut toimintatavat ja ohjausmallit. Erityisesti muistineuvoja, hoidonjärjestelijät ja päiväsairalan sosiaalityöntekijät saivat hyvää palautetta samoin kuin koko muistipoliklinikan toiminta. Hyvänä pidettiin sitä, että monet omaiset olivat kiinnostuneita osallistumaan muistisairaahan ihmisen hoidon ja tukipalveluiden suunnitteluun. Työntekijät kiinnittivät huomiota ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen puuttumiseen, tekivät yhteistyötä

keskenään ja tunsivat toistensa tehtäviä paremmin. Tämä mahdollisti tiedonvaihdon ja yhteisen toiminnan. Moniammatilliset tavoitekokoukset oli todettu toimiviksi.

Omaisen näkökulmasta nykytilan pullonkauloja olivat tuen puute omaisille sairauden toteutamisvaiheessa, lääkäreiden puutteelliset taidot tunnistaa muistisairaus ja terveysasemien osuus hoitoketjussa. Omaisen näkökulmasta terveysaseman osuus muistisairaahan ihmisen hoidossa oli olematon. Erityisen ongelmallisia ryhmiä olivat yksinasuvat ihmiset muistioireineen ja sairaalassa kotiutusvaiheessa olevat asiakkaat. Kotihoito saattoi tulla kotiutuksen jälkeen vasta muutamien päivien päästä, ja kotihoidon saamisen selvittäminen saattoi olla hankalaa: mitä apua on saatavissa ja mitä apua tullaan tarvitsemaan. Yksinasuvat iäkkäät kokivat kerhotoiminnan vähäisyyden ja kerhojen pitkät jonot ongelmaksi.

Työntekijöiden näkökulmasta pullonkauloina olivat geriatrien vähäisyys, kokemattomat lääkärit ja olemassa olevien ohjeiden hyödyntämättömyys. Terveysasemilla ei puututtu tilanteeseen, vaikka sama asiakas kävisi usein valittamassa. Perheiltä oli saatu kriittistä palautetta päivätoimintaryhmien kokoonpanosta. Ryhmissä oli sairauden eri vaiheissa olevia, ja tällöin lievässä vaiheessa olevat muistisairaat ihmiset eivät saaneet vertaistukea. Myös matalan kynnyksen päivätoimintapaikan puute, lyhytaikaispaikkojen ja työikäisten päivätoimintapaikkojen vähäisyys ja toiminnan laatu sekä lyhytaikaishoidon ja kotihoidon vähäinen yhteistyö koettiin ongelmiksi.

Muita nykytilan pullonkauloja olivat kotihoitoon pääsyn kriteerien tiukkuus, kotihoidossa henkilöstön kuntouttavan työotteen puute ja vähäiset resurssit sekä hoito- ja kuntoutussuunnitelmien puutteellisuus perusterveydenhuollon näkökulmasta tarkasteltuna. Kotihoidossa vastuu ja eettiset asiat puhuttivat: jos asioihin puututaan kriisin kautta, se ei ole paras toimintatapa. Toimintaa pidettiin epätasaisena, sillä käytännöt vaihtelivat paljon alueittain. Omaishoitajien

jaksaminen oli yhteinen huolenaihe: saavatko omaishoitajat riittävästi ohjausta ja tietoa erilaisista tukipalveluista ja muistisairauksista? Muistisairaahan ihmisen tulisi päästä laitoshoitoon ajoissa silloin, kun hän ei enää kykene pärjäämään kotona yksin tai kun hänen hoitamisensa muuttuu liian raskaaksi omaishoitajalle.

Espoon seurantaryhmässä tehtiin johtopäätöksiä nykytilasta. Muistisairaiden ihmisten hoidon pitäisi toteutua läpäisyperiaatteella siten, että muistisairaudet osattaisiin tunnistaa ja asiakkaita hoitaa suositusten mukaisesti läpi koko hoitoketjun. Terveyskeskuslääkäreiden osuus prosessissa tunnistettiin keskeiseksi. Lääkäreiden osaamis- ja työaika-resursseissa todettiin epätasaisuutta Espoon eri alueiden välillä: kuinka lääkäriyöpanos tulisi järjestää niin, että se kohdentuisi optimaalisesti? Espoon eri alueille oltiin parhailaan perustamassa geriatriaasiantuntijatiimejä, joiden toiminnan käynnistymiseen suhtauduttiin optimistisesti. Tiimeille voisi muodostua hyvää osaamista myös muistisairaiden ihmisten hoidosta.

Muistikoordinaattoritoimintaan oltiin tyytyväisiä, mutta kahta muistikoordinaattoria suuressa kunnassa pidettiin riittämättömänä. Keskusteluissa nousi esiin myös tarve saada joustavasti toimivia lyhytaikaishoidon paikkoja, ja kaivattiin toimivia konsultaatiomahdollisuuksia vanhuspsykiatrian kanssa esim. käytösoireiden kanssa. Keskusteltiin konsultaatioiden järjestämisestä niin, että työryhmissä käytäisiin läpi oikeita potilastapauksia asiantuntijan kanssa säännöllisesti. Tämän ajateltiin olevan mitä parhaita koulutusta ja tukea myös asiantuntijuuden kehittymiselle. Puutteita nähtiin vertaistukimahdollisuuksissa niin muistisairaiden kuin heidän läheistensäkin osalta, ja tätä toivottiin voitavan ratkaista yhteistyössä järjestöjen kanssa. Todettiin, että potilaat, joita ei diagnosoida muistipoliklinikalla, ovat suuressa vaarassa pudota pois hoidon piiristä, ja että pitäisi ainakin huolehtia siitä, että kuntalaisilla ja yhteistyötahoilla olisi hyvin tiedossa espoolaisten muistisairaiden ihmisten

hoitomahdollisuudet. Todettiin, että jonkun tulisi huolehtia siitä, että muistisairaiden hoito pysyy esillä koko ajan, ja että jonkun pitää vastata prosessista ja johtaa sitä.

## Kehittämiskohteet ja edellytysten luominen

Espoon seurantaryhmä valitsi neljä keskeistä kehittämiskohdetta, jotka vaativat muutosta eheän palvelukokonaisuuden rakentamiseksi vanhusten palvelujen strategisen tavoitteen mukaisesti. Kehittämiskohteet valittiin peilaamalla nykytilaa uusimpaan suositus- ja tutkimustietoon, kuten Omaishoito yhteistyönä -tukimalliin ja Muistisairauksien hyvät hoitokäytännöt -asiantuntijasuositukseen. Kehittämiskohteet olivat:

- Muistisairauksien hoito osaksi Espoon Omahoito -hanketta (etenkin terveysasemat)
- Omaishoito yhteistyönä -tukimallin toteutumisen varmistaminen ja siihen mittareiden kehittäminen (etenkin muistikoordinaattoritoiminnan kohdentaminen)
- Muistikoordinaattoritoiminnan ns. tukiverkoston perustaminen (etenkin kotihoito)
- Muistipalvelukeskustoiminnan kehittäminen Taavinkodissa (etenkin lyhytaikaishoito)

## Työryhmät ja menetelmät

Kuhunkin kehittämiskohteeseen nimettiin perusryhmä, johon seurantaryhmä ehdotti toimijoita "keitä asia koskee" -periaatteella. Ensimmäisissä keskusteluissa selvisi, että valituissa neljässä kehittämiskohteessa oli päällekkäisyyttä ja yhteisiä sisällöllisiä kysymyksiä. Seurantaryhmä päätti yhdistää kehittämiskohteet kahdeksi: 1) Muistisairaahan ihmisen hoitoketju ja sen päivittäminen, 2) Muistipalvelukeskuksen kehittäminen Taavinkodissa. Kehittämiskohdeiden konkreettiseen ja tavoitteelliseen työstämiseen oli ehdolla työskentelymenetelmiä, kuten Rohto-menetelmä ja Läpimurtomenetelmä sekä 10 askeleen toimeenpanon

ja arvioinnin menetelmä. Espoossa työryhmätyöskentely oli tuttua aiempien hankkeiden takia. Myös meneillään oli hankkeita, joissa oli työpajoja. Espoon työryhmät eivät valinneet mitään yhtä menetelmää, mutta hyödynsivät edellä mainittuja ja käyttämäänsä OSAKE-menetelmää (Osallistava arjen kehittäminen -laatutyön menetelmä).

Kussakin työryhmätapaamisessa aluksi käytiin läpi tavoite, sen jälkeen käytiin usein vilkas keskustelu nykytilasta ja kehittämistarpeista sekä keinoista ja siitä, miten tästä jatketaan, ja sovittiin tarvittaessa seuraava aika. Työryhmien keskusteluista tuotiin yhteenvedo seurantaryhmään. Kokonaisuus oli seurantaryhmän puheenjohtajan ja seurantaryhmän osallistujien hallussa. Työryhmien lähtötilanne, kulku ja saavutukset tiivistetään seuraavassa.

## Työskentely kehittämiskohteissa

### 1) Muistisairaahan ihmisen hoitoketju ja sen päivittäminen

Muistisairaahan ihmisen hoitoketju ja sen päivittäminen vaati pöydän ympärille monia toimijoita. Työryhmä kokoontui eri kokoonpanoissa ja myös pieniä ryhmiä hyödynnettiin. Keskeisiä toimijoita olivat mm. muistikoordinaattorit ja muistineuvoja ja heidän esimiehensä, muistipoliklinikan geriatri, kotihoidon vastuulääkäri, kotihoidon päällikkö, neurologian poliklinikan neurologi, kotiutushoitajat ja omaisten edustaja. Kehittämiskohteeseen liittyvä ensimmäinen kokous pidettiin 5.3.2010 ja viimeinen 21.11.2011. Tapaamisia oli kymmenen ja toimijoita 78 (32 eri henkilöä).

Tavoitteena oli selkeyttää muistikoordinaattoritoimintaa, vahvistaa terveysaseman roolia muistipoliklinikkaan nähden ja saada muistisairaahan hoito osaksi Espoon Omahoito -hanketta sekä päivittää erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välinen hoitoketju. Tässä yhteydessä keskusteltiin muistisairaahan ihmisen hoito- ja palveluketjun kitkakohdista ja haettiin niihin ratkaisuja. Seuraavassa

konkretisoidaan lyhyesti keskustelujen kulkua, toimenpiteitä ja lopputulosta.

### • Mitä tehtiin?

Muistikoordinaattoreiden työn kohdentaminen oli keskustelun ytimessä. Työryhmä halusi vahvistaa muistikoordinaattoreiden tukea hoito- ja palveluketjussa ja erityisesti kotihoidon kanssa. Tämä erityisesti siksi, että muistikoordinaattoreita oli vain kaksi. Ehdotuksina tukikeinoiksi oli aiemmin toimineen, mutta silloin toimimattomaksi todetun, kotihoidon muistivastaavaverkoston lämmittäminen, tai olemassa olevien rakenteiden, kuten kotiutushoitajien ja geriatrinen asiantuntijatiimien, hyödyntäminen.

Muistikoordinaattoritoiminnan tukemiseksi päätettiin hyödyntää nykyistä rakennetta. Keskustelussa oli riittävä ns. perustyöntekijän osaaminen ja perustyöntekijöiden ja erityisasiantuntijoiden (kuten muistikoordinaattorit) yhteistyö sekä mahdollisuus konsultaatioon ja tukeen. Kotihoidon muistiosaamisen vahvistamiseksi kotihoidon työntekijöille suunniteltiin koulutusiltapäivä uusimmasta tiedosta muistisairaahan ihmisen kotona asumisen tukemiseksi, ja tämä toteutettiin samansisältöisenä kaksi kertaa keväällä 2011. Osaamisen vahvistamisen koulutuksen suunniteltiin jatkuvan räätälöitynä pienemmille ryhmille syksyllä 2011.

Seuraavaksi haluttiin vahvistaa terveysasemien roolia muistisairaahan ihmisen hoidossa. Terveysasemien roolin vahvistaminen mahdollistaisi perusteellisen perusselvityksen muistisairaahan ihmisen tilanteesta ennen muistipoliklinikan vastaanottoa, helpottaisi muistipoliklinikan ylikuormittunutta tilannetta ja ennen kaikkea parantaisi muistisairaiden ihmisten hoidon seurantaa. Perusteluna oli, että muistisairaudet ovat kansansairauksia siinä missä muutkin, ja niiden hoitaminen kuuluu kaikille terveysasemien lääkäreille eikä ulkoistettavaksi muistipoliklinikalle. Kun tiedossa oli perusterveydenhuollon lääkäripula ja muistisairauksien osaamisen

vaihtelu, työryhmässä pohdittiin tavoitteen realistisuutta.

Haasteista huolimatta nähtiin tärkeäksi yrittää saada edes pieniä parannuksia, esimerkkinä yhteinen käytäntö omaisen kutsumisesta mukaan vastaanotolle tai kysely muistisairaana ihmisen läheiselle -lomakkeen lähettämisestä etukäteen, jotta vastaanotolla olisi käytettävissä nykyistä moniulotteisempi näkökulma sairastuneen tilanteesta. Espoon Omahoito -hankkeen ytimessä ovat tavoitteelliset ja systemaattiset vuositarkastukset ja tuki omahoidon toteutukseen kotona - eli hyvä käytäntö myös muistisairaiden hoidossa. Terveysasemien lääkäreiden osaamista muistipoltilaisten jatkohoidossa ja seurannassa etenkin lääkehoidon osalta haluttiin vahvistaa.

Keskustelussa puhuttivat myös muistiseulontakäytännöt: kun tehdään arviointeja ja testejä ja niiden perusteella seulaan jää suuri joukko kognition vajeesta kärsiviä asiakkaita, mitä kaikille seulotuille tehdään? Ketkä seulottujen joukosta lähetetään muistipoliklinikalle vai lähetetäänkö kaikki kognition vajeesta kärsivät ja kasvatetaan muistipoliklinikan resursseja, ja miten osattaisiin löytää muistipoliklinikalle mahdollista etenevää muistisairautta sairastavat? Tavoitteiden saavuttamiseksi ehdotettiin, että järjestetään terveysasemien kanssa yhteisiä Rohto-pajoja talon tapojen rakentamiseksi, luodaan verkostoa ja rakennetaan paikallista käytäntöä. Terveysasemilla oli valmiina hyviä kokemuksia Rohto-pajoista. Terveysaseman roolin ja osaamisen vahvistamiseksi sekä yhteisten talon tapojen luomiseksi työryhmässä suunniteltiin pidettäväksi Rohto-pajat syksyllä 2010.

Espoon muistisairauksien hoitoketjun kymmenen vuoden takaa todettiin kaipaavan päivittämistä. Projekti koordinoi hoitoketjupalaverin, ja kokous tuotti alustavan hoitoketjun, jota seurantaryhmä pui kokouksessaan. Espoon toimintamallin mukaisesti muistipoliklinikalla hoidetaan yli 75-vuotiaat ja Jorvin neurologian poliklinikalla alle 75-vuotiaat. Ehdotuksessa uudesta hoitoketjusta Jorvin ikäraja oli laskettu 70 vuoteen, jota jo aiemmissa keskusteluissa oli

pohdittu. Geriatrian poliklinikan näkökulmasta ikärajan alentamista ei pidetty toistaiseksi mahdollisena, se olisi edellyttänyt resurssien lisäämistä ja työnkuvien muuttamista. Keskustelussa ei pidetty järkevänä, että 75 vuoden ikäraja perustuu vain resursseihin. Hoidon porrastus pitäisi tehdä siten, että asiakas saa diagnoosin mahdollisimman nopeasti, ja sen mukaan, mikä toimii ja miten parhaiten tuetaan kotona asumista. Omaisedustaja vahvisti diagnoosin saamisen tärkeyden ja sen, että ihmisten on vaikea tietää, minne pitäisi ottaa yhteyttä ja milloin. Todettiin, että tällä hetkellä ei ole mahdollisuuksia 75 vuoden ikärajan muuttamiseen, mutta ikärajan alentamista voidaan pitää tavoitteena. Lisäksi kysyttiin, ketä varten hoitoketjua ollaan tekemässä ja kenen sitä pitäisi ymmärtää. Keskustelussa yhtäältä pidettiin hyvänä, että hoitoketjun kuvaus on lyhyt, mutta toisaalta mietittiin, hyödyttääkö se sellaisenaan ketään. Päivitetystä hoitoketjuehdotuksessa todettiin olevan ajatuksellisesti suuri ero aikaisempaan, vuoden 2004 versioon.

Päivätoimintaa ja viriketoimintaa mietittiin osana hoitoketjun parantamista. Päivätoiminnan vähäisyys ja kuljetus päivätoimintaan olivat selvästi kitkakohtia, joista keskusteltiin useaan otteeseen. Omaisedustaja nosti esiin osallistumismahdollisuuksien ja yhdessäolon merkityksen muistisairaalle ihmiselle. Hänellä oli kielteisiä kokemuksia päivätoiminnan järjestymisestä. Virikkeellisen toiminnan osalta keskusteltiin myös yhteistyöstä järjestötoimijoiden kanssa. Päivätoiminnan kehittämistä pidettiin pidemmän ajan asiana, kun muistipalvelukeskukseen ollaan suunnittelemassa päivätoimintaa. Myös Espoossa rakennettaviin Elä ja asu -keskuksiin sisältyisi avopalvelukeskustoimintaa.

#### • Mikä on tilanne nyt?

Muistikoordinaattoritoiminnan kohdentamisen ja työn tukemisen konkreettisena toimenpiteenä toteutettiin kotihoidon työntekijöille suunniteltu koulutusiltapäivä, joka sai hyvää



palautetta. Osallistujia oli yhteensä noin 150. Loppusyksystä 2011 suunniteltiin työpaja geriatrinen asiantuntijatiimien muistiosaamisen vahvistamiseksi. Projektin järjestämästä 1½-vuotisesta muistimentorikoulutuksesta valmistui kahdeksan aktiivista ja innostunutta muistimentoria. Työryhmissä keskusteltiin muistimentoritoiminnan levittämisestä ja vakiinnuttamisesta ja sen edellyttämästä johdon ja lähiesi- miesten tuesta. Toiminnan vakiintumista tukee se, että muistimentorit ovat mukana Espoon kaupungin poikkihal- linnollisessa mentoriverkostossa. Keskusteltiin myös muisti- koordinaattoreiden ja -neuvojan tuesta muistimentoreille. Muistikoordinaattorit kokivat hyötyneensä käydyistä keskus- telusta ja tehdyistä ratkaisuista. Muistikoordinaattoreiden työn tunnettuus lisääntyi. Yhteistyö eri tahojen kanssa lisääntyi ja selkiintyi, ja muistikoordinaattoritoiminnalle rakentui verkostoja. Osaamisen vahvistuminen esimerkiksi kotihoi- dossa sekä muistipalvelukeskustoiminnan käynnistyminen tukivat muistikoordinaattoreiden työtä.

Terveysaseman roolin ja osaamisen vahvistamiseksi sekä yhteisten talon tapojen luomiseksi työryhmä suunnitteli pidettäväksi Rohto-pajat. Ne eivät ole toistaiseksi toteutu- neet. Hidasteen aiheuttivat Espoon siirtyminen pois väestö- vastuusta ja koulutusten peruuntuminen. Asiaan päätettiin palata, kun hoitoketju on päivitetty ja sitä jalkautetaan terveysasemille.

Henkilömuutosten ja -resurssien vuoksi hoitoketjun päivi- tetty versio valmistuu syksyllä 2011, ja se tullaan julkaisemaan tähän asti tehdyn työn pohjalta. Uudistettua hoitoketjua ovat kommentoineet terveysasemien lääkärit. Palautteen mukaan pitkäjänteisen keskustelun vuoksi muistisairaiden hoitoon yleisesti kiinnitetään nyt aiempaa enemmän huomi- ota, vaikka konkreettisia parannuksia ei ole vielä tullut. On tunnistettu tiedon tarve, ja osaaminen muistisairauksista ja muistisairaiden ihmisten hoidosta on vahvistunut kautta linjan.

Keskustelun kulku osoittaa, kuinka kaikki liittyy kaikkeen,

ja sinnikkäästäkään yrityksestä huolimatta asia ei aina etene. Huomattava tulos on kuitenkin hoito- ja palveluketjun toimi- joiden keskinäisen dialogin mahdollistaminen. Se oli todettu lähtötilanteessa puutteeksi. Keskustelu kaikinensa paransi tiedonkulkua ja lisäsi yhteisymmärrystä, vaikka konkreetti- nen tulos saattoi jäädä saavuttamatta tai siirtyä.

## 2) Muistipalvelukeskustoiminnan kehittäminen Taavinkodissa

Toinen Espoon laaja kehittämiskohde oli Muistipalvelukes- kuksen kehittäminen. Tämä oli strategiaan kirjattu tavoite, ja projekti tuki työtä. Tavoitteena oli aluksi käynnistää lyhyt- aikaishoidon yksikkö osana muistipalvelukeskusta.

Kehittämistyön tiimoilta järjestettiin yhdeksän tapaa- mista, joihin osallistui 85 toimijaa (32 eri henkilöä). Tapaa- misiin osallistui laajasti Taavinkodin, kotihoidon, pitkäaikais- hoidon, kuntoutuksen ja muistipoliklinikan työntekijöitä ja päälliköitä sekä myös oppilaitoksen ja muistiyhdistyksen edustajia. Lisäksi Taavinkodissa kokoontui kolme kertaa 13-jäseninen ns. rukkanryhmä, jonka tavoitteena oli pohtia yhteistyötä lyhytaikaishoidon yksikön ja avopuolen toimi- joiden välillä.

### • Mitä tehtiin?

Muistipalvelukeskuksen kehittämisessä oli monia toimen- piteitä. Aluksi järjestettiin ns. valmistelevia tai kartoitta- via tapaamisia, joissa keskusteltiin nykyisistä käytännöistä ja muutostarpeista sekä koottiin toimijoita ja osaamista yhteen. Keskusteltiin myös alustavasti yhteistyökäytännöistä muistipalvelukeskuksen ja järjestöjen sekä oppilaitosten kanssa. Myöhemmin työryhmissä suunniteltiin konkreettisia toimenpiteitä lyhytaikaishoidonyksikön käynnistämiseksi. Keskusteluissa painottui henkilökunnan osaaminen, lyhyt- aikaishoidon saatavuus ja joustavuus sekä sen turvaaminen,

että lyhytaikaishoito on kuntouttavaa. Millainen lyhytaikaishoito vastaa perheiden tarpeisiin ja miten se voidaan käytännössä järjestää? Omaiset olivat toivoneet joustavia ja esimerkiksi aiempaa lyhyempiä lyhytaikaishoidon jaksoja.

Lyhytaikaaisyksikön toiminnan käynnistysvaiheessa työntekijöiden osaamista vahvistettiin prosessinomaisella koulutuksella tarvelähtöisesti. Työntekijöiltä kerätyistä koulutustoiveista koottiin seuraavat aihealueet: asiakaslähtöisyyden osaaminen, muistisairauksien ja niiden hoidon osaaminen, yhteistyöosaaminen ja työyhteisö muutoksessa. Koulutus sisälsi kaksi koko päivän ja viisi puolen päivän koulutustapahtumaa. Tehdyn palautekyselyn ja yhteisen palautekeskustelun perusteella työntekijät olivat saaneet uutta tietoa ja näkökulmia, ja koulutuksen koettiin lisänneen ymmärrystä muistisairaahan ihmisen hoidosta. Myös omien toimintatapojen koettiin kehittyneen.

Taavinkodissa kehitettiin moniammatillisesti myös virikkeellistä toimintaa. Päivää lähdeettiin rytmittämään aamu- ja iltapäivisin toteutettavilla tavoitteellisilla ja toiminnallisilla ryhmillä. Viriketoimintaa kehitettiin myös yhteistyössä oppilaitoksen kanssa, ja moniammatillinen opiskelijaryhmä suunnitteli uudenlaisia ratkaisuja ja vaihtoehtoja asiakkaiden yksinäisiin ja toimeentuloon hetkiin. Lisäksi uudelleen suunniteltiin esimerkiksi fysioterapiapalveluiden kohdentamista laadukkaana ja kuntouttavan lyhytaikaishoidon turvaamiseksi.

Työrukkasryhmässä keskusteltiin yhteistyöstä mm. fysioterapian, muistikoordinaattoreiden ja -neuvojan, lääkäreiden, laboratorion sekä kotihoidon kanssa. Kehittämisen kohteena oli asiakkaiden ohjautumisprosessi lyhytaikaishoitoon. Keskusteltiin parhaasta toimivasta mallista Taavinkodissa, kun tavoitteena oli joustavuus ja palvelun vastaaminen perheiden tarpeisiin. Rukkasryhmän tuotoksena koottiin avoimia kysymyksiä ja solmukohtia, joiden pohjalta suunnitteilla oli työpajan järjestäminen. Osastonhoitajan johdattamana tehtiin jokaisessa seurantaryhmän kokouksessa tilannekatsaus Taavinkodin muistipalvelukeskuksen kehittä-

miseen. Osastonhoitaja kertoi etenemisestä ja sen hetkisestä tilanteesta sekä esitti ongelmakohtia, joista toivoi yhteistä keskustelua. Osastonhoitaja kirjoitti artikkelin Taavinkodin muutosprosessista pitkäaikaishoidon yksiköstä muistisairaiden lyhytaikaishoidon yksiköksi (lue lisää: Kotsalo 2011).

### • Mikä on tilanne nyt?

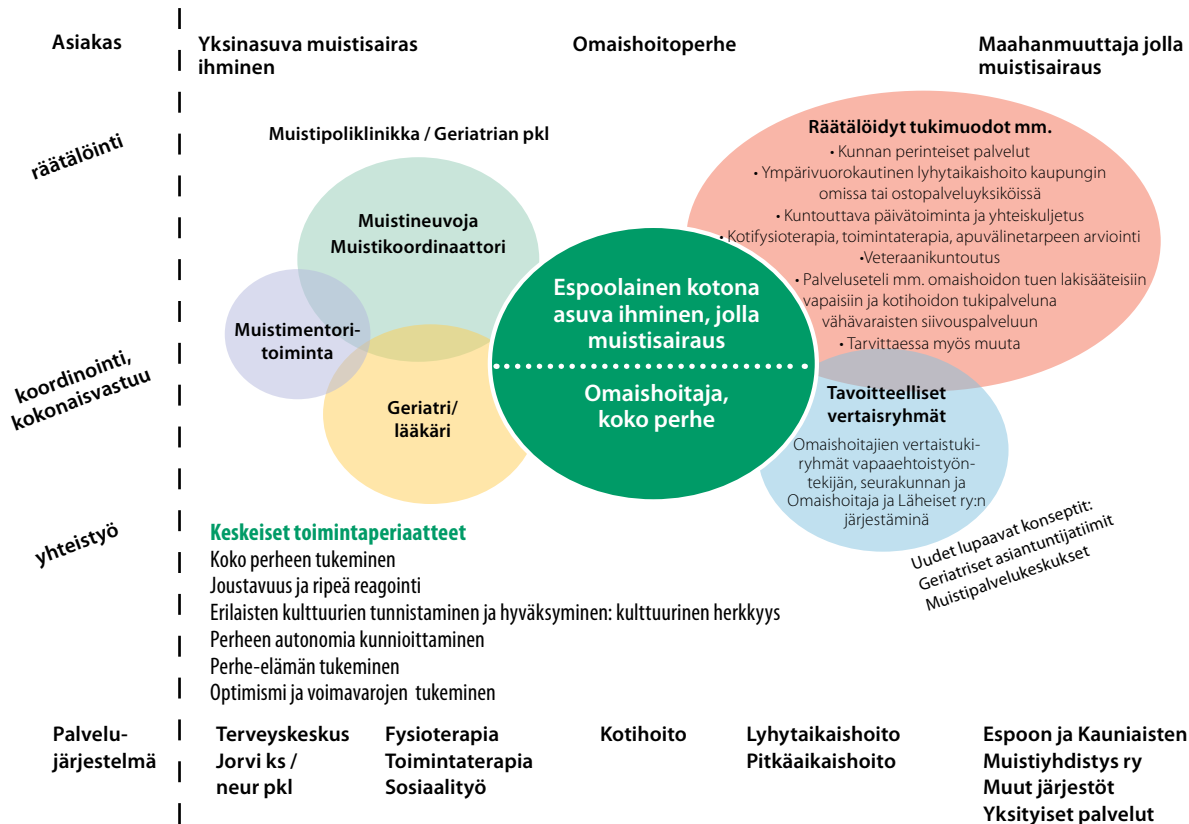
Työskentely Taavinkodissa pitkäaikaishoidon yksiköstä muistisairaahan ihmisen lyhytaikaishoidon yksiköksi on ollut tuloksellista ja edennyt innostuneesti koko henkilökunnan voimin. Mottona on ollut omaishoitajan antama evästyks: ”kuin tulisi omaan kotiin”. Osastonhoitajan tavoite oli viedä muutosta eteenpäin tukien koko henkilökunnan sitoutumista tulevaan toimintaan. Taavinkodin lyhytaikaishoito on saanut hyvää palautetta omaishoitajilta ja myös ulkopuolissa tarkastuksessa. Muistipalvelukeskustoiminnan kehittäminen jatkuu, ja seuraavaksi lähdetään käynnistämään puhelinneuvontapalvelua omaisille. Taavinkoti aloittaa Espoon ensimmäisenä muistipalvelukeskuksena.

### 4.1.3. Espoon eheämpi palvelukokonaisuus

Kuviossa 7 havainnollistetaan toimeenpanon tuotoksena Espoon malli. Malli kuvaa Espoon sovellusta muistikoordinaattoritoimintamallista yhdessä koko hoito- ja palveluketjun kanssa. Kuviossa korostuu muistikoordinaattoritoiminnan rooli tulkkinä ja linkkinä asiakkaan ja palvelujärjestelmän välillä.

Kysyimme tapaamisissa ja sähköpostitse työryhmiin osallistuneilta, muistimentoreilta ja seurantaryhmän omaisedustajalta näkemyksiä siitä, mitä Espoossa on tapahtunut muistisairaiden ihmisten hoidossa vuodesta 2007 alkaen tähän päivään saakka, sekä mikä toimeenpanoa on edistänyt ja mikä estänyt.

Vastausten mukaan Espoossa muistikoordinaattoritoi-



**Kuvio 7. Ideaalimallista Espoon malli (2011).**

minta oli selkeytynyt, toiminta tunnettiin yhä paremmin ja yhteistyö muistikoordinaattoreiden ja kotihoidon kesken oli lisääntynyt ja kehittynyt. Muistikoordinaattoritoiminnan koettiin tuoneen jatkuvuutta hoitoketjuun ja muistikoordinaattoreiden avulla kotona asumista pystyttiin tukemaan, mm. omaisten oikeanlaisella ohjauksella oli voitu välttää pitkäaikaishoitoon joutuminen ja oli pystytty tarjoamaan apua kriisitilanteissa. Useat vastaajista nostivat esille sen, että tiedon tarve muistisairauksista ja muistisairaiden ihmisten

hoidosta oli tunnistettu ja koulutusta oli saatu kentälle aiempaa enemmän. Koettiin, että osaaminen oli vahvistunut niin käytännön työntekijöillä kuin esimies- ja päällikkötasollakin. Osaamisen vahvistuttua esimerkiksi varhainen puuttuminen asiakkaiden tilanteisiin oli helpottunut. Muistioireita tunnistettiin yhä paremmin ja perheet tavoitettiin aikaisemmin. Muistisairaiden hoitoa oli keskitetty tiettyihin yksiköihin ns. sekaosastojen sijaan. Muistipalvelukeskuksen kehittämistä pidettiin erittäin hyvänä hankkeena. Muisti-

sairaiden hoitoon oli yleisesti alettu kiinnittää enemmän huomiota, vaikka konkreettiset parannukset olivat ehkä vielä vähäisiä.

Toisaalta vastaajat tunnistivat myös asioita, jotka eivät olleet muuttuneet tai muutosta oli tapahtunut huonompaan suuntaan. Tällaisina mainittiin mm. kotihoidon palveluiden ”kohdentaminen” ja tiukentaminen sekä se, että terveys- asemien palvelut olivat entisestään heikentyneet, jolloin muistisairas joutui odottamaan pitkään pääsyä lääkärille ja odotusaikana sairaus saattoi pahentua niin, että jouduttiinkin sairaalahoitoon. Ympäri vuorokautisen lyhytaikaishoidon ja päivätoiminnan saatavuudesta vastaajilla oli erilaisia näkemyksiä. Osa oli sitä mieltä, että lyhytaikaishoidon jaksoja tai päivätoimintaa sai aikaisempaa paremmin ja näin omaisten jaksamista oli voitu tukea. Osa vastaajista taas koki, että ympärivuorokautista lyhytaikaishoitoa ja muistisairaiden päivätoimintaa oli vähennetty.

Espoon toimeenpanoa edistäneet ja estäneet tekijät on koottu taulukkoon 5.

Yhteenveto: Espoossa panostettiin vuosina 2008–2011 vahvasti muistikoordinaattoreiden työn kohdentamiseen, muistikoordinaattoritoiminnan juurruttamiseen koko hoito- ja palveluketjuun sekä koko hoito- ja palveluketjun toimijoiden keskinäisen yhteistyön vahvistamiseen. Näissä saavutettiin tuloksia. Muistikoordinaattoritoiminta tuli yhä tutummaksi toimijoille. Vahvana juurruttamisen tukena olivat vuonna 2009 julkaistu Espoon Ikääntymispoliittinen ohjelma, osaavat muistiammattilaiset ja aktiiviset muut toimijat. Uusina lupaavina toimintamalleina Espoossa ovat mm. tulevat muistipalvelukeskukset sekä geriatriset asiantuntijatit, joiden aloittamista myös Kotona Paras -projektin aikana usein sivuttiin. Näiltä odotetaan paljon. Keskeisenä juurruttamishaasteena on organisaation laajuus monine toimijoinen. Toimeenpanon käynnistysvaihe on aikaa vievää ja ponnistuksia vaativaa suuressa organisaatiossa. Kunkin kehittämiskohteen avainhenkilöiden saaminen

**Taulukko 5. Espoon toimeenpanoa edistäneet ja estäneet tai hidastaneet tekijät**

Osa-alue	Edistävät tekijät	Estävät tai hidastavat tekijät
<b>Johtaminen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Johdon sitoutuminen</li> <li>• Espoon ikääntymispoliittinen ohjelma 2009–2015</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoitoketjun päivittämisen viivästyminen</li> <li>• Työnohjauksen puuttuminen</li> </ul>
<b>Palvelujärjestelmä</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uudet toimintamallit kuten muistimentoritoiminta, hoidonjärjestelijöiden toiminta, muistikoordinaattoritoiminta</li> <li>• Uusien yksikköjen perustaminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vähäiset ja vaihtuvat henkilöstöresurssit</li> <li>• Organisaation laajuus ja hitaus</li> <li>• Jonot, ylipaikat</li> </ul>
<b>Koulutus, osaaminen, yhteistyö</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Koulutukset muistisairaiden ihmisten hoidosta</li> <li>• Yhteistyön lisääntyminen, toimijat tuntevat toisensa ja työnkuvat</li> <li>• Kotona Paras ja Mielen Muutos -projektien tuki</li> <li>• Projektit järjestäneet yhteisiä kokouksia / tilaisuuksia, joissa johto ja päälliköt kuuntelevat ruohonjuuritason näkemyksiä</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Säännölliset koulutukset muistisairauksista ja hoidosta puuttuvat</li> <li>• Se, että eri toimialueet eivät löydä yhteistä näkemystä hyvistä käytännöistä</li> </ul>
<b>Yleinen tilanne</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vanhusten hoidon yleinen tilanne, kun hoidettavien määrä lisääntyy ja resurssit ovat niukat</li> <li>• Palkkaus</li> </ul>

suuressa organisaatiossa saman pöydän ääreen on sekin saavutus. Tässä onnistuttiin pääosin. Hyväkin asia kohtaa vastarintaa, jos kehittäminen koetaan pienen piirin puuhasteluksi. Kotona Paras -projektin aikana Espoossa järjestettiin 75 tapaamista, koulutusta tai vastaavaa tapahtumaa. Niiden yhteinen osallistujamäärä oli 926. Sen lisäksi oli kuntakumppanin kanssa yhteisiä tilaisuuksia, kuten muistimentorikoulutus ja yhteiset työpajat. Näitä tapaamisia oli yhteensä 16, ja niissä osallistujia yhteensä 222.

## 4.2. Sodankylän toimeenpano

Seuraavassa kuvataan Sodankylän toimeenpanoa muistisairaiden ihmisten kotona asumisen tukemiseksi vuodesta 2005 vuoteen 2011 asti. Muistisairaiden ihmisten hoidon ja palvelujen kehittämiseen on panostettu Sodankylässä pitkään, ja kehittämistyötä on tehty useissa eri hankkeissa. Vanhustyössä on katsottu, että jatkuva hankemutoinen työ tukee erinomaisesti palvelujen kehittämistä ja henkilökunnan kouluttamista.

### 4.2.1. Muistikoordinaattoritoiminnan suunnittelu ja käynnistäminen 2005–2007

Vuonna 2005 Sodankylään saatiin geriattrin virka. Samanlaisesti käynnistyi Vanhusneuvola -hanke, jonka tärkeimpänä toimintamuotona oli ikäihmisten muistineuvola- ja muistivastaanotto toiminta. Nykyinen vanhustyön johtaja toimi hankevastaavana, ja hanketyöntekijäksi palkattiin muistihoitaja. He yhdessä geriattrin ja muiden yhteistyötahojen kanssa suunnittelivat ja kehittivät toimintaa sekä kiersivät lähes kaikki kunnan sivukylät ja järjestivät isoja koulutustilaisuuksia. Muistineuvolan tavoitteena oli asiakkaan muistisairauden mahdollisimman varhainen tunnistaminen, diagnostiikka, hoito ja seuranta. Muistineuvolan toimintaan kuului omaisten yksilöllinen ja laaja-alainen tukeminen ja neuvonta. Hankkeessa tuotettiin tietoa monille toimijoille ja järjestettiin pitempikestoisen dementia koulutus Sodankylän kunnan sekä lähikuntien vanhustyön toimijoille. Samoin mallinnettiin muistisairaalan tutkimus-, hoito- ja kuntoutusprosessi, joka on edelleen käytössä.

Vanhusneuvola -hankkeen päätyttyä vuonna 2007 muistineuvolatoiminta jatkui kunnan omana toimintana, ja kuntaan saatiin vakituinen muistihoitajan toimi. Muistihoitajalla on hyvin laaja toimenkuva, ja muistihoitaja toimii myös muistikoordinaattorina. Hän kouluttaa henkilökuntaa ja yhteistyötahoja sekä toimii asiantuntijajäsenenä eri työryh-

missä. Kun Vanhustyön keskusliiton Omaishoito yhteistyönä -interventiotutkimuksen tulokset julkaistiin loppuvuodesta 2006, muistineuvolan toimintaa ja muistihoitajan toimenkuvaa edelleen kehitettiin tulosten pohjalta.

Sodankylän kunnan vuonna 2010 päivitettyyn ikään-tympoliittiseen strategiaan Ikääntymispoliittinen strategia - Hyvään vanhuuteen Sodankylässä vuosille 2010–2018 on kirjattu, että vanhustyön kehittämisessä ja resurssien kohdentamisessa otetaan huomioon muistisairauksien lisääntyminen. Lyhyen tähtäimen tavoitteiksi oli kirjattu ikäihmisen kotona asumisen tukeminen, työn sisällön kehittäminen sekä se, että vanhustyö on asiakaslähtöistä, kustannustehokasta ja omatoimisuutta tukevaa. Muistisairaiden ihmisten hoidon tavoitteena on varhaisen diagnoosin saaminen, mahdollisuus päästä nykyisen hoidon piiriin, kotona asumisen ja itsenäisen toimintakyvyn turvaaminen mahdollisimman pitkään ja tukipalveluiden avulla kotihoidon ja laitoshoidon aloittamisen siirtäminen. Ennaltaehkäisevään työhön ja omaisten tukemiseen panostetaan.

Taulukossa 6 on Sodankylän sovellus muistikoordinaattoritoimintamallista. Se kuvaa Vanhustyön keskusliiton Omaishoito yhteistyönä -tukimallin pääelementtien toteutumista pääpiirteissään Sodankylän toimintaympäristössä Kotona Paras -projektin aikana.

### 4.2.2. Toiminnan juurruttaminen 2008–2011

Kotona Paras -projekti alkoi vuonna 2008 yhteistyössä Suomen muistiasiantuntijat ry:n, Sodankylän ja Espoon kanssa. Projektissa juurrutettiin muistikoordinaattoritoimintaa ja edelleen kehitettiin koko hoito- ja palveluketjua kotona asumista tukevaksi. Projektin aikana kunta kehitti muistisairaiden ihmisten hoitoa ja palveluja ikääntymispoliittisen strategiansa mukaisesti, ja projekti tuki tätä työtä.

#### Juuruttamisen aloittaminen

Päätoimija oli Sodankylän vanhustyö ja sen vanhustyön

**Taulukko 6. Sodankylän sovellus muistikoordinaattori-toimintamallista.**

<b>Päälle- mentti</b>	<b>Sodankylän sovellus</b>
<b>Muistikoordi- naattori</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yksi muistihoitaja / muistikoordinaattori</li> <li>• Noin 120 yksin tai omaisen kanssa asuvaa asiakasta</li> <li>• Tarpeen/tilanteen määrittäminen, palvelujen koordinoiminen, asiakkaan asianajajana toimiminen</li> <li>• Joustava työaika</li> </ul>
<b>Geriatrit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnostiset selvittelyt, diagnoosin asettaminen ja hoidon suunnittelu</li> <li>• Jatkoseuranta yksilöllisen suunnitelman mukaan, yleensä puolivuosisittain</li> <li>• Geriatriintarkastus ja yksilöllinen hoito- ja kuntoutussuunnitelma myös omaisille heidän niin halutessaan</li> </ul>
<b>Räätälöidyt tukimuodot</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kunnan perinteiset palvelut</li> <li>• Yksilö- ja ryhmäfyysioterapia, apuvälinepalvelu, tarvittaessa kotikäynnit</li> <li>• Ikäihmisten kuntoneuvola, myös omaisille</li> <li>• Veteraanikuntoutus</li> <li>• Päiväpalvelutoiminta (=muistikuntoutusryhmät) ja päiväpalvelukuljetus</li> <li>• Loma- ja intervallihoidot, läheisloimitus</li> <li>• Tarvittaessa myös muuta</li> </ul>
<b>Tavoitteelliset vertaisryhmät</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Omaishoitajien vertaistapaamiset</li> <li>• Koulutustilaisuuksien järjestäminen</li> </ul>
<b>Periaatteet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Koko perheen tukeminen</li> <li>• Joustavuus ja ripeä reagoiminen</li> <li>• Erilaisten kulttuurien tunnistaminen ja hyväksyminen: kulttuurinen herkkyyden kehittäminen</li> <li>• Perheen ja autonomian kunnioittaminen ja yhteistyön kehittäminen</li> <li>• Perhe-elämän tukeminen</li> <li>• Optimismi ja voimavarojen tukeminen</li> <li>• Ko. periaatteiden jatkuva pohdinta ja huomioiminen omassa työssä</li> </ul>

johtaja. Projektin alkuvaiheessa nimettiin kuntakohtainen seurantaryhmä, johon koottiin edustus kaikista niistä tahoista, jotka ovat keskeisiä muistisairaana ihmisen kotona asumisen tukemisessa Sodankylässä. Seurantaryhmän jäsenet olivat avaintoimijoita ja suunnittelivat ja ohjasivat

toimeenpanon toteutusta ja etenemistä. Seurantaryhmän puheenjohtajana toimi vanhustyön johtaja, joka oli koko prosessin ajan aktiivisesti mukana ja vetämässä Sodankylän toimeenpanoa kokonaisuudessaan. Seurantaryhmän jäseniä olivat omaishoitaja, geriatrit, muistihoitaja/muistikoordinaattori, perusturvajohtaja, fysioterapeutti, osastonhoitajat kotihoidosta, terveyskeskuksen vuodeosastolta ja tehostetun palveluasumisen yksiköistä sekä projektityöntekijät. Seurantaryhmään kuului projektin yhteistyökumppaneiden, Vanhustyön keskusliiton ja Helsingin yliopiston Koulutus- ja kehittämiskeskus Palmenian, edustajat. Lisäksi tarpeen mukaan kutsuttiin asiantuntijoita. Seurantaryhmä kokoontui kolme kertaa vuodessa, ja kaikkiaan kokouksia oli yhdeksän. Ensimmäinen seurantaryhmän kokous oli helmikuussa 2009 ja viimeinen syyskuussa 2011. Toinen keskeinen toimeenpanijaryhmä oli Sodankylän paikallinen työryhmä, johon kuului esimiehiä, työntekijöitä ja omaisedustajia, osin samoja henkilöitä kuin seurantaryhmässä mutta myös muita toimijoita. Keskeisenä jäsenenä molemmissa ryhmissä oli omaisedustaja. Omaisen oli asiantuntija, joka tuotti tietoa omakohtaisista kokemuksistaan käsin ja osallistui ryhmään tasavertaisena toimijana.

## **Nykytilan selvittäminen**

### **Tiedonkeruu**

Nykytilan tiedonkeruu alkoi Sodankylässä alkuvuodesta 2009, ja sitä jatkettiin loppukevääseen 2009 saakka. Tavoitteena oli tunnistaa nykyisen toiminnan vahvuudet ja keskeiset kehittämiskohteet ja samalla vahvistaa edellytyksiä uuden tiedon juurruttamiselle. Tavoitteena oli koko hoito- ja palveluketjun kehittäminen kokonaisuudessaan ja sen vuoksi nykytilaa selvitettiin koko ketjun osalta. Keskusteluissa selvitettiin, miten muistisairaana ihmisen kotona asumista tuetaan Sodankylässä tällä hetkellä. Haastattelujen pohjana oli Muistisai-

rauksien hyvät hoitokäytännöt -asiantuntijasuosituksen 14 kohdasta tehty tiedonkeruutaulukko (liite 3). Selvitettiin, miten kukin suosituksen kohta toteutuu haastateltavan sodankyläläisen työntekijän tai yksikön näkökulmasta ja mitkä ovat siihen liittyvät kehittämishaasteet. Projektityöntekijät toimivat tiedonkerääjinä.

Muistineuvolan näkökulma oli tarkastelussa keskeinen. Ensimmäiset muistihoidajat, geriatri ja vanhustyön johtaja kokosivat työpöydän. Työpöytä toimi taustapaperina muissa keskusteluissa. Keskusteluja käytiin muististaan huolestuneita ja muistisairaita ihmisiä työssään kohtaavien toimijoiden kanssa ryhmittäin: kotihoito, tehostettu palveluasuminen, terveyskeskuksen vuodeosasto, fysioterapia, sosiaalityö, Lapin keskussairaalan neurologian poliklinikka ja Lapin Muistiyhdistys ry. Keskusteluihin osallistui 29 henkilöä seurantaryhmän lisäksi.

Lisäksi projektityöntekijät keräsivät nykytilan tietoa (liite 4) Sodankylän yleisiltä palvelujen tarjoajilta, kuten Kelasta, postista ja taksiryöstäjältä sekä eläkeläis- ja veteraanijärjestöiltä ja kansalais- ja potilasjärjestöiltä. Kiinnostuksena oli selvittää, millaisissa tilanteissa palvelujen tarjoajat ja yhdistysten edustajat kohtaavat muistisairaita ihmisiä, miten heidän näkökulmastaan muistipotilaiden hoito toteutuu tällä hetkellä ja mitä pitäisi kehittää muistisairaiden kotona asumisen turvaamiseksi. Samalla levitettiin tietoa projektista. Yhteystietoja oli yhteensä 47. Puhelimitse tavoitettiin 42, ja vastauksia saatiin 12 taholta tai toimijalta. Lisäksi nykytilan kuvauksessa aineistona olivat Sodankylän vanhustyön ohjelma ja Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet.

Nykytilan tiedonkeruusta tehtiin työraportit, ja ne tuotiin seurantaryhmän kokoukseen toukokuussa 2009. Sen pohjalta käytiin erittäin vilkasta keskustelua. Työraportti antoi kattavan näkymän siihen, miten asiat lähtötilanteessa olivat, ja se nosti esille konkreettisia asioita keskustelujen ja jatkotoimenpiteiden pohjaksi.

## Vahvuudet ja pullonkaulat

Nykykäytännöistä tunnistettiin paljon hyviä ja myös suositusten mukaisia käytäntöjä. Vanhusneuvola -hankkeessa oli luotu hyviä pysyviä käytäntöjä, joita oli edelleen kehitetty. Kunnassa oli aktiivinen muistihoidaja/koordinaattori ja geriatri -työpari, ja heillä oli toimiva yhteistyö ja vahvaa erityisosaamista. Muistisairaiden tutkimus- ja hoitoprosessi oli mallinnettu, ja muistipotilaiden diagnosointi tehtiin Käypä hoito -suositusten mukaisesti. Työntekijöiden osaamiseen oli panostettu: muistihoidaja ja geriatri kouluttivat muita toimijoita, ja konsultaatiomahdollisuudet toimivat sujuvasti. Työntekijöiden osaaminen eri yksiköissä oli vahvaa; esimerkiksi muistioireet tunnistettiin hyvin. Vanhusneuvola -hankkeen aikana oli tiedotettu ja koulutettu muistisairauksista ja niiden ennaltaehkäisystä myös avoimissa tilaisuuksissa hyvin tuloksin: toimijoiden mielestä muistisairauksiin suhtautuminen oli muuttunut ja kynnys muistitutkimuksiin madaltunut.

Kehittämishaasteiksi tunnistettiin mm. henkilöstön osaamisen säännöllinen päivittäminen, resurssien ja geriatrisen osaamisen jatkuvuuden turvaaminen, yhteistyön ja työnjaon kehittäminen eri toimijoiden kesken (myös järjestöt, eri hallintokunnat, vapaaehtoistyöntekijät ja yrittäjät), ensitiedon ja vertaistuen kehittäminen säännöllisemmäksi ja systemaattisemmaksi, erilaisten hoitomuotojen kehittäminen (lomahoito, kriisihoito ja yöpartio toiminta), saamelaisväestön erityistarpeiden huomioiminen, hoito- ja kuntoutussuunnitelman kehittäminen, muistipotilaiden säännöllisen seurannan turvaaminen sekä muistihoidajan /koordinaattorin toimenkuvan kehittäminen ja toiminnan turvaaminen tulevaisuudessa. Vanhusneuvola -hankkeen aikana kehitettyjen toimivaksi todettujen toimintamallien juurtumisen ja vakiintumisen uhkana pidettiin resurssien niukkuutta.

## Kehittämiskohteet

Sodankylän seurantaryhmän paikalliset toimijat kokoon-  
tuivat joulukuussa 2009 keskustelemaan nykytilan selvityk-  
sen perusteella Sodankylän keskeisistä kehittämiskohteista,  
joissa tavoitellaan muutosta parempaa projektin aikana.  
Kehittämiskohteet valittiin peilaamalla nykytilaa ajantasai-  
seen tutkimus- ja suositustietoon, Omaishoito yhteistyönä  
-tukimalliin ja Muistisairauksien hyvät hoitokäytännöt -asian-  
tuntijasuosituksen. Työryhmä valitsi neljä kehittämiskoh-  
detta, jotka olivat:

- 1) Omaishoitajien tukeminen
- 2) Yksin asuvan muistisairaana kotona asumisen tukeminen
- 3) Saamelaisten muistisairaiden ja vanhusten asemaan  
perehtyminen
- 4) Poliittisiin päätäjiin vaikuttaminen

Keskeisimmäksi tarpeeksi nähtiin panostaminen räätälöi-  
tyihin palveluihin, jotta voitaisiin entistä paremmin vastata  
asiakkaan ja perheen yksilöllisiin tarpeisiin. Sodankylässä  
tähän erityisiä haasteita tuo mm. se, että monet ikääntyneet  
asuvat sivukylissä, ja matkat sivukylien kesken tai sivukyliltä  
kirkonkylälle ovat pitkät. Esimerkiksi terveyskeskukseen voi  
olla yli 100 kilometriä. Lisäksi oman haasteensa tuo alueen  
monikulttuurisuus. Saamelaisten osuus koko väestössä on  
noin 6 %.

Kehittämiskohteista käytiin perusteellista keskustelua  
seurantaryhmässä, projektin ohjausryhmässä sekä Espoon  
ja Sodankylän yhteisessä työpajassa. Tärkeäksi nähtiin  
olemassa olevien resurssien mahdollisimman tehokas  
hyödyntäminen ja toimijoiden välinen yhteistyö (vanhustyö,  
perusterveydenhuolto, sosiaalityö, muut toimialat, järjestöt,  
vapaaehtoistyöntekijät, yrittäjät).

## Työryhmä ja työskentelymenetelmä

Sodankylässä ei nähty tarkoituksenmukaiseksi, että jokai-

seen kehittämiskohteeseen olisi koottu oma työryhmänsä.  
Pienessä kunnassa se olisi tarkoittanut samojen ihmisten  
kuormittamista useilla eri työryhmillä. Sen sijaan kaikkia  
kehittämiskohteita työstettiin samassa työryhmässä, johon  
tarvittaessa kutsuttiin asiantuntijoita. Työryhmään kuului  
omaisten edustaja, vanhustyön työntekijöitä ja esimie-  
hiä sekä tarpeen mukaan projektityöntekijät. Työryhmän  
puheenjohtajana toimi vanhustyön johtaja ja sihteerinä  
kotihoidon osastonhoitaja. Työryhmä kokoontui aina  
kahdesti sekä kevät- että syyskaudella noin kolme tuntia  
kerrallaan. Kokoontumisia oli yhdeksän, ja toimijoita 52.

Kehittämiskohteiden työstämiseen oli ehdolla useita  
työskentelymenetelmiä. Sodankylässä valittiin 10 askelta-  
menetelmä, jonka ohjaamana työskentely eteni tavoitteel-  
lisesti ja systemaattisesti (lue lisää: Mukku ym. 2011). Kehit-  
tämiskohteiden valitsemisen jälkeen määriteltiin kunkin  
kehittämiskohteen tavoitetilä ja onnistumisen kriteerit sekä  
laadittiin toimintasuunnitelma. Toimintasuunnitelmaa tehtä-  
essä sovittiin toimenpiteistä sekä niiden aikataulusta ja  
vastuuhenkilöistä. Kun sovittuja toimenpiteitä oli toimeen-  
pantu, välillä kokoonnuttiin tarkistamaan, missä kunkin  
kehittämiskohteen suhteen menttiin: mitä oli tehty, mikä  
ei ole onnistunut, mitä vielä pitäisi tai voitaisiin tehdä jne.  
Viimeiseksi saavutettuja tuloksia peilattiin tavoitetilaan ja  
onnistumisen kriteereihin.

## Työskentely kehittämiskohteissa

### 1) Omaishoitajien tukeminen

Tässä kehittämiskohteessa tavoitteena oli, että muistisai-  
raiden ihmisten omaishoitajilla ja omaisilla on tietoa siitä,  
minkälaisia palveluja heidän tilanteessaan on käytettävissä  
ja miten niitä saadaan, ja että tarjolla on tietoa ja koulutusta  
muistisairauksista. Lisäksi tavoitteena oli tukea omaishoita-  
jien mahdollisuuksia omaan aikaan ja vertaistukeen.



## • Mitä tehtiin?

Työryhmässä sovittiin ikäihmisten palveluoppaan päivittämisestä sekä avoimien yleisötilaisuuksien järjestämisestä ja lehti-artikkeleiden kirjoittamisesta tiedon välittämiseksi muistisairauksista. Keskusteltiin muistihoidajan yhteydenotoista muistisairaiden kotiin huomioiden työnjako kotihoidon kanssa ja myös muistimentoreiden osaamisen hyödyntäminen.

Työryhmässä keskusteltiin muistihoidajan toiminnan turvaamisesta ja toimenkuvan kehittämistä. Kunnassa oli kokopäiväinen muistihoidajan toimi, mutta nykyinen muistihoidaja teki osa-aikaista työaika ja oli siirtymässä eläkkeelle lähivuosien aikana. Muistihoidajan toimen toista puolikasta saatiin tekemään terveydenhoitaja kotihoidosta. Työryhmässä keskusteltiin kahden muistihoidajan välisestä työnjaosta sekä tiedon levittämisestä uudesta muistihoidajasta myös kuntalaisille. Uusi muistihoidaja osallistui Muistiasiantuntijan Diploma -koulutukseen saadakseen lisää valmiuksia muistihoidajan tehtäviin.

Lomahoitoa tehostetun palveluasumisen yksiköissä, terveyskeskuksen vuodeosastolla ja läheislomituksena haluttiin kehittää. Sovittiin nykytilanteen kartoituksesta ja säännöllisistä suunnittelupalavereista kehittämistyön eteenpäinviemiseksi. Omaishoitajien vapaiden järjestämiseksi haluttiin löytää myös uusia toimintatapoja ja toimijoita, esimerkiksi lomahoidon järjestäminen palvelusetelitoimintana ja perhepäivähoitomallin valmistelun aloittaminen. Sodankylässä seurakunta järjestää omaishoitajien vertaistapaamisia. Lisäksi Lapin muistiyhdistyksellä oli alkamassa hanke vertaistoiminnan kehittämistä. Sodankylän muistihoidajat kuuluivat hankkeen ohjausryhmään, ja suunniteltiin, mitä mahdollisuuksia tämä hanke voisi tuoda Sodankylään.

## • Mikä on tilanne nyt?

Päivitetty palveluopas jaettiin jokaiselle yli 65-vuotiaalle

kuntalaiselle kotiin. Koulutustilaisuuksia sekä omaishoitajille että kaikille asiasta kiinnostuneille kuntalaisille voitiin järjestää useita. Näissä aiheina olivat mm. arjen merkitys ikääntyneelle, käyttösoireet, parisuhde ja seksuaalisuus sekä ravitsemuksen merkitys ikääntyessä.

Omaishoitajien vapaiden järjestämiseksi ja loma- ja intervallihoidon kehittämiseksi on pidetty säännöllisesti kaksi kertaa vuodessa moniammatillisia kokoontumisia. Kokoontumisissa on etsitty kullekin lomahoitoa tarvitsevalle perheelle paras mahdollinen ratkaisu ja myös seurattu ja arvioitu omaishoitajien palveluita. Lomahoito on saanut omaishoitoperheiltä hyvää palautetta mm. joustavista toimintatavoista, hyvästä ja virkistävästä hoidosta ja henkilökunnan ystävällisyydestä ja ymmärtävyydestä. Omaishoitajien lakisääteisten vapaa-päivien / intervallihoitopäivien toteutuminen tehostetussa palveluasumisessa, läheislomituksena ja palvelusetelillä on otettu vanhustyön tuloskortin yhdeksi mittariksi.

Yhteistyö Lapin muistiyhdistyksen Lapin MuistiTuki-Verkosto -hankkeen kanssa eteni. Sodankyläläisiä vapaaehtoisia osallistui muistitukihenkilökoulutukseen, ja he ovat nyt käytettävissä tukihenkilöiksi muistisairaiden omaisille. Lisäksi hankkeessa koulutettiin vapaaehtoisia muistikavereita, jotka voivat olla perheen tukena esimerkiksi toimimalla muistisairaanharrastuskaverina, jotta omaishoitaja saa hetken omaa aikaa.

## 2) Yksin asuvan muistisairaana kotona asumisen tukeminen

Tässä kehittämiskohteessa tavoitteena oli saada uusia toimijoita yksin asuvan muistisairaana tueksi.

## • Mitä tehtiin?

Työryhmän keskusteluissa oli esillä useita mahdollisuuksia yksinasuvan kotona asumisen tukemiseen, kuten päiväpalvelutoiminnan turvaaminen, lomahoidon kehittäminen, teknologian hyödyntäminen sekä kylätyöntekijöiden ja

järjestöjen tarjoamat palvelut. Keskusteltiin vapaaehtoistyöstä ja erityisesti nuorten eläkeläisten aktivoimisesta vapaaehtoistyöhön sekä uusien yrittäjien löytämisestä ja esimerkiksi vanhustyön työntekijöiden rohkaisemisesta palveluseteliyrittäjiksi ryhtymiseen. 10 askelta -menetelmä tuki idearikasta työryhmää realististen tavoitteiden asettamisessa ja toimenpiteiden suunnittelussa. Päätettiin keskittyä ensisijaisesti siihen, että löydetään uusia hoiva- ja siivousalan yrittäjiä palveluseteliyrittäjiksi sekä saadaan sitoutettua mukaan järjestöjä ja vapaaehtoistyöntekijöitä. Sovittiin yrittäjiillän järjestämisestä, yhteistyöneuvottelutilaisuuden järjestämisestä kolmannen sektorin toimijoiden kanssa sekä yhteistyöstä Lapin muistiyhdistyksen vapaaehtoistointaan liittyvän hankkeen ja Vanhustenkotiyhdistyksen teknologiaan liittyvän hankkeen kanssa. Näiden lisäksi vietiin eteenpäin myös päiväpalvelutoiminnan turvaamista, ja geriatri ja muistihoitaja kävivät esittelemässä päiväpalvelutoimintaa lautakunnalle.

#### • Mikä on tilanne nyt?

Mahdollisuudet tukea yksin asuvan muistisairaana kotona asumista ovat kohentuneet. Sodankylän kunnassa on menossa eri tahojen rahoittamia hankkeita, joiden tavoitteena on sivukylillä asuvien ikääntyneiden kotona asumisen mahdollistuminen. Kunnan kehittämisjohtaja koordinoi hankkeiden yhteistyötä, ja vanhustyö on mukana yhtenä yhteistyökumppanina. Palveluseteliyrittäjiä on tällä hetkellä siivoustyöhön kolme ja lomahoidon järjestämiseen kaksi. Yhtään palvelusetelipäätöstä ei ole vielä kuitenkaan tehty. Syksyllä 2011 perusturvalautakunta muutti siivouspalvelusetelin tukipalveluseteliksi ja tarkisti myöntämiskriteerit. Päiväpalvelutoiminnassa osa ryhmien asiakkaista on liian huonokuntoisia hyötyäkseen ryhmän toiminnasta. Päiväpalvelun muistikuntoutusryhmiin on laadittu asiakkaaksi tulon kriteerit, ja suunnitelmissa on vuosina 2012–2013 perustaa

ns. päivähoitoryhmä kaikista huonokuntoisimmille vielä kotona omaishoitajan tukemana tai yksin asuville vanhuksille.

### 3) Saamelaisten muistisairaiden ja vanhusten asemaan perehtyminen

Tässä kehittämiskohteessa tavoitteena oli saamelaiskulttuurin huomioiminen saamelaisten muistisairaiden kotona asumisen tukemisessa ja yhteistyö saamenkielisten ja saamelaiskulttuurista tuntevien toimijoiden kanssa.

#### • Mitä tehtiin?

Työryhmässä keskusteltiin etupäässä kolmesta toimenpiteestä: ostopalvelujen hyödyntäminen muistitestiä tekemisessä saamenkielisille, saamenkielisen lähihoitajan ja kylätyöntekijän saaminen ja heidän työpanoksensa käytön suunnitteleminen sekä saamenkielisen materiaalin työstäminen. Työryhmän kokoukseen kutsuttiin saamelaiskulttuurin asiantuntija, joka piti alustuksen saamelaiskulttuurin vaikutuksesta muistisairaiden ihmisten hoidossa. Alustuksen jälkeen keskusteltiin yhteisesti saamelaisten muistisairaiden ihmisten tarpeista Sodankylässä sekä tärkeistä yhteistyötahoista.

#### • Mikä on tilanne nyt?

Saamelaisten muistisairaiden ja vanhusten asemaan perehtymiseksi kuultiin saamelaisten tarpeita kotona asumisen mahdollistamisesta kylätapaamisessa Vuotsossa. Saamelaiskäräjiltä saatiin määräraha saamenkielisen lähihoitajan palkkaamiseen, ja hänen työpanoksensa suuntaamisesta ja yhteistyöstä on sovittu. Saamenkielinen lähihoitaja antaa hoivapalveluja Vuotson alueelle erillisen suunnitelman mukaisesti. Nyt haetaan määrärahaa saamenkielisen kylätyöntekijän palkkaamiseen Vuotson alueelle vuodeksi 2012.

#### 4) Poliittisiin päättäjiin vaikuttaminen

Tässä kehittämiskohteessa tavoitteena oli löytää uusia foorumeja tiedottamiselle ja yhteistyölle ja turvata säännöllinen toiminta näillä foorumeilla.

##### • Mitä tehtiin?

Poliittisiin päättäjiin vaikuttamiseksi työryhmässä keskusteltiin erilaisista toimenpiteistä. Tärkeäksi nähtiin tiedottaminen, päättäjien kutsuminen erilaisiin tilaisuuksiin ja tiedotustilaisuuksien järjestäminen ikääntymispoliittisesta strategiasta. Sompio-lehden kanssa sovittiin, että lehdessä julkaistaan kirjoitus vanhustyön teemoista kahdesta neljään kertaa vuodessa.

Sodankylässä oli hyviä kokemuksia edellisen vuoden vanhusten viikolta, jolloin järjestettiin kuntalaisfoorumi, jossa asiantuntijapaneeli vastasi kuntalaisten kysymyksiin. Vuorovaikutteisten tilaisuuksien järjestämistä vanhustyön teemoista suunniteltiin jatkettavan. Lisäksi ideoitiin myös ”vanhustyön johtajan aamukahvit” -tilaisuuksia, joihin hän kutsuisi poliittisia päättäjiä pari kertaa vuodessa keskustelemaan vanhustyön ajankohtaisista asioista, ja näin luotaisiin pohjaa poikkihallinnolliselle yhteistyölle.

##### • Mikä on tilanne nyt?

Vanhustyön tarpeita on saatu tiedoksi poliittisille päättäjille ja myös muille toimijoille. Paikallislehdissä on ollut säännöllisesti vanhustyötä esitteleviä artikkeleita, joissa on kirjoitettu mm. kotihoidosta ja tehostetun palveluasumisen yksiköstä. Ikäihmisten palveluita suunnittelevaan työryhmään on kutsuttu mukaan poliittisia päättäjiä, ja vanhustyön esimiehet ovat osallistuneet lautakuntatapaamisiin.

#### Osaamisen vahvistaminen

Kehittämiskohteissa työskentelyn ohella kunnan muistisairaiden ihmisten kotona asumista tukevaa osaamista vahvistettiin tarvelähtöisesti. Nykytilan selvitysten yhteydessä tuli esille koulutustarpeita, jotka myöhemmin täydentyivät työskentelyn edetessä kunnassa. Sodankylässä tärkeäksi nähtiin koulutusten järjestäminen paitsi ammattilaisille, myös omaishoitajille ja kaikille asiasta kiinnostuneille kuntalaisille. Useat koulutustilaisuudet olivatkin avoimia ja niitä markkinoitiin myös muihin Lapin kuntiin. Projektin aikana toteutettiin luentoja mm. kodin merkityksestä ja arjen tarpeista vanhuudessa, muistisairaana ihmisen hyvinvoinnin laaja-alaisesta tukemisesta sekä ikäihmisten ravitsemuksesta ja ravitsemuskuntoutuksesta. Omaishoitajille järjestettyjen tilaisuuksien aiheina olivat käytösoireiden hoito, parisuhde ja seksuaalisuus sekä ravitsemuksen merkitys ikääntyessä. Tarvelähtöisten koulutusten lisäksi osaamista vahvistaviksi koettiin myös monet muut toimenpiteet, kuten nykytilakeskustelut sekä yhteistyö ja keskustelut seuranta- ja työryhmissä.

Sodankylä järjesti omana toimintana pidempikestoisen, useita koulutustapahtumia sisältävän muistikoulutuksen vanhustyötä tekeville työntekijöille. Aikaisemmin Vanhuseuvola -hankkeessa oli toteutettu 10 opintopisteen laajuisen dementia-koulutus Sodankylän kunnan sekä lähikuntien vanhustyön toimijoille yhteistyössä Rovaniemen ammattikorkeakoulun (RAMK) kanssa. Nyt pidempikestoisen koulutuksen järjestäminen tuli uudelleen ajankohtaiseksi, kun kuntaan oli tullut paljon uusia työntekijöitä. Koulutus toteutettiin 8.9. - 1.12.2011 välisenä aikana. Geriatri ja muistihoitaja vastasivat koulutuksen suunnittelusta, ja se toteutettiin pääasiassa paikallisin voimin.

## Osaamisen jakaminen, esimerkkinä muistimentorointi

Sodankylässä oli alusta alkaen vahvaa kiinnostusta muistimentorointiin ja muistimentorikoulutukseen. Ammattitaitoisen ja sitoutuneen henkilökunnan (niin lääkärit kuin sairaan- ja lähihoitajatkin) saatavuus oli haasteellista. Kunnan hoitohenkilökunnassa varttuneemman henkilöstön osuus oli suuri (noin 50 % yli 50v.), ja vanhojen tapojen muuttaminen oli koettu ajoittain työlääksi. Kunnan muistiasiantuntijat, geriatri ja muistihoitaja, olivat monessa mukana, ja heille kertyi paljon ylitöitä. Lisäksi molemmat ovat siirtymässä eläkkeelle lähivuosina, ja geriatriin saaminen kuntaan myös tulevaisuudessa on melko epätodennäköistä. Koulutuksia muistisairaiden ihmisten hoidosta ja tukemisesta oli järjestetty paljon, mutta haasteena oli asioiden juurtuminen käytännön arkeen. Muistimentorointi nähtiin yhdeksi keinoksi vastata näihin haasteisiin.

Projektin järjestämään 1½-vuotiseen muistimentorikoulutukseen osallistui kymmenen sodankyläläistä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaista, ja heistä yhdeksän innostunutta muistimentoria suoritti koulutuksen loppuun. Kunnassa käytiin vilkasta keskustelua muistimentorikoulutukseen osallistuneiden tukemisesta mentoroivan työotteen jalkauttamiseksi ja juurruttamiseksi arjen toimintaan työyhteisöissä. Avainkysymyksenä oli, miten muistimentorit voivat soveltaa saamansa koulutuksen arkeen. Keskusteltiin siitä, kuinka kaiken uuden toiminnan sisään ajo usein ottaa oman aikansa. Työyhteisöltä voi tulla myös kova vastarinta. Paljon riippuu työyksikön kulttuurista: onko vallalla yksin tekemisen kulttuuri, miten hyödynnetään verkostoja ja kuullaan toista, ollaanko kiinnostuneita siitä mitä tapahtuu, ollaanko valmiita sekä antamaan yhteiseen hyvään että vastaanotamaan ja kysymään toisilta. Mentoroinnin toteutumisen todettiin edellyttävän sen ymmärtämistä työyhteisöissä, että mentorointi ei ole vaikeaa tai hienoa, vaan kyseessä on hyvin yksinkertainen, arkipäiväinen työtapo. Yhteistyössä

mietittiin parhaita mahdollisia keinoja tukea opiskelijoita mentoroinnin toteuttamisessa ja sen vakiinnuttamisessa. Keskusteltiin esimerkiksi projektityöntekijöiden konkreettisesta läsnäolosta ja jalkautumisesta työpaikoille. Johdon ja lähiesimiesten kiinnostus ja tuki todettiin keskeiseksi.

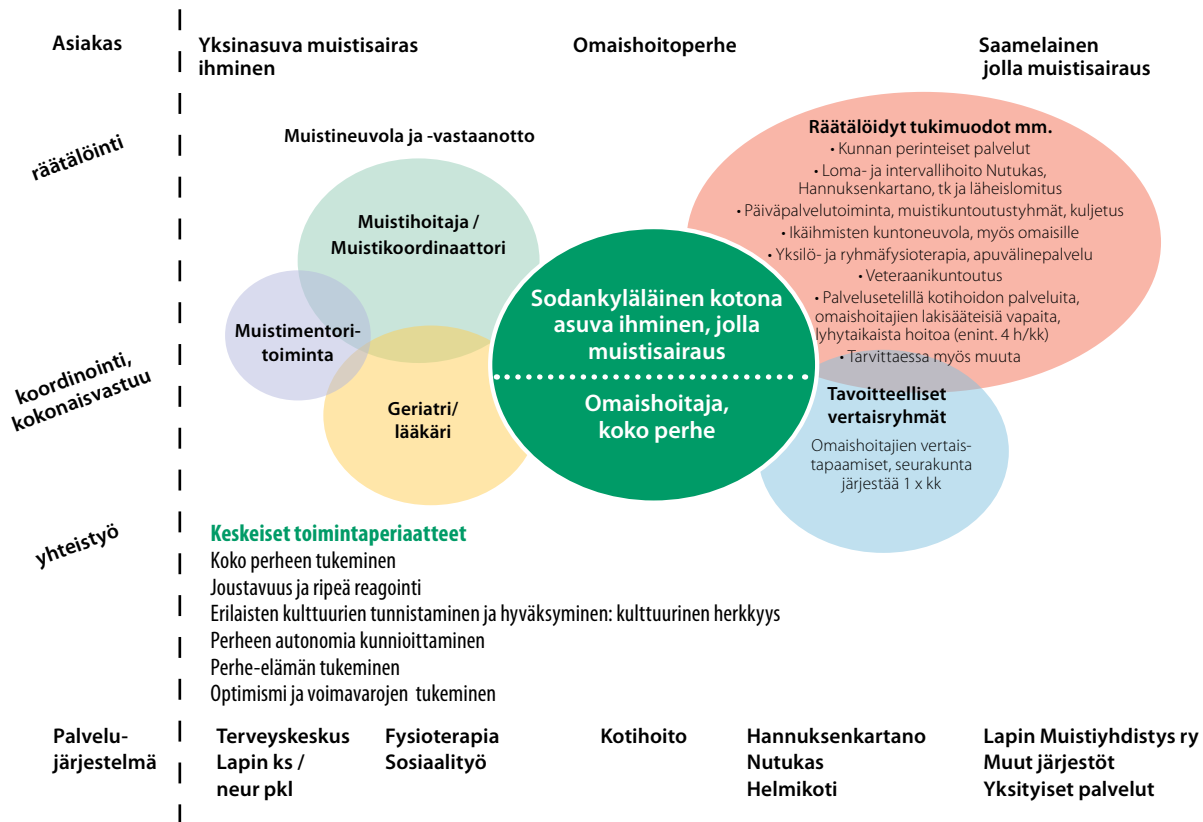
Muistimentoroinnin vakiinnuttamiseen tartuttiin myös mallintamalla mentorointia. Sodankylän kunnan muistimentorintimalli vanhustyössä tehtiin yhteistyössä Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen kanssa. Mallinnus koettiin hyväksi työtavaksi, sen koettiin selkiyttäneen asiaa ja etenkin mallinnusprosessin aikaisia yhteisiä tapaamisia ja keskusteluja pidettiin mentoroinnin juurtumisen kannalta erittäin tärkeitä. Mallinnustapaamisia oli kaikkiaan neljä, ja niissä osallistujia yhteensä 40. Kun malli saatiin valmiiksi, sen pohjalta käytiin yhteistä keskustelua eri työyksiköissä.

Kunnassa valittiin myös mentoroinnin vastuu- ja/tai yhdyshenkilö, joka mm. koordinoi mentoreiden keskinäisiä tapaamisia ja tiedottaa vanhustyön johtajalle, missä mentoroinnin toteutumisessa mennään. Mentoroinnin vakiintumisen tueksi kaivattiin myös konkreettisia välineitä. Tähän haasteeseen vastattiin projektissa kirjoittamalla pieni opas muistimentoreille.

### 4.2.3. Sodankylän eheämpi palvelukokonaisuus

Kuviossa 8 havainnollistetaan toimeenpanon tuotoksena Sodankylän malli. Malli kuvaa Sodankylän sovellusta muistikoordinaattoritoimintamallista yhdessä koko hoito- ja palveluketjun kanssa. Kuviossa korostuu muistikoordinaattoritoiminnan tulkkina ja linkkinä toimiminen asiakkaan ja palvelujärjestelmän välillä.

Kysyimme tapaamisissa ja sähköpostitse työryhmiin osallistuneilta, muistimentoreilta ja seurantaryhmän omaisedustajalta näkemyksiä siitä, mitä Sodankylässä on tapahtunut muistisairaiden ihmisten hoidossa vuodesta 2007 alkaen tähän päivään saakka, ja mikä toimeenpanoa



**Kuvio 8. Ideaalimallista Sodankylän malli (2011).**

on edistänyt ja mikä estänyt.

Vastausten mukaan Sodankylässä oli saatu aikaan useita konkreettisia parannuksia omaishoitoperheiden, yksinasuvien muistisairaiden ja saamelaiden muistisairaiden tukemiseksi. Tällaisia olivat esimerkiksi koulutustilaisuudet omaishoitajille, omaishoitajien vapaiden järjestämisen sekä loma- ja intervallihoidon kehittäminen sekä saamenkielisen lähihoitajan palkkaaminen ja hänen työpanoksensa käytön suunnittelu. Sodankylässä haluttiin saada myös muita toimijoita kotona asuvan muistisairaana ihmisen tueksi ja tehtiin aktiivisesti yhteistyötä mm. muistiyhdistyksen, saamelais-

käräjien, palveluseteliyrittäjien ja eri tahojen toteuttamien hankkeiden kanssa.

Sodankylän toimeenpanoa edistäneet ja estäneet tekijät on koottu taulukkoon 7.

Yhteenvedo: Sodankylässä panostettiin vuosina 2008–2011 vahvasti yksinasuvien ja omaishoitajien räätälöityihin palveluihin sekä niiden kehittämiseen. Toiminta oli tuloksellista. Projektissa tehty nykytilan kartoitus koettiin hyväksi ja tarpeelliseksi, ja nykytilasta keskusteltiin vilkkaasti ja tunteikkaastikin. Työryhmä lähti hyvälle kehittämistielle asiakkaiden tarpeista lähtien. Tähän vaikutti suuresti vanhus-

**Taulukko 7. Sodankylän toimeenpanoa edistäneet ja estäneet tai hidastaneet tekijät.**

Osa-alue	Edistävät tekijät	Estävät tai hidastavat tekijät
<b>Johtaminen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Johdon sitoutuminen ja sitkeys</li> <li>Esimiesten tuki</li> <li>Tavoitteellisuus, mm. 10 askelta menetelmän käyttö</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Työnohjauksen puute</li> </ul>
<b>Palvelu-järjestelmä</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Moniammatilliset käytännöt kuten SAS-työryhmä</li> <li>Muistiprosessin mallinnus Vanhusneuvola -hankkeessa</li> <li>Muistimentoroinnin mallinnus ja muistimentoreiden näkyminen esim. osastohoidossa</li> <li>Hyvä järjestelmä: neuvola, muistihoitaja/koordinaattori</li> <li>Geriatrit mukana, työpanos hoidossa ja kehittämisessä erittäin merkittävä</li> <li>Työntekijöiden työnjako, koordinaattorin työtehtävää on koulutuksen myötä voitu jakaa useammalle henkilölle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Henkilövaihdokset</li> <li>Sosiaalityön osaajan puuttuminen näky asioiden hoitamisessa, ja rajoittaa laatua</li> <li>Säästöt ja resurssien niukkuus, kun palvelujen tarve kiihtynyt</li> <li>Hoidon jatkuvuuden puute, resurssi- ja paikkapula</li> <li>Vuodeosastolla oleva muistisairas ei ehkä saa tarpeeksi muistihoitajan asiantuntevaa apua</li> <li>Osasto huono hoitopaikka muistisairaalle ihmiselle</li> <li>Aikaresurssit, työajan rajallisuus</li> <li>Lääkäreiden valtava vaihtuvuus, huoli osaamisesta muistisairauksien hoidossa, perehdytyksen merkitys</li> </ul>
<b>Koulutus, osaaminen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sitoutuneet ja asiantuntevat henkilöt avainpaikoilla (geriatri, muistihoitajat ja muut)</li> <li>Monipuoliset koulutustilaisuudet myös projektin aikana eri työntekijäryhmille</li> <li>Runsasta koulutusta (ehkä liikaakin?)</li> <li>Kaikki tilaisuudet ja tutustumiskäynnit vahvistavat osaamista</li> <li>Projektin yhteiset palaverit, sovittu uusista toiminnoista ja menettelytavoista</li> <li>Laaja-alainen tietotaito</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tietotaidon taso</li> <li>Kotona asuvan muistisairaana asioista tiedetään vähän, paljon salapoliisityötä</li> <li>Asenne, että vain oma tapa on oikea, toivotaan enemmän erilaisuuden hyväksymistä</li> <li>Sitoutumattomuus</li> </ul>
<b>Yhteistyö, ilmapiiri</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Yhteistyö eri toimialojen kesken, moniammatillinen porukka</li> <li>Innostuneisuus uuden kehittämiseen</li> <li>Hyvä ja rakentava ilmapiiri</li> <li>Kokenut, verkostoitunut, monialainen henkilöstö</li> <li>Ulkopuolinen ”hanke veto”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Yhteisten visioiden puute kehittäjillä ja muilla</li> <li>Tiedonkulun puute</li> <li>Väsyminen</li> <li>Ahdistuminen epätäydellisyydestä</li> </ul>
<b>Yleinen tilanne</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Suuret ja jatkuvat muutokset</li> <li>Päätäjien näkemykset</li> <li>Muistisairaiden asiaa ei nähdä tarpeeksi laajasti, vaikutukset taloudellisiin resursseihin ja ajoissa puuttumiseen</li> </ul>

työn johtajan toiminta, muistikoordinaattorin vahva sitoutuminen työhön ja geriatriin vankka tuki. Muistikoordinaattoritoimintaa juurrutettiin ja toimintaa kehitettiin sinnikkäästi. Keskusteluissa oli uskallusta katsoa peiliin ja arvioida juurruttamista edistävien lisäksi juurruttamisen estäjiä. Keskeisenä haasteena kunnassa on vanhussosiaalityön kehittäminen.

Kotona Paras -projektin aikana Sodankylässä järjestettiin 38 tapaamista, koulutusta tai muuta vastaavaa tilannetta. Niiden yhteinen osallistujamäärä oli 792. Sen lisäksi oli kuntakumppanin kanssa yhteisiä tilaisuuksia, kuten muistimentorikoulutus ja yhteiset työpajat. Näitä tapaamisia oli yhteensä 16, ja niissä osallistujia yhteensä 222.

## 5. Lopuksi

Tässä oppaassa kuvattiin Kotona Paras -toimeenpanomalli. Toimeenpanomalli on tehty lähes nelivuotisessa Kotona Paras -projektissa saatujen kokemusten pohjalta. Toimeenpanomalli selkeyttää ja yksinkertaistaa prosessia, jolla tuetaan muistisairaahan ihmisen ja hänen omaisensa terveyttä, hyvinvointia ja turvallisuutta edistävää arkielämää kotona. Lisäksi oppaassa kuvataan erikseen molempien kuntakumppanien, Espoon ja Sodankylän, toimeenpano. Niistä lukija saa kuvan kuntien pitkäjänteisestä ja sinnikkästä kehittämisprosessista ja myös siitä, että palapelin palaset eivät aina yrityksestä huolimatta loksahda paikalleen. Matkakakin on tärkeä ja jättää jälkensä myös kanssamatkustajiin.

Tässä oppaassa juurrutettava uusi käytäntö on muistikoordinaattoritoiminta, joka on monimuotoinen ja yksilöllisesti räätälöity tukitoiminta useine toimijoinen ja toimintatapoinen. Muistisairaahan ihmisen kotona asuminen edellyttää hyvin järjestettyjä ja helposti saatavia palveluja. Vanhustyön keskusliiton Omaishoito yhteistyönä -tutkimus osoitti, että palvelujen olemassaolosta huolimatta muistisairas ihminen ja hänen omaisensa eivät koe saavansa tarvitsemaansa apua. Tämä vaikeuttaa kotona asumista, heikentää elämänlaatua ja hyvinvointia. Muistikoordinaattoritoiminta on kansallisessa ja kansainvälisessä interventiotutkimuksessa vaikuttavaksi osoitettua toimintaa, jota suosittavat Muistisairauksien diagnostiikan ja lääkehoidon Käypä hoito -suositus sekä Muistisairauksien hyvät hoitokäytännöt -asiantuntija-suositus.

Muistikoordinaattoritoiminnan avulla palvelut ja tuki räätälöidään ammattitaitoisesti sekä suunnitellaan yhteistyössä asiakkaiden ja omaisten kanssa vastaamaan avun tarpeita. Mallin runkona ovat ammattitaitoinen muistikoordinaattori työparinaan geriatri, asiakaskohtaisesti räätälöidyt

tukimuodot ja tavoitteelliset vertaisryhmät. Muistikoordinaattoritoiminnan tukena tarvitaan palveluja, vahvaa ja eheää hoito- ja palveluketjua, avoimia keskusteluja sekä osaamisen vahvistamista ja jakamista.

Kotona Paras -projektissa käytiin lukuisia keskusteluja innostuneessa ja avoimessa ilmapiirissä. Erilaiset näkökannat olivat sallittuja. Asioista keskusteltiin välillä hyvin tunteenomaisesti. Näin pitää ollakin. Monet näkökannat rakentavat ja muovaavat palapelin palasia paikoilleen. Tunteella suhtautuminen kuvastaa muistisairaiden ihmisten hoidossa toimivien ammattilaisten sitoutumista työhön. Vaativa työ koetaan hyvin antoisaksi ja monipuoliseksi. Kaikista meistä ei liene muistisairaiden ihmisten auttajiksi. Kohtaamamme ammattitaitoiset ja osaavat muistiammattilaiset tekevät työtään suurella sydämellä. Tämän vuoksi heidän työnsä on välttämätöntä.

Muistikoordinaattoritoiminnan menestystekijät ovat muistikoordinaattorin ammatillinen osaaminen ja henkilökohtaiset ominaisuudet, toimiva ja selkeä hoitoketju, yhteistyö eri ammattiryhmien kanssa sekä asiakaslähtöinen, yksilöllinen ja kokonaisvaltainen toimintatapa. Muistikoordinaattoritoimintaa heikentävät muistikoordinaattorin järjestelmästä lähtöinen ja sairauskeskeinen toimintatapa, palvelujen ja muiden resurssien hyödyntämättä jättäminen, eritasoisten palvelujen puuttuminen, yhteistyön toimimattomuus ja muistikoordinaattorin toimenkuvan hajanaisuus. Keskeisenä toiminnan pullonkaulana nähdään yleisesti lääkäriavun saamisen hankaluus. Näistä asioista keskusteltiin myös kuntakumppanien kanssa. Yhteinen keskustelu vie asiassa eteenpäin ja lisää yhteisymmärrystä askel askeleelta.

Uuden toiminnan käyttöönotto ja juurruttaminen muistisairaahan ihmisen hoito- ja palveluketjuun vaativat toimen-

piteitä ja hyviksi todettuja työkaluja. Tämä opas esittelee apuvälineeksi toimeenpanomallin työkalupakkeineen. Opas on suunnattu ensisijaisesti vanhuspalveluista vastaaville, kuten vanhustyön johtajille. Oppaasta voivat hyötyä kaikki toimeenpanoon osallistuvat ja siitä kiinnostuneet. Opas on tehty Kotona Paras -projektissa, jonka toteuttivat Suomen muistiasiantuntijat ry, Espoo ja Sodankylä vuosina 2008–2011.

Muistisairaahan ihmisen kotona asumisen tukeminen -oppaan pääviesti on: yksilöllisesti asuen, moniammatillisesti tukien. Kotona paras, paikassa minkä kodikseen tuntee:



“Koti on paikka, jota ihminen käyttää vakituisen asumiseen, jossa säilytetään henkilökohtaisia tavaroita, jossa vietetään vapaa-aikaa ja paikka jossa perheen jäsenet asuvat. Ihmisen kotiin voivat tulla vieraat vain luvalla ja se nauttii kotirauhaa. Ihmisellä voi siis olla useita koteja, ja koti onkin sekä paikka että mielentila. Kodin tunne jotakin paikkaa kohtaan alkaa kehittyä jo, kun kodista haaveillaan tai sitä suunnitellaan. Koti merkitsee turvallisuutta, rauhallisuutta, menneisyyden muistoja ja tulevaisuuden suunnitelmia, se on paikka, jossa ihminen kokee olevansa oma itsensä, ja jossa hän voi tehdä itselleen tärkeitä asioita. Kodilla on siis yhteys ihmisen identiteettiin.”

Lähde: Vapaa tietosanakirja, Wikipedia





# Kirjallisuutta

## Ryhmittely

- Suositukset
- Kansallisten suositusten interventiotutkimukset
- Muut artikkelit
- Väitöskirjat
- Kirjat ja oppaat
- Raportit ja tutkimusraportit
- Luentomateriaalit ym.
- Kotona Paras -tuotokset

## Suosituks

STM, Suomen kuntaliitto. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisu 3, Helsinki, 2008.

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennica, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykiatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito. Käypä hoito -suositus 13.8.2010.

Suomen Alzheimer-tutkimusseuran kokoama asiantuntijaryhmä. Muistisairauksien hyvät hoitokäytännöt. Suomalainen asiantuntijasuositus. Suomen Lääkärilehti 2008;63(10):9-22.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Edita Prima Oy, Helsinki, 2010.

## Kansallisten suositusten interventiotutkimukset

Brodsky H, Gresham M. Effects of a training programme to

reduce stress in carers of patients with dementia. British Medical Journal 1998;299:1375-1379.

Callahan CM, Boustan MA, Unverzagt FW, Austrom MG, Damush TM, Perkins AJ, Fultz BA, Hui SL, Counsell SR, Hendrie HC. Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary care: a randomized controlled trial. The Journal of the American Medical Association 2006;295:2148-2157.

Eloniemi-Sulkava U, Notkola IL, Hentinen M, Kivelä SL, Sivenius J, Sulkava R. Effects of supporting community-living demented patients and their caregivers: a randomized trial. Journal of the American Geriatrics Society 2001;49:1282-1287.

Eloniemi-Sulkava U, Saarenheimo M, Laakkonen ML, Pietilä M, Savikko N, Pitkälä K. Omaishoito yhteistyönä. Iäkkäiden dementiaperheiden tukimallin vaikuttavuus. Tutkimusraportti 14. Vanhustyön keskusliitto, Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi, 2006.

Mittelman MS, Ferris SH, Shulman E, Steinberg G, Levin B. A family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer disease. A randomized controlled trial. The Journal of the American Medical Association 1996;276:1725-1731.

Mittelman MS, Haley WE, Clay OJ, Roth DL. Improving caregiver well-being delays nursing home placement of patients with Alzheimer disease. Neurology 2006;67:1592-1599.

Stevens J, Killeen M. A randomised controlled trial testing the impact of exercise symptoms and disability of residents with dementia. Contemporary Nurse: A Journal of Australian Nursing Profession 2006;21:32-40.

Vickrey BG, Mittman BS, Connor KI, Pearson ML, Della Penna RD, Ganiats TG, DeMonte RW, Chodosh J, Cui X, Vassar S, Duan N, Lee M. The effect of a disease management intervention on quality and outcomes of dementia care: a randomized, controlled trial. *Annals of Internal Medicine* 2006;145:713-726.

Vuori U, Eloniemi-Sulkava U. 2003. Yksinasuvan dementia-potilaan kotihoidon tukeminen. Suomen dementiayhdistys, Kuopion Liikekirjapaino Oy, Kuopio, 2003.

## Muut artikkelit

Alhainen K, Rosenvall A. Toimintakyvyn ja vaikeusasteen arviointi. Teoksessa T Erkinjuntti, J Rinne, H Soinen (toim.) Muistisairaudet. Kustannus Oy Duodecim, Porvoo, 2010;387-392.

Cousins JB, Aubry TD, Smith Fowler H, Smith M. Using key component profiles for the evaluation of program implementation in intensive mental health case management. *Evaluation and Program Planning* 2004;27:1-23.

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

Eloniemi-Sulkava U, Sormunen S, Topo P. Dementia on erityiskysymys. Teoksessa S Sormunen, P Topo (toim.) Laadukkaat dementia-palvelut. Opas kunnille. Stakes, Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä, 2008;9-14.

Eloniemi-Sulkava U. Palvelut kotona asumista tukemassa. Teoksessa S Sormunen, P Topo (toim.) Laadukkaat dementia-palvelut. Opas kunnille. Stakes, Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä, 2008;49-54.

Finne-Soveri H, Noro A. Kotihoidon asiakasrakenne. Teoksessa H Finne-Soveri, M Björgren, P Vähäkangas, A Noro (toim.) Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu - RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes, Gummerus Kirjapaino Oy, Vaajakoski, 2006;61-86.

Heimonen S, Vuori U. Tunnista kotona asumisen päättymistä ennakoivia riskitekijöitä. Teoksessa U Vuori, S Heimonen (toim.) Tue muistisairaana kotona asumista - opas ammattihenkilöstölle. Suomen dementiayhdistys, Paintek-Pihlajamäki Oy, Helsinki, 2007;65-68.

Hyvärinen H. Tärkeintä on kohtaaminen. Muistikoordinaattori Tarja Niittymäen haastattelu. *Sairaanhoitaja* 2010;83(9):22-23.

Jylhä M. Tervaskantoja tutkimassa. *Suomen Lääkärilehti* 2010;65(15):1386.

Kaila M, Kuukasjärvi P. Menetelmien arviointia ja juurruttamista Iossa-Britanniassa. *Impakti* 2005;1:10-11.

Kataja M. Sodankylä tarttui vanhustyöhön. Vanhustyön johtaja Inga Mukun haastattelu. *Premissi* 2010;5(4):27.

Kokko S, Valtonen H. Kunnat ja vanhuspalveluiden pitkäaikaishoidon rakennemuutokset. *Yhteiskuntapolitiikka* 2008;73(1):12-23.

Komulainen J, Peura P, Kaila M, Happonen P. Hoidon teho, vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. *Suomen Lääkärilehti* 2011;66(41):3014-3015.

Konu A, Rissanen P, Ihantola M, Sund R. "Vaikuttavuus" suomalaisissa terveydenhuollon tutkimuksissa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 2009;46:285-297.

Laakkonen M-L, Eloniemi-Sulkava U, Pitkälä K. Dementiadiag-

noosin kertominen potilaalle ja hänen omaiselleen. Suomen Lääkärilehti 2007;62:1135-1140.

Malmivaara A. Järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus vaikuttavuudesta – Apuväline terveyden- ja sosiaalihuollon ammattilaisille, tutkijoille ja päättäjille. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 2008;45:273-278.

Minkman M, Ligthart SA, Huijsman R. Integrated dementia care in the Netherlands: a multiple case study of case management programmes. Health and Social Care in the Community 2007;17(5):485-494.

Pirttilä T. Muistihäiriöisen ja dementoituvan henkilön kuntoutuksen mahdollisuudet. Teoksessa S Heimonen, P Voutilainen (toim.) Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus. Tammi, Vammala, 2004: 11-21.

Raivio M, Eloniemi-Sulkava U, Saarenheimo M, Laakkonen M-L, Pietilä M, Pitkälä K. Suomalaisten omaishoitajien kokemuksia palveluista - valtakunnallinen kyselytutkimus Alzheimerin tautia sairastavien henkilöiden puolisoille. Teoksessa U Eloniemi-Sulkava, M Saarenheimo, M-L Laakkonen, M Pietilä, N Savikko, K Pitkälä (toim.) Omaishoito yhteistyönä. Iäkkäiden dementiaiperheiden tukimallin vaikuttavuus. Tutkimusraportti 14, Vanhustyön keskusliitto, Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi, 2006;57-67.

Saarenheimo M, Pietilä M. Omaishoito ja palvelujärjestelmä. Teoksessa U Eloniemi-Sulkava, M Saarenheimo, M-L Laakkonen, M Pietilä, N Savikko, K Pitkälä (toim.) Omaishoito yhteistyönä. Iäkkäiden dementiaiperheiden tukimallin vaikuttavuus. Tutkimusraportti 14, Vanhustyön keskusliitto, Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi, 2006;68-80.

Sulkava R. Muistisairauksien taloudelliset vaikutukset. Erikoislääkäri 2006; 16(5):217-220.

Tiikkainen P. Koulutuksen rooli gerontologisen osaamisen kehittämisessä. Teoksessa P Voutilainen, P Tiikkainen (toim.) Gerontologinen hoitotyö. WSOY, Helsinki, 2009;313-332.

Tuomiranta M, Poutanen R, Silvennoinen-Nuora L, Hemminki H. Terveydenhuollon strategiat eivät ohjaa käytännön työtä. Suomen Lääkärilehti 2007;51-52(62):4775-4779.

Voutilainen P. Palvelujärjestelmän kehittäminen muistisairaiden ihmisten tarpeisiin. Muisti 2008;3:36-37.

Voutilainen P. Ikääntyneiden palvelujärjestelmä. Teoksessa P Voutilainen, P Tiikkainen (toim.) Gerontologinen hoitotyö. WSOY Oppimateriaalit Oy, Helsinki, 2008; 109-122.

Voutilainen P, Routasalo P, Isola A, Tiikkainen P. Gerontologinen hoitotyö - miksi? Teoksessa P Voutilainen, P Tiikkainen (toim.) Gerontologinen hoitotyö. WSOY Oppimateriaalit Oy, Helsinki 2008;12-26.

## Väitöskirjat

Laitila M. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Dissertations in Health Sciences, University of Eastern Finland. Kopijyvä Oy, Kuopio, 2010.

Silvennoinen-Nuora L. Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa. Acta Universitatis Tamperensis 1558. Tampereen yliopistopaino Oy - Juvenes Print, Tampere, 2010.

## Kirjat ja oppaat

Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluation complex interventions: new guidance, 2008. Saatavilla: [www.mrc.ac.uk/complexinterven-](http://www.mrc.ac.uk/complexinterven-)

tionsguidance (luettu 26.11.2011).

Erkinjuntti T, Rinne J, Soininen H (toim.) Muistisairaudet. Kustanus Oy Duodecim, Porvoo, 2010.

Hirvikoski R. Tartu arviointiin. Asiakaslähtöisen Bikva-mallin toteutus. Vaasan kaupunki. Painatuskeskus, Vaasa, 2006.

Juusela T, Lillia T, Rinne J (toim.) Mentoroinnin monet kasvot. Yrityskirjat. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä, 2000.

Kortelainen P. Sosiaalihuollon asiakasasiakirjojen yleinen kansallinen rakenne. Sosiaalialan tietoteknologiahanke/asiakastietojärjestelmät, versio 1.0. STM, 2008.

Lehmuskoski A, Kuusisto-Niemi S. Sosiaalialan sanasto asiakastietojärjestelmää varten. Sosiaalialan tietoteknologiahanke. Stakes, 2008.

Laaksonen R, Rantala L, Eloniemi-Sulkava U. Ymmärrä – tule ymmärretyksi. Vuorovaikutus dementoituneen kanssa. Suomen dementiayhdistys, Kuopion Liikekirjapaino Oy, 2004.

Mäntyranta T, Kaila M, Varonen H, Mäkelä M, Roine RP, Lappalainen J. Hoitosuosituksen toimeenpano. Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim. Vammalan Kirjapaino Oy, Vammala, 2003.

Mäkelä M, Kaila M, Lampe K, Teikari M (toim.) Menetelmien arviointi terveydenhuollossa. Kustannus Oy Duodecim, Karisto Oy:n kirjapaino, Hämeenlinna, 2007.

Mäkisalo M. Yhdessä onnistumme. Opas työyhteisön kehittämiseen ja hyvinvointiin. Tammer-Paino Oy, Tampere, 2004.

Sormunen S, Topo P (toim.) Laadukkaat dementiapalvelut. Opas kunnille. Stakes, Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä, 2008.

Tuominen A, Paananen M, Virtanen P. Projektituotteistajan opas. Työministeriö, Helsinki, 2005.

Voutilainen P, Tiikkainen P (toim.) Gerontologinen hoitotyö. WSOY Oppimateriaalit Oy, Helsinki, 2008.

## Raportit ja tutkimusraportit

Anderson S. Palveluasuntoja ikäihmisille. Palveluasumisen nykytila ja tuleva tarve. Raportteja 14, Stakes, Helsinki, 2007.

Eloniemi-Sulkava U, Saarenheimo M, Laakkonen M-L, Pietilä M, Savikko N, Pitkälä K. Omaishoito yhteistyönä. Iäkkäiden dementia-iperheiden tukimallin vaikuttavuus. Tutkimusraportti 14, Vanhustyön keskusliitto, Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi, 2006.

Kaskisaari M, Tammelin M, Hirvonen J, Hämeenaho P, Ilmarinen K, Vartiainen A. Kuntalaisten arvioita sosiaalipalveluista. ParasSos-tutkimus Keski-Suomen yhdeksän kunnan alueella. Raportti 6, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Yliopistopaino, Helsinki, 2010.

Kivisaari S, Kortelainen S, Saranummi N. Innovaatioiden juurruttaminen terveydenhuollon markkinoilla. Tekes, Digitaalisen median raportti 7, Helsinki, 1999.

Krogstrup HK. Asiakaslähtöinen arviointi, Bikva-malli. Suom. Julkunen I. FinSoc arviointiraportteja, Stakes, Helsinki, 2004.

OPM. Tutkintojen ja muun osaamisen kansallinen viitekehys. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 24, Yliopistopaino, 2009.

Saarenheimo M, Pietilä M (toim.) Kaksin kotona. Iäkkäiden omaishoitoperheiden arjen ulottuvuuksia. Vanhustyön keskusliitto ry, Gummerus, Saarijärvi, 2005.

STAKES. Laatu laatusuosituksella? Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen seuranta ja arviointi. Voutilainen P (toim.) Julkaisuja 2, Stakes, Valopaino Oy, Helsinki, 2007.

STM. Sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2015 - kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:14, Yliopistopaino, Helsinki, 2006.

STM. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 6, Yliopistopaino, Helsinki, 2008.

STM. Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveystalouden strategia. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1, 2011.

Suomi A, Helin S, Raiski T-L (toim.) YTY-yhteistyöllä voimavarjoja vanhuspalveluihin Ääneseudulla. Työelämän kehittämissuunnitelma. Työministeriö. Raportteja 28, 2003.

Virnes E, Sahala H, Majoinen K, Laukkanen H (toim.) Ikäpolitiikka kunnissa. Strategia johtamisen tukena. Suomen Kuntaliitto, 2006.

## Luentomateriaalit ym.

Haltia P, Jaakkola R, Saranpää M. Osaamisperustaisuus korkeakoulutettujen oppisopimustyyppisessä täydennyskoulutuksessa. Luentomateriaali, 27.10.2010. Saatavilla: [futurex.utu.fi/materiaalit.php](http://futurex.utu.fi/materiaalit.php) (luettu 29.11.2011).

Peltokorpi P. Lääkärin potilaana. Kieli-ikkunat. Julkaistu Helsingin Sanomissa 18.4.2006. Saatavilla: [www.kotus.fi/index.phtml?s=864](http://www.kotus.fi/index.phtml?s=864) (luettu 5.12.2011).

Savolainen N, Aalto-Kallio M, Saikkonen P. Askeleita arviointiin. Järjestöjen arviointifoorumi (Järvi) 24.9.2009. Luentomateriaali.

Saatavilla: [jarjestoarviointi-fi-bin.directo.fi/@Bin/b75209651052e86d583b61ce32c12df9/1315553554/application/pdf/1866457/Savolainen,%20Saikkonen,%20Aalto-Kallio.pdf](http://jarjestoarviointi-fi-bin.directo.fi/@Bin/b75209651052e86d583b61ce32c12df9/1315553554/application/pdf/1866457/Savolainen,%20Saikkonen,%20Aalto-Kallio.pdf) (luettu 5.12.2011).

Sosiaali- ja terveystalouden keskusliitto ja Terveyden edistämisen keskus. Suunnittelun ja arvioinnin yhteys. Järvi-hanke, 2009. Saatavilla: [www.jarjestoarviointi.fi/tukea\\_arviointiin/](http://www.jarjestoarviointi.fi/tukea_arviointiin/) (luettu 5.12.2011).

## Kotona Paras -tuotokset

Karlsson H. Mentorointi on kirkastanut ja selkeyttänyt toimintaa. Memo 2010;4:12-13.

Koponen E, Toljamo M, Solovieva N. Muistisairaiden kotona asumista tukevat projektit. Memo2010;2:16-18.

Koponen E, Toljamo M. Asiakasretoriikasta käytännön toimenpiteisiin – miten Kotona Paras -projektissa kehitetään asiakaslähtöisesti palveluja ja palvelujärjestelmää. Memo 2011;1:17-19.

Kotsalo S. Taavinkodin muutosprosessi osastonhoitajan näkökulmasta. Memo 2011;2: 19-21.

Mukku I, Kisanlahti A, Koponen E, Toljamo M. Kymmenen toimeenpanon ja arvioinnin askelta. Memo 2011;3:18-21.

Solovieva N, Toljamo M, Koponen E. Muistisairas ihminen asiakkaana ja palvelujen käyttäjänä. Memo 2010;2:19-20.

Toljamo M, Koivisto R, Vuori U. Muistimentorointi - vuoropuhelu ja tavoitteellista toimintaa muistisairaiden ihmisten hoidon kehittämiseksi. Memo 2009;1:30.

Toljamo M, Vuori U. Kotona Paras 2008-2011: Uutta muistisairaiden ihmisten kotona asumisen tukemiseen. Memo 2009;1:29.

Toljamo M, Koivisto R, Koponen E. Mentorointi avaa silmät muistisairaiden tarpeisiin. Memo 2010;4:10-12.

Toljamo M, Koponen E, Matero R, Metso K, Mukku I, Niittymäki T, Rantio M, Valvanne J, Westerholm R. Kotona Paras -projekti palvelee muistisairaiden tarpeita Espoossa ja Sodankylässä. Sairaanhoidaja 2010;83(9):16-18.

Toljamo M, Solovieva N. Miten kunnat tukevat muistisairaita? 100 kunnan ikäpoliittisen strategian analyysi. Premissi 2010;5(4):26-28.

Toljamo M, Koponen E. Kotona Paras 2008-2011: Pirstaleisuudesta kohti eheämpää palvelukokonaisuutta muistisairaana ihmisen kotona asumisen tukemiseksi. Memo 2011;4:6-8.

Toljamo M, Koponen E. Muistikoordinaattoritoiminta Suomessa. Memo 2011;3:15-17.

Toljamo M, Koponen E, Koivisto R. Pieni opas muistimentorille. Suomen muistiasiantuntijat ry, Paintek-Pihlajamäki Oy, Helsinki, 2011.

## Liitteet

Liite 1. Kotona Paras -toimeenpanijat kunnissa ja ohjausryhmässä.

Liite 2. Muistikoordinaattoritoiminnan tutkimusnäyttöä osoittavat interventiotutkimukset.

Liite 3. Nykytilan tiedonkeruu toimijoilta -lomake.

Liite 4. Tiedonkeruukysymykset yleisiltä palvelutarjoajilta ja yhdistyksiltä.

Liite 5. Kolme työpaja- ja työryhmätyöskentelyn menetelmää.

Liite 6. 10 askelta -toimeenpanon ja arvioinnin menetelmä.

Liite 7. Muistikoordinaattoritoiminnan tutkimusnäyttöä osoittavien interventiotutkimusten tulospöytäkirjat ja mittarit.

Liite 8. Bikva-malli pähkinänkuoressa.

www.kotonaparas.fi

A series of horizontal dotted lines for writing, starting below the URL and extending across the page.

# Liitteet

## LIITE 1. Kotona Paras -toimeenpanijat kunnissa ja ohjausryhmässä.

### Espoo

#### Päätoimeenpanija:

**Jaakko Valvanne**, vanhusten palvelujen johtaja, syksyyn 2010 asti

**Jukka Louhija**, vanhusten palvelujen johtaja, syksystä 2010 lähtien

#### Muut toimeenpanijat:

**Hanna-Leena Aikkila**, lähihoitaja, Taavinkoti

**Anne Andelin**, kotihoidon ohjaaja

**Sanna Antikainen**, lähihoitaja, Taavinkoti

**Seija Autio**, kotiutushoitaja, kotihoito

**Kofi Babone**, sairaanhoitaja, Taavinkoti

**Sari Dahlberg**, lähihoitaja, Taavinkoti

**Eila Erola**, ylilääkäri, terveyspalvelut

**Elisabeth Finell**, aluepäällikkö, kotihoito

**Pirjo Forss**, kotiutushoitaja, kotihoito

**Jonna Havia**, lähihoitaja, Taavinkoti

**Tuula Heinänen**, terveyspalvelujen johtaja

**Jaana Henriksson**, kotihoidon ohjaaja

**Marjo-Riitta Hirvonen**, kotiutushoitaja, kotihoito

**Sari Honka**, lähihoitaja, Taavinkoti

**Jaana Huotari**, sairaanhoitaja, Viherkoti

**Sirpa Immonen**, erityisasiantuntija, vanhusten palvelut

**Elena Ivanova**, perushoitaja, Ruusukoti

**Heidi Jahnsson**, varaesimiessairaanhoitaja, Taavinkoti

**Tiina Jekkonen**, aluepäällikkö, pitkäaikaishoito

**Sirpa Kannela**, hoidonjärjestelijä, asiakasohjauskeskus

**Krista Karbov**, sairaanhoitaja, Taavinkoti

**Hannele Karlsson**, muistineuvoja

**Raija Kasanen**, kotihoidon päällikkö

**Marketta Kojo**, lähihoitaja, Taavinkoti

**Anne Komppa**, lähihoitaja, kotihoito

**Minna Korhonen**, sairaanhoitaja, Taavinkoti

**Sirpa Kotsalo**, osastonhoitaja, Taavinkoti

**Tuija Kumpulainen**, johtava ylilääkäri, terveyspalvelut

**Aulikki Kämäräinen**, fysioterapeutti

**Tarja Lairikko**, sairaanhoitaja, terveysasema

**Mia Laosmaa**, lähihoitaja, Taavinkoti

**Maarit Lehtovirta**, neurologi, neurologian poliklinikka

**Marjo Lindqvist**, perushoitaja, kotihoito

**Eeva Lindroos**, ylilääkäri, pitkäaikaishoito

**Tuula Lindroos**, kotiutushoitaja, kotihoito

**Christina Lindström**, aluepäällikkö, kotihoito

**Sari Lintunen**, hoidonjärjestelijä, Espoon sairaala

**Merja Luostarinen**, asiantuntijasairaanhoitaja, Taavinkoti

**Satu Meriläinen**, asiantuntija, vanhusten palvelut

**Katri Metso**, kotihoidon vastuulääkäri

**Kari Murros**, ylilääkäri, Jorvin sairaala

**Päivi Nyman**, sairaanhoitaja, neurologian poliklinikka

**Paula Nyrkiö**, kotiutushoitaja, kotihoito

**Irene Okeyo**, sairaanhoitaja, Taavinkoti

**Tiina Pahikainen**, ylihoitaja, Espoon sairaala

**Minna Partanen-Björk**, aluepäällikkö, pitkäaikaishoito

**Elsa Pasma**, pitkäaikaishoitopäällikkö

**Taru Pietarsaari**, osastosihteeri, Taavinkoti

**Josie Po-Heikkilä**, sairaanhoitaja, Taavinkoti

**Niina Pohjolainen**, lähihoitaja, Taavinkoti

**Marjukka Päivinen**, lähihoitaja, Taavinkoti

**Pekka Rantanen**, sairaalan päällikkö

**Merja Rantio**, muistikoordinaattori

**Alma Ritvonen**, sairaanhoitaja, Taavinkoti

**Marko Rummukainen**, lähihoitaja, Taavinkoti

**Maria Rysti**, asiantuntija, vanhusten palvelut

**Aldona Saastamoinen**, asiantuntijasairaanhoitaja, Taavinkoti

**Windarti Seilonen**, lähihoitaja, Taavinkoti

**Marja-Liisa Taari**, geriatri, geriatrian poliklinikka



**Rauni Tammekann**, omaisten edustaja  
**Merja Toni**, hoidonjärjestelijä, Espoon sairaala  
**Marja-Leena Tuominen**, lähihoitaja, Taavinkoti  
**Pia Töyrylä**, kotiutushoitaja, kotihoito  
**Kirsi Uuksulainen**, palveluohjaaja, kotihoito  
**Raija Vainio**, osastonhoitaja, Espoon sairaala  
**Maritta Vanhapiha**, kotihoidon ohjaaja  
**Hannele Vepsäläinen**, palvelupäällikkö, kotihoito  
**Maarit Vihko-Mäkinen**, osastonhoitaja, kuntoutuspalvelut  
**Sari Virtapuro-Siponen**, kotiutushoitaja, kotihoito  
**Ritva Westerholm**, muistikoordinaattori  
**Leena Westerlund**, palvelupäällikkö, kotihoito

## Sodankylä

### **Päätoimeenpanija:**

**Inga Mukku**, vanhustyön johtaja

### **Muut toimeenpanijat:**

**Aila Aho**, fysioterapeutti  
**Leila Heinonen**, osastonhoitaja, tehostettu palveluasuminen  
**Anitta Kaisanlahti**, osastonhoitaja, kotihoito  
**Tuula Kettunen**, vastaava sairaanhoitaja, ryhmäkoti Nutukas  
**Mari Kiuru**, terveydenhoitaja, kotihoito  
**Paula Koskelo**, vastaava fysioterapeutti  
**Linda Kuusela**, osastonhoitaja, terveyskeskuksen vuodeosasto  
**Tarja Laitila**, perushoitaja, terveyskeskus  
**Anne-Mari Lakkala**, vs. osastonhoitaja, terveyskeskuksen vuodeosasto  
**Riitta Matero**, geriatri  
**Ritva Mettiäinen**, sairaanhoitaja, kotihoito  
**Hilkka Mustonen**, osastonhoitaja, tehostettu palveluasuminen  
**Tarja Niittymäki**, muistihoitaja / muistikoordinaattori  
**Arja Ojuva**, osastonhoitaja, Hannuksenkartano  
**Katri Penttilä**, lähihoitaja, Hannuksenkartano  
**Petri Siirtola**, perushoitaja, kotihoito  
**Eevaliisa Talosela**, omaisten edustaja  
**Harri Tiuraniemi**, perusturvajohtaja  
**Soila Vaara**, terveydenhoitaja, muistihoitaja / muistikoordinaattori, kotihoito  
**Pirjo Välimäki**, fysioterapeutti

## Kotona Paras -projektin ohjausryhmä

**Arja Isola**, professori, Oulun yliopisto, puheenjohtaja  
**Ulla Eloniemi-Sulkava**, projektipäällikkö FT, Helsingin yliopisto, Koulutus- ja kehittämiskeskus Palmenia  
**Reija Heinola**, kehittämisspäällikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos  
**Jukka Louhija**, vanhusten palvelujen johtaja, Espoo  
**Riitta Koivisto**, suunnittelija, Helsingin yliopisto, Koulutus- ja kehittämiskeskus Palmenia  
**Olli Männikkö**, kunnallisneuvos, Espoo  
**Tarja Niittymäki**, muistihoitaja, Sodankylä  
**Sari Rissanen**, professori, Itä-Suomen yliopisto  
**Marja Saarenheimo**, vanhempi tutkija FT, Vanhustyön keskusliitto  
**Jaakko Valvanne**, professori, Tampereen yliopisto  
**Heli Virtanen**, toiminnanjohtaja, Suomen muistiasiantuntijat ry  
**Elina Koponen**, projektikoordinaattori, Suomen muistiasiantuntijat ry  
**Maisa Toljamo**, projektijohtaja, Suomen muistiasiantuntijat ry

**LIITE 2. Muistikoordinaattoritoiminnan tutkimusnäyttöä osoittavat interventiotutkimukset Muistisairauksien diagnostiikan ja lääkehoidon Käypä hoito -suosituksesta\* (2010) ja Muistisairauksien hyvät hoitokäytännöt -asiantuntijasuosituksista (2008).**

Tekijä, tavoite, tulosuomuuttaja	Kohderyhmä	Interventio, vertailuinterventio	Tulokset
<p><b>*Vickrey ym.</b> 2006</p> <p><b>Tavoite</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Arvioida dementiasuosituksen toteuttamisen (23 tavoitetta) vaikuttavuus</li> </ul> <p><b>Tulosmuuttuja</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sitoutuminen 23 suositusohjeen toteuttamiseen</li> <li>Julkisten palvelujen käyttö</li> <li>Asiakkaan ja omaishoitajan terveys ja hoidon laadun tulokset</li> </ul>	<p><b>Kohderyhmä</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>408 yli 65-vuotiasta potilas- omaishoitajaparia, joista 238 interventioyryhmässä ja 170 kontrolliryhmässä</li> </ul> <p><b>Tausta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Muistisairas asiakas 65 vuotta tai vanhempi</li> <li>Dementian toteamisesta keskimäärin 2.7 vuotta</li> <li>Omaishoitajista 54.8 % puolisoita, 39.1 % lapsia, 70 % asui yhdessä potilaan kanssa</li> </ul>	<p><b>Toimijat</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Keskeinen toimija oli hoitokoordinaattori (dementia care manager, yleensä sosiaalityöntekijä)</li> <li>Hoitokoordinaattorilla oli erillinen koulutus tehtävään ja käytössä internetpohjainen ohjelma hoidon suunnitteluun ja koordinaatioon</li> </ul> <p><b>Toiminta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Moniammatillinen johtoryhmä (lääkäreitä, päälliköitä, omaishoitaja ja tutkijoita) tunnisti 23 suosituksen tavoitetta hoidon tavoitteiksi</li> <li>Hoitokoordinaattorin järjestämä sairauden hallintaan tähtäävä ohjelma</li> <li>Hoitokoordinaattori teki kotikäynnin, jossa arvioitiin strukturoidusti hoidon tarpeet ja ongelmat.</li> <li>Arvion pohjalta laadittiin hoitosuunnitelma yhdessä omaishoitajan kanssa, ja toimitettiin hoitavalle lääkärille ja palvelujen tarjoajille.</li> <li>Hoitokoordinaattori arvioi hoitosuunnitelmaa säännöllisesti puhelinkontaktein ja 6 kuukauden kuluttua tapahtuvalla kotikäynnillä.</li> <li>Vapaaehtoiset hoitoon osallistuville suunnatut interaktiiviset koulutukset hoidon keskeisistä asioista (muun muassa käyttöoireet)</li> <li>Intervention kesto yli 12 kk</li> </ul> <p><b>Vertailuryhmä</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tavanomainen hoito, ei intervention toimenpiteitä</li> </ul>	<p><b>Oli tehoa/vaikutusta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Interventioyryhmä noudatti suosituksia paremmin kuin vertailuryhmä.</li> <li>Interventioyryhmä käytti tarjolla olevia palveluja enemmän kuin vertailuryhmä.</li> <li>Interventioyryhmä käytti useammin AKE-lääkitystä kuin vertailuryhmä.</li> <li>Interventioyryhmän potilaiden elämänlaatu heikkeni vähemmän 18 kuukauden aikana kuin vertailuryhmän.</li> <li>Interventioyryhmässä omaishoitajan arvioimana potilaan hoidon laatu oli parempi kuin vertailuryhmässä.</li> <li>Interventioyryhmän omaishoitajat arvioivat osaavuutensa paremmaksi ja käyttöoireiden hoidossa tarvitsemansa avun riittäväksi useammin kuin tavanomaisen hoidon omaishoitajat.</li> </ul> <p>Ei tehoa/vaikutusta</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Omaishoitajien elämänlaadussa ei ollut eroja ryhmien välillä.</li> </ul> <p><b>Yhteenveto</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Suositusperustainen hoito-ohjelma johtaa hoidon laadun paranemiseen muistisairaille ihmisille.</li> <li>Muistisairaiden ihmisten ja omaishoitajien hoidon laatua voidaan parantaa hoitokoordinaattorin koordinoimalla mallilla (sis. terveys- ja sosiaalihuollon palvelut).</li> </ul>
<p><b>*Callahan ym.</b> 2006</p> <p><b>Tavoite</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Arvioida yhteistoiminnallisen hoitomallin vaikuttavuutta AT potilaiden hoidon laatuun</li> </ul> <p><b>Tulosmuuttajat</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Käyttöoireiden esiintyvyys</li> <li>Päivittäinen toimintakyky</li> <li>Palveluiden käyttö</li> <li>Omaishoitajan depressio</li> </ul>	<p><b>Kohderyhmä</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>153 AT potilas-omaishoitajaparia, joista 84 interventio- ja 69 vertailuryhmässä.</li> </ul> <p><b>Tausta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Omaishoitajista 44.4 % puolisoita ja 35.9 % lapsia</li> <li>69.3 % asui yhdessä potilaan kanssa.</li> <li>Kaikille interventioyryhmän potilailla AT-lääkitys, ellei sille ollut vasta-aiheita</li> </ul>	<p><b>Toimijat</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hoitokoordinaattori (care manager, asiantuntijasairaanhoitaja)</li> <li>Hoitokoordinaattorin vetämä moniammatillinen ryhmä, johon kuului geriatri, psykiatri ja psykologi</li> </ul> <p><b>Toiminta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hoitokoordinaattori järjesti potilaille ja omaishoitajille luentoja dementiaan liittyvistä asioista ja liikunnan ohjausta</li> <li>Mahdollisuus osallistua sosiaalipsykologin vetämiin ryhmätapaamisiin, jossa käsiteltiin omaishoitajan stressiä</li> <li>Hoitokoordinaattori tapasi potilaan ja omaishoitajan aluksi kaksi kertaa kuukaudessa ja sen jälkeen kuukausittain vuoden ajan</li> <li>Jokaisen käynnin yhteydessä kartoitettiin potilaan oireet, ja omaishoitaja sai opastusta käyttöoireiden hoidosta tarpeen mukaan</li> <li>Jos lääkkeettömät hoitokeinot eivät auttaneet käyttöoireiden hoitona, hoidon koordinaattori otti yhteyttä lääkäriin</li> <li>Interventioyryhmällä oli hoidon koordinaattoriin keskimäärin 14.4 kontaktia vuoden aikana</li> <li>Intervention kesto 12 kk</li> </ul> <p><b>Vertailuryhmä</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Yleislääkärit järjestivät potilaille kaiken hoidon, jonka arvioivat tarpeelliseksi</li> </ul>	<p><b>Oli vaikutusta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Interventioyryhmän omaishoitajat arvioivat potilaan saaman hoidon vähintään hyväksi useammin kuin tavanomaisen hoidon ryhmän omaishoitajat 12 kuukauden kuluttua mutta ero ei ollut merkitsevä 18 kuukauden kohdalla.</li> <li>Interventioyryhmän potilailla oli vähemmän käyttöoireita 12 kuukauden kuluttua tutkimuksen alusta verrattuna vertailuryhmään.</li> <li>Omaishoitajien depressio oli vähäisempää interventioyryhmässä verrattuna vertailuryhmään 18 kuukauden jälkeen.</li> <li>Lääkäri/hoitajakäyntien määrä oli suurempi interventioyryhmässä verrattuna vertailuryhmään.</li> </ul> <p><b>Ei tehoa/vaikutusta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Psykyen lääkkeiden käytössä ei ollut eroa ryhmien välillä.</li> <li>Potilaan depressio-oireissa tai toimintakyvyssä ei ollut merkitsevää eroa ryhmien välillä.</li> <li>Sairaalahoitojen määrässä tai pituudessa ei ollut eroja ryhmien välillä.</li> <li>Laitoshoidon alkamisessa ei ollut eroa ryhmien välillä 12 tai 18 kuukautta tutkimuksen alkamisesta.</li> </ul> <p><b>Yhteenveto</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Yhteistoiminnallinen hoito johti merkittävästi parempaan hoidon laatuun ja käyttäytymisen ja psykologisten oireiden vähentymiseen ilman lääkityksen merkittävää lisäystä.</li> </ul>

Tekijä, tavoite, tulosmuuttuja	Kohderyhmä	Interventio, vertailuinterventio	Tulokset
<p><b>*Mittelman ym. 2006</b></p> <p><b>Tavoite</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Selvittää omaishoitajille suunnatun ohjauksen ja tuen vaikutusta laitoshoidon alkamiseen ja tunnistaa mekanismit, miten tämä saavutetaan</li> </ul> <p><b>Tulosmuuttuja</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Laitoshoidon alkaminen</li> </ul>	<p><b>Kohderyhmä</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>406 omaishoitajaa, jotka olivat osallistuneet yli 9, 5 vuoden ajan; 203 interventio- ja 203 vertailuryhmässä</li> </ul> <p><b>Tausta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Naisia 60,1 %</li> <li>Ikä keskimäärin 71,3 vuotta</li> <li>53 % puoliso-omaishoitajia</li> </ul>	<p><b>Toiminta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kaksi yksilöllistä ja neljä perhekohtaista 1–3 tuntia kestävää ohjauksertaa ensimmäisen 4 kuukauden aikana, tukiryhmään osallistuminen ja jatkuvasti saatavilla puhelinohjaus, apu selviytymään kriiseistä ja neuvonta oireiden muuttuessa.</li> <li>Tutkittavat ja potilaat arvioitiin ensimmäisen vuoden aikana 3 kertaa ja sen jälkeen 6 kuukauden välein.</li> <li>Pisimmälläään seuranta-aika oli 17 v</li> </ul> <p><b>Vertailuryhmä</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>tavanomainen hoito</li> </ul>	<p><b>Oli tehoa/vaikutusta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Muistisairaat ihmiset, joiden puoliso osallistui interventio-ryhmään, joutui laitokseen harvemmin kuin kontrolliryhmä.</li> <li>Interventio-ryhmän omaiset suhtautuivat myönteisemmin sosiaaliseen tukeen, käyttösoireisiin ja depression kokemuksiin kuin kontrolliryhmä.</li> </ul> <p><b>Yhteenveto</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Interventio vähensi laitoshoidon todennäköisyyttä merkitsevästi.</li> <li>Tehostettu ohjaus ja tuki hyödyttävät suuresti omaishoitajia, muistisairaita ihmisiä sekä koko yhteiskuntaa.</li> </ul>
<p><b>*Eloniemi-Sulkava ym. 2006</b></p> <p><b>Tavoite</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Selvitteä monimuotoisen ja yksilöllisesti räätälöidyn tukitoiminnan vaikuttavuutta</li> </ul> <p><b>Tulosmuuttuja</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Omaishoitajien hyvinvointi</li> <li>Laitoshoidon alkaminen</li> </ul>	<p><b>Kohderyhmä</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>125 potilas-omaishoitajaparia, joista 63 interventio- ja 62 vertailuryhmässä</li> </ul> <p><b>Tausta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vähintään keskivaikea dementia</li> <li>Omaishoitajana puoliso</li> </ul>	<p><b>Toimijat</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Omaishoidon koordinaattori</li> <li>Geriatrit</li> </ul> <p><b>Toiminta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Koordinaattori kartoitti perheen tilanteen ja tuen tarpeet tutkimuksen alkaessa kotikäynnillä</li> <li>Tutkittaviin yhteydessä väh. kolmen kuukauden välein, elleivät he itse ottaneet yhteyttä</li> <li>Lääkärintarkastukset ja hoidon suunnittelu (geriatri) tutkimuksen alkaessa ja vuoden kuluttua</li> <li>Dementoituneen lisäksi lähes kaikki omahoitajat kävivät lääkärintarkastuksessa</li> <li>Kaikkiaan lääkärinkäyntejä tai kotikäyntejä tuli keskimäärin 4,3 / omaishoitoperhe</li> <li>Puhelinkonsultaatiomahdollisuus lääkärille järjestettiin vähintään viikoittain</li> <li>Tavoitteelliset vertaisryhmät, tietoillat, hankalien kotitilanteiden ryhmät ja fysioterapeuttista kuntoutusta</li> <li>Intervention kesto 2 v</li> </ul> <p><b>Vertailuryhmä</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hoito järjestyi tavanomaisella tavalla kunnallisessa terveydenhuollossa</li> </ul>	<p><b>Oli tehoa/vaikutusta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Interventio myöhensi laitoshoidon alkamista: interventio-ryhmän sairastuneista 5 % ja vertailuryhmässä 15 % oli pitkäaikaisessa laitoshoidossa 12 kuukautta päästä. Puolentoista vuoden kuluttua luvut olivat 11 % ja 26 %.</li> <li>Interventio laski kokonaispalvelujen määrää ja kustannuksia. Interventio-ryhmä käytti vuodessa keskimäärin 9 932 euroa terveyspalveluihin ja vertailuryhmä 14 896 euroa.</li> <li>Ryhmiä välillä oli eroa julkisten sosiaalipalvelujen käytössä, mutta ero ei ollut merkitsevä.</li> <li>Kokonaiskustannukset interventio-ryhmässä olivat pienemmät.</li> </ul> <p><b>Ei tehoa/vaikutusta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Interventiolla ei ollut vaikutusta omaishoitajien deppiivisiin oireisiin, kuormittuneisuuteen tai elämänlaatuun.</li> </ul>
<p><b>Stevens, Killeen 2006</b></p> <p><b>Tavoite</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mitata liikunnan vaikutuksia kognitiivisten oireiden etenemiseen</li> </ul>	<p><b>Kohderyhmä</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>75 laitoshoidossa olevaa dementiaa sairastavaa, satunnaistettiin interventio- ja kontrolliryhmiin</li> <li>Kolme ryhmää: 1) kontrolliryhmä, ei interventiota, 2) kontrolliryhmä, jonka luo sosiaalinen käynti joka oli yhtä pitkä ja usein toistuva kuin interventio-ryhmässä, 3) liikunta-ohjelmaryhmä</li> </ul>	<p><b>Toiminta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Interventiona erityisesti kohderyhmän hauraille iäkkäille suunnattu 12 viikon liikuntaohjelma, kolme kertaa viikossa, ja kunkin kesto 30 minuuttia</li> <li>Intervention kesto 12 vk</li> </ul>	<p><b>Oli tehoa/vaikutusta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kellotaulutestillä arvioituna liikunta saattaa hidastaa kognition heikentymistä</li> <li>Liikunta hidasti kyvyttömyyttä suoriutua päivittäisissä toiminnoissa.</li> </ul>

Tekijä, tavoite, tulosmuuttuja	Kohderyhmä	Interventio, vertailuinterventio	Tulokset
<p><b>Vuori, Eloniemi-Sulkava 2003</b></p> <p><b>Tavoite</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Selvittää, mikä vaikutus on yksilöllisesti suunnitellulla ja toteutetulla systemaattisella tuella yksin asuvan dementia-potilaan kotihoidon jatkumiseen</li> <li>• Saada tietoa keinoista, jotka mahdollistavat dementia-potilaiden yksin kotona asumisen nykyistä pidempään</li> </ul> <p><b>Tulosmuuttajat</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terveydentila</li> <li>• Dementia-aste ja muutokset siinä</li> <li>• Fyysinen toimintakyky</li> <li>• Selviytyminen</li> <li>• Mieliala</li> </ul>	<p><b>Kohderyhmä</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 91 yksinasuvaa muistisairasta ihmistä, joista 46 interventio- ja 45 kontrolliryhmässä</li> </ul> <p><b>Taustatiedot</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• keski-ikä oli 80 v</li> <li>• vaikeusaste lievä valtaosalla</li> </ul>	<p><b>Toimijat</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Projektiohittaja toimi potilaan omaisten ja muiden hoitoon osallistuvien tukihenkilönä ja hoidon koordinaattorina</li> <li>• Omälääkäri oli vastuussa kokonaisuudesta, projektin neurologi ja lääkäri toimivat asiantuntijoina ja konsultaatioapuna</li> </ul> <p><b>Toiminta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mahdollisimman hyvä lääketieteellinen ja perushoito</li> <li>• Kaikki kävivät puolivuositain vastaanotolla</li> <li>• Tukikäyntejä tehtiin 1494, kaikkiaan kotikäyntejä oli 2054 projektin aikana</li> <li>• Lisäksi viriketoimintaa yksilöllisesti ja ryhmässä</li> </ul> <p><b>Vertailuryhmä</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alkutuutkimus kaikille ja sairaus diagnosoitiin jos sitä ei ollut tehty</li> <li>• Hoito järjestyi tavanomaisella tavalla kunnallisessa terveydenhuollossa</li> </ul>	<p><b>Oli tehoa/vaikutusta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tuetut potilaat selviytyivät kotona 1,3 kuukautta pidempään kuin kontrolliryhmässä.</li> <li>• Kontrolliryhmän potilaat käyttivät pitkäaikaista laitoshoidoa keskimäärin 43 vrk enemmän kuin tuetussa ryhmässä.</li> </ul> <p><b>Ei tehoa/vaikutusta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Muiden palveluiden käytössä ei ollut eroa.</li> </ul>
<p><b>*Eloniemi-Sulkava ym. 2001</b></p> <p><b>Tavoite</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tutkia voiko dementia sairastavien kotona asumisen aikaa pidentää 2-vuotisella hoitokoordinaattorin (nurse case management) tukiohjelmalla</li> </ul> <p><b>Tulosmuuttuja</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Laitokseen joutumisen ajankohta tutkimuksen alusta lähtien laskettuna</li> </ul>	<p><b>Kohderyhmä</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 100 yli 65-vuotiaasta kotona asuvaa dementia-potilasta ja heidän omaishoitajansa, 53 interventio- ja 47 vertailuryhmässä</li> </ul> <p><b>Tausta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Muistisairaiden ka oli 78.8 vuotta</li> <li>• Yli puolella oli keskivaikea tai vaikea dementia</li> </ul>	<p><b>Toiminta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Systemaattinen, käytännönläheinen koordinaattorin antama tuki</li> <li>• Koordinoiva hoitaja auttoi hoidon ja palveluiden järjestelyissä</li> <li>• Ongelmatilanteissa hoitaja konsultoi geriatria</li> <li>• Interventioon kuului myös 3 kuntoutusjaksoa kuntoutuslaitoksessa kahden vuoden aikana</li> <li>• Intervention kesto 2 v</li> </ul> <p><b>Vertailuryhmä</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoito järjestyi tavanomaisella tavalla kunnallisessa terveydenhuollossa</li> </ul>	<p><b>Oli tehoa/vaikutusta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventio vähensi laitoshoidon alkamista tutkimuksen alussa, kahden vuoden kuluttua ryhmien välillä ei ollut eroa.</li> <li>• Laitoshoitoon joutuminen oli merkitsevästi vähäisempää interventioryhmässä kuin vertailuryhmässä, mutta hyöty pieni ajan myötä.</li> </ul> <p><b>Yhteenveto</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventio näytti olevan hyödyllinen vaikeaa dementiaa sairastaville, ja niille, joilla oli kotihoidoa uhkaavia ongelmia.</li> </ul>

Tekijä, tavoite, tulosmuuttuja	Kohderyhmä	Interventio, vertailuinterventio	Tulokset
<p><b>*Mittelman ym. 1996</b></p> <p><b>Tavoite</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Selvittää omaishoitajien käytännönläheisen tukemisen ja ohjauksen pitkän aikavälin vaikuttavuutta myöhentää tai estää laitoshoidon alkaminen</li> </ul> <p><b>Tulosmuuttuja</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Laitoshoitoon joutuminen</li> </ul>	<p><b>Kohderyhmä</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>206 omaishoitajaa ja muistisairasta, kaikki asuivat kotona siten, että jokaisella oli ainakin yksi läheinen asumassa lähellä</li> </ul>	<p><b>Toiminta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kolme elementtiä, joista ensimmäinen oli kaksi yksilöllistä ja neljä perhekohtaista ohjauksertaa tutkimuksen alussa neljän kuukauden sisällä, ohjaus oli tehtäväkeskeistä ja kohdistui perheen sisäiseen kommunikointiin, ongelmaratkaisukeinoihin ja ongelmatilanteiden hallintaa sekä omaishoitajan henkiseen ja käytännön tukeen, ohjauksessa annettiin tietoa sairaudesta ja käytettävissä olevista palveluista, ohjaukselta oli 1-3 tuntia omaishoitajan ja perheen tarpeista riippuen, yleisesti 1½ tuntia</li> <li>Toinen elementti oli omaishoitajien tukiryhmä, kokoontui viikoittain, jatkui toistaiseksi, tarjosi henkistä tukea ja ohjausta sekä sosiaalisen verkoston laajenemista sallivassa ilmapiirissä.</li> <li>Kolmas elementti muodostui jatkuvasta asiantuntijoiden saatavuudesta omaishoitajille ja perheille apuna kriiseistä selviytymiselle ja muuttuville sairaudesta johtuville tilanteille</li> </ul> <p><b>Vertailuryhmä</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>tavanomaiset palvelut, eivät saaneet strukturoitua yksilöllistä ja perheohjausta eikä heillä ollut kontaktia asiantuntijaryhmään</li> </ul>	<p><b>Oli tehoa/vaikutusta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Keskimmäinen aika lähtötasolta laitokseen siirtymiseen oli interventoryhmässä 329 päivää pidempi kuin kontrolliryhmässä.</li> </ul> <p><b>Yhteenveto</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tehostettu neuvonta ja tuki merkittävästi pidentävät sitä, että puoliso-omaishoitajat voivat hoitaa AD potilaita kotona, erityisesti lievässä ja keskivaikeassa vaiheessa</li> </ul>
<p><b>Brodaty, Gresham 1989</b></p> <p><b>Tavoite</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vähentää dementiaa sairastavain omaistaan hoitavien henkistä stressiä ja parantaa heidän taitoja selviytyä</li> </ul> <p><b>Tulosmuuttajat</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Omaishoitajien yleinen terveys</li> <li>Omaisien laitoshoitoon joutuminen</li> </ul>	<p><b>Kohderyhmä</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>96 potilas-omaishoitajaparia, joista 33 oli omaishoitajaryhmässä, 31 muistiharjoitusryhmässä ja 32 odotuslistalla</li> </ul> <p><b>Taustatiedot</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>dementiaa lievästi keskivaikeaan</li> <li>potilaat &lt; 80 vuotta</li> <li>Ryhmät</li> <li>Ryhmä 1: Omaishoitajaryhmässä omaiset saivat harjoitusta ja ohjausta hoidon vaikeuksista selviytymiseen, ja samanaikaisesti heidän muistisairaall läheisellä oli muistiharjoitussessioita</li> <li>Ryhmä 2: Muistiharjoitusryhmän muistisairailla ihmisillä oli muistiharjoitussessioita, ja heidän omaishoitajansa saivat 10 päivän levähdystauon.</li> <li>Ryhmä 3: Odotuslistan omaishoitajat odottivat kuusi kuukautta, jonka jälkeen heidän otettiin omaishoitajajärjestelmään.</li> </ul>	<p><b>Toiminta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Interventiona oli tehostettu omaishoitajaohjelma, johon yhtä aikaa osallistui kerrallaan neljä potilas-omaishoitajaparia järjestelyistä ja ”oma-apu -pienryhmien” muodostumisen vuoksi</li> <li>Tilanteissa käsiteltiin vaikeita kotitilanteita ja omia tunteita</li> <li>Menetelminä olivat didaktinen opetus, ryhmäterapia, selvityskeinojen harjoittelu, jämmäkyden harjoittelu, uudet roolit, perheterapiaistunnot, ongelmakäsittelytaidot, peruseriaatteen käyttäytymisen muutoksista ja harrastukset</li> </ul>	<p><b>Oli tehoa/vaikutusta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tehostettu omaisille suunnattu ohjaus ja harjoittelu voi viivästyttää hoidettavana olevan läheisen laitokseen joutumista.</li> <li>Omaishoitajaohjelman dementiaa sairastavista potilaista merkittävästi harvempi joutui laitokseen verrattuna muihin ryhmiin.</li> <li>Interventoryhmän omaishoitajat kokivat merkittävästi vähemmän henkistä stressiä kuin muissa ryhmissä.</li> </ul>

\*Mukana Käypä hoito -suositusten katsauksessa. Käypä hoito -suositusten mukaisella menetelmällä tehdyn katsauksen tuottama arvio vaikuttavuudesta on näytön asteeltaan luokkaa B eli kohtalainen tutkimusnäyttö (ainakin yksi menetelmällisesti tasokas tutkimus tai useita kelvollisia tutkimuksia).

### LIITE 3. Nykytilan tiedonkeruu toimijoilta -lomake: Miten muistisairaiden ihmisten asiat ovat tällä hetkellä kunnassa?

Hyvän hoidon sisällöt	Nykyinen käytäntö kunnassa, kehittämistarpeet
<p><b>Ehkäisy on kaikkien tehtävä</b> Väite 1. Muistisairauksien kehittymiseen voidaan vaikuttaa. Muistisairauksien vaaratekijät tulee tunnistaa ja hoitaa. Muistisairauksien vaaratekijöiden hoito kuuluu kaikille.</p>	<p>Nykytila: Kehittämistarpeet:</p>
<p><b>Muistioire tulee tunnistaa mahdollisimman varhain</b> Väite 2. Muistioire, dementia ja niihin liittyvät hälytysmerkit tulee tunnistaa. Muistioireen havaitsemisen tulee johtaa Käypä hoito -suosituksen mukaisiin jatkoselvittelyihin.</p>	<p>Nykytila: Kehittämistarpeet:</p>
<p><b>Kuinka päästään diagnoosiin ja mitä sen jälkeen?</b> Väite 3. Muistioireiden syy tulee selvittää Käypä hoito -suosituksen mukaisesti.</p>	<p>Nykytila: Kehittämistarpeet:</p>
<p><b>Muistipotilaan diagnostiikka ja hoidon organisointi kannattaa keskittää muistipoliklinikalle</b> Väite 4. Muistipotilaan diagnostiikka ja hoidon organisointi tulee järjestää lähipalveluna keskitetysti asiaan perehtyneellä, moniammatillisella muistipoliklinikalla. Ongelmatilanteissa perusterveydenhuollon muistipoliklinikka voi konsultoida muistisairauksiin perehtynyttä erikoislääkäriä esimerkiksi erikoissairaanhoidon muistipoliklinikat. Alueellisissa hoitoketjuissa sovitaan työn- ja vastuunjaosta muistipotilaan perus- ja jatkoselvitysten sekä jatkohoidon osalta.</p>	<p>Nykytila: Kehittämistarpeet:</p>
<p><b>Muistisairauden diagnoosi tulee selvittää sairastuneelle ja läheiselle</b> Väite 5. Muistisairauden diagnoosi selitetään sekä sairastuneelle että läheisille. Diagnoosin tehneen toimijan vastuuna on järjestää jokaiselle sairastuneelle ja hänen läheiselleen varhaisvaiheen ohjaus, neuvonta ja ensitieto.</p>	<p>Nykytila: Kehittämistarpeet:</p>
<p><b>Diagnoosin jälkeen laaditaan hoito- ja kuntoutussuunnitelma</b> Väite 6. Muistipotilaan ja läheisen kanssa tulee laatia realistinen ja ennakoiva hoito- ja kuntoutussuunnitelma. Hyvän hoidon tärkeimmät elementit ovat asianmukainen lääketieteellinen hoito, soveltuva kuntoutus, tarvittavat tukitoimenpiteet sekä säännöllinen ja suunnitelmallinen seuranta ja tuki.</p>	<p>Nykytila: Kehittämistarpeet:</p>
<p><b>Muistikoordinaattori varmistaa muistipotilaan avohoidon toteutumisen</b> Väite 7. Muistipotilaan avohoidon seurannassa yksilöllisen hoito- ja kuntoutussuunnitelman toteutuminen vaatii muistisairauksien hoidon erityisosaamisen lisäksi palveluiden hyvää tuntemusta sekä yhteistyötä potilaiden ja heidän perheidensä kanssa. Hoidon säännöllinen seuranta kannattaa keskittää muistisairauksiin perehtyneelle muistikoordinaattorille, jonka työparina on muistisairauksiin perehtynyt terveyskeskuslääkäri, kotihoidon tai muistipoliklinikan lääkäri.</p>	<p>Nykytila: Kehittämistarpeet:</p>

Hyvän hoidon sisällöt	Nykyinen käytäntö kunnassa, kehittämistarpeet
<p><b>Etenevän muistisairauden oireenmukainen lääkehoito vaatii seurantaa</b></p> <p>Väite 8. Alzheimerin taudin ja Parkinsonin taudin demencian oireenmukainen lääkehoito on tärkeä osa muistipotilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Lääkehoidon toteutumista ja vastetta tulee seurata säännöllisesti.</p>	<p>Nykytila:</p> <p>Kehittämistarpeet:</p>
<p><b>Käyttöoireiden ennakointi ja hoito vaativat osaamista</b></p> <p>Väite 9. Kaikkien muistipotilaita kohtaavien ammattihenkilöiden tulee tuntea muistisairauksien käyttöoireet.</p>	<p>Nykytila:</p> <p>Kehittämistarpeet:</p>
<p><b>Muistipotilaan somaattisten sairauksien kokonaisvaltainen hoito kannattaa</b></p> <p>Väite 10. Muistipotilaat ovat usein monisairaita vanhoja ihmisiä. Kognitiivisen ja yleisen toimintakyvyn turvaamiseksi kokonaisvaltainen, hyvä somaattinen hoito kannattaa.</p>	<p>Nykytila:</p> <p>Kehittämistarpeet:</p>
<p><b>Edunvalvonta, hoitotahto ja ajo-oikeuden arviointi ovat osa ennakoivaa hoitoa</b></p> <p>Väite 11. Kaikkien hoitavien tahojen tulee kiinnittää huomiota sairastuneen edunvalvonnan tarpeeseen ja pyrkiä turvaamaan sairastuneen toiveet hänen tulevan hoitonsa suhteen (hoitotahto).</p>	<p>Nykytila:</p> <p>Kehittämistarpeet:</p>
<p><b>Muistisairauksia on myös työikäisillä</b></p> <p>Väite 12. Työikäisten muistipotilaiden erityistarpeet tulee ottaa huomioon.</p>	<p>Nykytila:</p> <p>Kehittämistarpeet:</p>
<p><b>Dementiapotilaiden ympärivuorokautinen hoito vaatii erityisosaamista</b></p> <p>Väite 13. Suurimmalla osalla ympärivuorokautisissa hoitopaikoissa olevista vanhoista ihmisistä on dementia. Niissä toimiva henkilökunta tarvitsee aina muistisairauksien hoidon asiantuntemusta, henkilökuntamäärä ja tilat tulee mitoittaa asianmukaisesti.</p>	<p>Nykytila:</p> <p>Kehittämistarpeet:</p>
<p><b>Yksityissektori ja kolmas sektori tuottavat myös muistipotilaan tarvitsemia palveluja</b></p> <p>Väite 14. Kunnallisen palveluntuotannon lisäksi voidaan muistipotilaiden hoidossa hyödyntää myös yksityissektorin ja kolmannen sektorin palveluita yhteistyössä julkisen sektorin kanssa.</p>	<p>Nykytila:</p> <p>Kehittämistarpeet:</p>

Lähde: Muistisairauksien hyvät hoitokäytännöt -asiantuntijasuositus 2008

#### **LIITE 4. Tiedonkeruukysymykset yleisiltä palvelutarjoajilta ja yhdistyksiltä.**

1. Millaisissa tilanteissa kohtaatte muistisairaita ihmisiä? Kertokaa esimerkkejä.

.....

.....

2. Mikä herättää teissä epäilyn, että kyseessä voisi olla muistisairas ihminen?

.....

.....

3. Miten toimitte, jos epäilette, että kyseessä on muistisairas ihminen?

.....

.....

4. Keiden kanssa olette (eniten) tekemisissä muistisairaahan ihmisen asioiden vuoksi? Millaisissa asioissa, esimerkiksi?

.....

.....

5. Miten yhteistyö näiden kanssa sujuu? Kertokaa esimerkkejä.

.....

.....

6. Minkälaiset asiat huolettavat muistisairaahan ihmisen kotona asumisessa edustamanne tahon näkökulmasta?  
Kertokaa esimerkkejä.

.....

.....

7. Miten asioita teidän mielestänne pitäisi kehittää muistisairaiden turvallisen kotona asumisen takaamiseksi?

.....

.....



## LIITE 5. Kolme työpaja- ja työryhmätyöskentelyn menetelmää.

Kuvaus	Rohto-menetelmä	Läpimurtomenetelmä (Breakthrough collaborative BT )	10 askelta - toimeenpanon ja arvioinnin menetelmä
<b>Tausta</b>	Lääkehoidon kehittämiskeskuksen menetelmä terveyskeskusten koulutus- ja kehittämistoiminnalle.	Läpimurtomenetelmää ovat soveltaneet esimerkiksi Donald M. Berwickin johtama The Institute for Healthcare Improvement ( <a href="http://www.ihl.org">www.ihl.org</a> ) Yhdysvalloissa ja Sir John Oldhamin rakentama ja aiemmin johtama Improvement Foundation ( <a href="http://www.improvementfoundation.org">www.improvementfoundation.org</a> ) Englannissa. Lähde: <a href="http://www.rohto.fi">www.rohto.fi</a>	Kotona Paras -projektin yhdistetty sovellus Key Component Profile -menetelmästä, arvioinnin 10 askeleesta ja Demingin laatuympeyrästä.
<b>Tavoite</b>	Rohto-menetelmällä pyritään kirkastamaan talon tapoja, parantamaan yhteistyötä sekä omalla työpaikalla että koko hoitoketjussa, rationalisoimaan hoitokäytäntöjä ja vähentämään perusteetonta hoidon vaihtelua, rationaalisempaan lääkehoitoon, parempaan hoitoon entisillä voimavaroilla, muutokseen, pysyvään toimintamalliin.	Menetelmää kuvataan laatutyön seuraavaksi sukupolveksi, ja sillä on saavutettu hyviä tuloksia erityyppisten kliinisten käytäntöjen kehittämisessä.	Menetelmän käyttöönoton tavoitteena on tukea tavoitteellista ja systemaattista työskentelyä sekä yhdistää prosessin kulku saavutettuihin tuloksiin.
<b>Toteutus</b>	Rohto-menetelmässä työskennellään tavoitteellisissa, suunnitelmallisissa, terveyskeskuksen omat tarpeet huomioivissa ja vaikuttavia oppimismenetelmiä hyödyntävissä Rohto-pajoissa. Rohto-pajan toteuttamisesta huolehtii toimipaikan Rohto-vastaava Rohto-keskuksen ja aluevastaavien tuella.	Useat eri toimipaikat lähtevät kehittämään yhteistä aihetta samoilla tavoitteilla ja tuloksia arvioidaan yhteisillä mittareilla. Tällöin tuloksia ja niiden saavuttamiseksi tehtyjä muutoksia voidaan vertailla ja samalla jakaa osaamista ja oppia toisiltaan. Mukana olevat toimipaikat rekrytoivat henkilöstöstään BT-vastaavat, joista kootaan vähintään 3 hengen moniammatillinen tiimi. Tiimin tehtävänä on johtaa toimipaikan kehittämistyötä oman toimensa ohella ja suunnitella, toteuttaa, mitata ja analysoida muutosta.	Työryhmä, puheenjohtaja

Kuvaus	Rohto-menetelmä	Läpimurtomenetelmä (Breakthrough collaborative BT )	10 askelta - toimeenpanon ja arvioinnin menetelmä
<p><b>Eteneminen, kulku, vaiheet</b></p>	<p>Rohto-pajan vaiheet:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ongelma hoitokäytännössä</li> <li>2. Kartointu ja yhteinen ymmärrys: nykykäytäntöjen selvittäminen, alkukartoitus, palaute ja tulokset</li> <li>3. Muutoksen tavoitteet</li> <li>4. Ratkaisumalleja, esim. hoitosuosituksen perustuen</li> <li>5. Sopimus toimintakäytännöstä, "talon tavoista"</li> <li>6. Muutos työ- / hoitokäytännöissä</li> <li>7. Arvio ja palaute: seurantakartoitus, osallistujien palaute, kartoitusten tulokset</li> </ol>	<p>BT:n kulku käytännössä:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aiheen valinta</li> <li>2. Tavoitteiden määrittely. Tavoitteiden oltava konkreettisia, mitattavia, saavutettavissa olevia.</li> <li>3. Parhaiden esimerkkien etsintä: mistä löytyy paras mahdollinen käytäntö?</li> <li>4. Määritellään muutostarpeet: minkä asian pitää muuttua käytännössä?</li> <li>5. Muodostetaan BT:n toteutustiimi.</li> <li>6. Laaditaan yleissuunnitelma: tarve, tavoitteet, keinot, mittarit, aikataulut, vastuut jne.</li> <li>7. Suunnitellaan millä laatutyökaluilla osallistujat toimivat sekä mallinnetaan mitä ja milloin heidän pitää tehdä ja miten osallistujien etenemistä tuetaan.</li> <li>8. Rekrytoidaan osallistujat.</li> <li>9. Alkukartoitus: mikä on korjattavan asian tilanne (perusta seurantamittarin rakentamiselle, tarvittavien kehitystoimien suuntaamiselle)</li> <li>10. Työpaja 1: orientoidutaan aiheeseen, sitoudutaan, tehdään toimipaikkakohtaiset toteutussuunnitelmat</li> <li>11. Osallistujat etenevät suunnitelmansa mukaan plan-do-study-act -syklein</li> <li>12. Mittaus: missä ollaan tavoitellun muutoksen suhteen?</li> <li>13. Toistetaan vaiheet 10-12 kolme kertaa</li> </ol> <p>Jatkuva osallistujien etenemisen systemaattinen ja aktiivinen tuki</p>	<p>10 askelta:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Määritellään yhdessä kehittämiskohteet.</li> <li>2. Määritellään kehittämiskohteissa käytetyt käsitteet ja sisältö.</li> <li>3. Määritellään kunkin kehittämiskohteen tavoitetila.</li> <li>4. Määritellään onnistumisen kriteerit, joita käytetään loppuarvioinnissa.</li> <li>5. Laaditaan toimintasuunnitelma: toimeenpanovaiheet, vastuuhenkilöt, seuranta ja arviointi.</li> <li>6. Laaditaan aikataulu.</li> <li>7. Toimeenpano.</li> <li>8. Väliarviointi.</li> <li>9. Toimeenpano. Toistetaan askelia 7-8 tarpeen mukaan.</li> <li>10. Loppuarviointi. Peilataan saavutettuja tuloksia asetettuun tavoitetilaan. Arviointia tehdään asetettujen onnistumisen kriteerien perusteella.</li> </ol>
<p><b>Lue lisää</b></p>	<p><a href="http://www.rohto.fi">www.rohto.fi</a></p>	<p><a href="http://www.rohto.fi">www.rohto.fi</a></p>	<p>Cousins ym. 2004, Savolainen ym. 2009, Järvi-hankkeen materiaali, Mukku ym. 2011</p>

## LIITE 6. 10 askelta -toimeenpanon ja arvioinnin menetelmä.

Askeleet	Kysymykset
<b>Askel 1: Kehittämiskohteet</b> Määritellä yhdessä kehittämiskohteet. Ottakaa huomioon aika-, henkilöstö- ja taloudelliset resurssit.	Mihin ensisijaisesti halutaan muutosta? Miten voidaan parhaiten hyödyntää/kohdentaa olemassa olevia resursseja?
<b>Askel 2: Käsitteet ja sisältö</b> Määritellä kehittämiskohteissa käytetyt käsitteet ja sisältö. Varmistakaa, että kaikki puhuvat samasta asiasta.	Esim. Mitä tarkoitetaan "kuntouttavalla työotteella"?
<b>Askel 3: Tavoitteet</b> Määritellä kunkin kehittämiskohteen tavoitetila, huomioiden aika-, henkilöstö- ja taloudelliset resurssit. Tässä kohdassa on mahdollisesti uudelleen mietittävä tavoitteita ja asetettua tavoitetilaa ja rajattava, jotta ne olisivat realistisesti saavutettavissa.	Mikä on kehittämiskohteiden tämänhetkinen tilanne? Minkälaisia muutoksia toivotaan saatavan aikaiseksi tiettyyn ajankohtaan mennessä? Onko tavoitetila saavutettavissa määrättyssä ajassa olemassa olevilla henkilöstö- ja taloudellisilla resursseilla?
<b>Askel 4: Kriteerit</b> Määritellä onnistumisen kriteerit. Onnistumisen kriteereitä käytetään toiminnan loppuarvioinnissa. Onnistumisen kriteerit määräävät, saavutettiin asetettuja tavoitteita vai ei.	Miten todetaan, että tavoitteet on saavutettu? Mitkä ovat minimivaatimukset? Mitä tulisi saavuttaa, jotta voitaisiin todeta tyydyttävä toimeenpano? Mitkä ovat saavutusten hyvät tulokset? Mitä tulisi saavuttaa, jotta voitaisiin todeta hyvä toimeenpano? Mitkä ovat saavutuksien tavoitetulokset? Mitä tulisi saavuttaa, jotta voitaisiin todeta erinomainen toimeenpano?
<b>Askel 5: Suunnitelma</b> Laatikaa toimintasuunnitelmaa.	Miten aiotaan saavuttaa asetetut tavoitteet? Mitkä ovat kunkin tavoitteen toimeenpanovaiheet? Mitkä askeleet kuuluvat kuhunkin toimeenpanon vaiheeseen? Kuka/ketkä ovat vastuussa tavoitteen saavuttamisesta? Kuka/ketkä arvioi?
<b>Askel 6: Aikataulu</b> Määritellä aikataulu, jonka mukaan aiotaan edetä kohti asetettua tavoitetilaa.	Mihin mennessä tavoitetila tulisi olla saavutettu? Minkälaisen aikataulun mukaan edetään toiminta-askeleiden toimeenpanossa? Miten etenemistä seurataan? (Esimerkiksi väliarvioinnit ja kuinka usein?)
<b>Askel 7: Toimeenpano</b> Noudattakaa laadittua toimintasuunnitelmaa, käynnistäkää toiminta-askeleiden toteuttaminen.	
<b>Askel 8: Väliarviointi</b> Väliarviointi sovitun ajan päästä sovitussa arviointiryhmässä. Arvioikaa, miten on onnistuttu tässä toimeenpanon vaiheessa etenemään kohti asetettua tavoitetilaa. Väliarviointia tehdään askeleella 6 sovitun aikataulun mukaan.	Onko tarvetta muokata toimintasuunnitelmaa, jotta saataisiin paremmat tulokset tai tavoitetilan saavuttamisen mahdollisuudet paranisivat?
<b>Askel 9: Toimeenpano</b> Askella 7 ja 8 toistetaan vuorotellen askeleella 6 sovitun suunnitelman mukaisesti.	Onko toimeenpanon aikana noussut esteitä? Eteneekö toimintasuunnitelman mukaisesti? Täytyykö toimintasuunnitelmaa muokata tai päivittää?
<b>Askel 10: Loppuarviointi</b> Peilata saavutettuja tuloksia askeleella 3 asetettuun tavoitetilaan. Arvioikaa askeleella 4 asetettujen onnistumisen kriteerien perusteella, onko saavutettu tyydyttävä, hyvä vai erinomainen toimeenpano.	Onko asetettu tavoitetila saavutettu? Mitkä seikat edistivät toiminnan etenemistä? Mitä voidaan tulevaisuudessa tehdä toisin? Miten aiotaan toimia jatkossa?

## LIITE 7. Muistikoordinaattoritoiminnan tutkimusnäyttöä osoittavien interventiotutkimusten tulosuuttajat ja mittarit

Tekijä ja vuosi	Tulosmuuttuja	Mittari
<b>Vickrey ym. 2006</b>	Sitoutuminen 23 suositusohjeen toteuttamiseen Julkisten palvelujen käyttö (omaishoitajakysely) Asiakkaan terveys (omaishoitajakysely) Omaishoitajan terveys ja laatu (omaishoitajakysely)	22 sitoutumisen osoittavaa mittaria, vastaus kyllä/ei Ohjaukseen ja tukeen liittyvä suositus CAHPS 1.0 (Consumer Assessment of Health Plans Study) Kunnallisten palvelujen ja resurssien todellinen käyttö, omaishoitajakysely Potilaan hoidon laatu omaisen arvioimana asteikolla 1-10, omaishoitajakysely Potilaan terveyteen liittyvä elämänlaatu Health Utilities Index Mark 3; kolinsteraasiestäjien käyttö (epäsuora interventio vaikutusten arviointi) Terveyteen liittyvä elämänlaatu EuroQol-5D, ja muutokset omaishoitajuudesta johtuen 6 ja 12 kk Omaishoidon laatu: luottamus ja hallinta Sosiaalinen tuki MOS Social Support Survey Kohtaamaton tarve saada apua käyttämishäiriöiden hallintaan Yleinen tieto muistisairauksista 5-osioinen mittari
<b>Callahan ym. 2006</b>	Käyttöoireiden esiintyvyys Toimintakyky Palveluiden käyttö Hoidon laatu	Puhelinhaastattelu omaishoitajalle 6, 12, 18 kk: NPI, ADL ja Health Care Resource Use, CSDD Cornell Scale for Depression in Dementia Potilaan mieliala Patient Health Questionnaire-9 Käyttöoireiden arviointi Neuropsychiatric inventory NPI monioiremittari (potilas ja omaishoitaja) Puhelinhaastattelu potilaalle Telephone Interview for Cognitive Status, puhelinversion MMSE Jokaisella seurantakerralla omaiset täyttivät the Alzheimer's Disease Cooperative Study Health Resource Use Questionnaire Erityiskysymykset: Viimeisen 6 kk aikana, kuinka monta kertaa lääkäri tai sairaanhoitaja on tutkinut muistisairaana omaisenne? Viimeisen 6 kk aikana, kuinka monta kertaa muistisairas omaisenne on otettu sisään sairaalanaan, ja kuinka monta yötä jokaisella kerralla hän ollut sairaalassa? Omaiselta kysyttiin muistisairaana omaisen siirtymisestä pitkäaikaishoitoon
<b>Mittelman ym. 2006</b>	Laitoshoidon alkaminen	Kyselylomakkeet annettiin lähtötilanteessa ja aina säännöllisillä seurantakäynnillä, olivat neljän kk välein ensimmäisenä vuonna, ja sen jälkeen aina puolivuositain
<b>Stevens, Killeen 2006</b>	Kognitiivisten oireiden eteneminen	Kellotaulutesti Revised Elderly Disability Test (REPPDS)
<b>Eloniemi-Sulkava ym. 2006</b>	Päivittäinen toimintakyky Käyttöoireet Muistisairauden vaikeusaste Omaishoitajien jaksaminen ja hyvinvointi Laitoshoidon alkaminen Palvelujen käyttö ja kustannukset	Itsenäisen toimintakyky päivittäisissä perustoiminnoissa Barthelin indeksi Omaisille kysely puolison liikuntakyvystä ja ongelmista siinä Kognitiivisten, sosiaalisten, ja toiminnallisten vaurioiden astetta Clinical Dementia Rating Scale CDR Käyttöoireiden arviointi Neuropsychiatric inventory NPI monioiremittari Masennuksen arviointi Cornell-standardimittari Kuormittuneisuuden arviointi Zaritin mittari Masennuksen arviointi GDS-depressioasteikko Elämänlaatumittari WHOQOL-BREF Elämänlaatumittari, terveyteen liittyvä 15D 6 kysymystä psyykkisestä hyvinvoinnista: • Oletteko tyytyväinen elämäänne? (k/e) • Tunnetteko itsenne tarpeelliseksi (k/e) • Onko teillä elämänhalua (k/e) • Onko teillä tulevaisuudensuunnitelmia? (k/e) • Kärsittekö yksinäisyydestä (harvoin tai ei koskaan/toisinaan/ usein tai aina) • Oletteko masentunut? (harvoin tai ei koskaan/toisinaan/ usein tai aina) Pvm, päätös laitoshoitosta sairauskertomuksesta Muistisairaana ihmisen käyttämät kunnalliset palvelut ja molempien kaikki kunnalliset palvelut, sairaalassaoloaika ja pitkäaikaishoidon palvelut; kysymys omaishoitajille sekä sairaaloiden, terveyskeskusten ja hoitopaikkojen potilasasiakirja-arkistot Palvelujen kustannukset, yksikkökustannustiedot: terveydenhuollon yksikkökustannukset, viiden suurimman kaupungin sosiaalipalveluiden keskimääräiset hinnat, kuntoutuslaitosten keskimääräinen kilpailutettu hinta veteraanikuntoutukselle

Tekijä ja vuosi	Tulosmuuttuja	Mittari
Vuori, Eloniemi-Sulkava ym. 2003	Terveydentila Muistisairauden vaikeusaste ja muutokset siinä Fyysinen toimintakyky Päivittäisistä toiminnoista selviytyminen Mieliala Koetut kotihoidon ongelmat potilaiden, omaisten ja hoitoon osallistuvien kokemana Palveluiden, loma- ja sairaalapaikkojen käyttö Kotihoidon kesto ja syyt päätymiseen	Haastattelu lähtötilanteessa asiakas ja omainen/läheinen ja tarvittaessa kotihoidon tai palvelukeskuksen työntekijä, toistettiin kuuden kk välein Kognitiivinen suorituskyky Mini-Mental State Examination MMSE Älyllisen toimintakyvyn häiriön ja dementia asteen arviointi CDR Clinical Dementia Rating Itsenäinen toimintakyky päivittäisissä perustoiminnoissa Barthelin indeksi Jokapäiväisessä elämässä selviytyminen Nurses' Observation Scale Nosger Välineelliset toiminnot IADL Depressio Cornell-standardimittari
Eloniemi-Sulkava ym. 2001	Laitoshoidon alkaminen	Pvm, päätös laitoshoidosta, kuolema Tieto Kelan rekisteristä
Mittelman ym. 1996	Laitoshoidon alkaminen Muistisairauden vaikeusaste	Kognition heikkeneminen normaalista vaikeaan GDS Omaishoitajan haastattelu lähtötasolla ja seurantakäynneillä Omaishoitajan arvio omasta ja muistisairaana läheisen fyysisestä terveydentilasta Older Americans Resources and Services questionnaire (terveys yleensä, terveys verrattuna 5 vuoden takaiseen, kuinka paljon terveydentila estää tekemästä sitä mitä haluaisi tehdä) Omaishoitajan tyytyväisyys sosiaalisen verkoston tukeen, 3 kysymystä (yleinen tyytyväisyys, tyytyväisyys apuun, tyytyväisyys henkisen tukeen), 5-portainen asteikko hyvin tyytyväinen, hyvin tyytymätön Perheen ja ystävien apu summamuuttuja 4 kysymyksestä (päivät kk:ssa, jolloin keskustelua, yhdessä ulkoilua, kotitöissä avustamista, kaupassakäyntiä) Maksullinen apu (ei yhtään – 24 tuntia vrk:ssa) Omaishoitajan masennus geriatrinen depressioasteikko Geriatric Depression Scale (GDS), 30-osioinen, kyllä/ei Omaishoitajan suhtautuminen tilanteisiin, joissa käytösoireita, yhdistetty pistemäärä, the Memory and Behavior Problems Checklist
Brodaty, Gresham 1989	Omaishoitajien yleinen terveys Laitoshiitoon siirtyminen	Muistisairas ihminen: Orientaatio ja keskittyminen Orientation Information Memory Concentration Scale Dementiatesti 0-27 Kognitiivinen suorituskyky Mini-Mental State Examination MMSE 21-osioinen käytöshäiriöiden tarkistuslista Päivittäinen toimintakyky ADL Välineelliset toiminnot IADL Hamilton depressiokysely, geriatrinen depressiokysely Kliininen dementiaikysely, 0=terve, 3 = täysin dementoitunut  Omaishoitaja: Yleinen terveyskysely General Health Questionnaire: Masennus Zungin depression arviointiasteikko Zung Depression Rating Scale Masennus Hamiltonin depression arviointiasteikko HAM-D Terveyspäiväkirja, kaikki käynnit, lääkitys, sekä oma että läheisen, viimeisen 12 kk aikana Kirjaaminen myös käynneistä päiväkeskukseen tai vastaaviin, päiväkirjojen pitoa rohkaistiin säännöllisillä puhelinoitoilla Congalton kysely, sosioekonominen tausta

## LIITE 8. Bikva-malli pähkinänkuoressa

Bikva on asiakaslähtöinen arviointimalli, joka mahdollistaa asiakkaiden osallisuuden ja soveltuu asiakkaiden vaikutuskanavaksi palveluiden kehittämiseen. Käsite Bikva tulee tanskan kielen sanoista Brygerinddragelse i Kvalitetsvurdering eli asiakkaan osallisuus laadunvarmistajana. Mallin on kehittänyt tanskalainen tutkija Hanne Krogstrup, ja sitä on käytetty etenkin sosiaaliryöiden eri alueilla niin pohjoismaissa kuin niiden ulkopuolellakin.

### Bikva-mallin vaiheet

Bikva-malli koostuu pääpiirteissään neljästä vaiheesta, joissa asiakkaat, kenttätöntekijät, johtohenkilöt ja poliittiset päättäjät haastatellaan vuorollaan. Haastattelut toteutetaan tavallisesti ryhmähaastatteluina. Arvioinnin lähtökohtana

ovat asiakkaiden näkemykset ja kokemukset palveluista ja niiden laadusta. Ne välitetään palveluntuottajille ja poliittisille päättäjille, jotka käsittelevät asiakkaiden palautetta ja saavat tilaisuuden oppia asiakkaiden kokemuksista ja toisiltaan, pohtia omaa toimintaansa ketjun osana sekä tehdä parannusehdotuksia. Bikva-mallia voi soveltaa tarpeen mukaan myös osina. Prosessin kokonaisuudesta laaditaan tavallisesti yhteenvedonomainen raportti, jota voidaan käyttää muun muassa perustana kehittämistyössä sekä vertailuperusteena myöhemmissä arvioinneissa. Yksi tärkeä ulottuvuus Bikva-mallin toteutuksessa on se, että sekä myönteinen että kielteinen kritiikki johtaa konkreettiseen toimintaan arviointiprosessin aikana organisaation eri tasoilla.

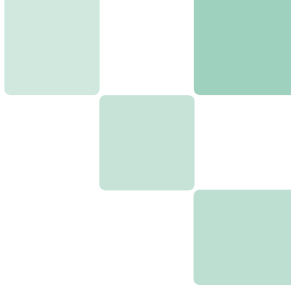
Vaihe	Osallistujat, menetelmä	Tarkoitus
Vaihe 1	Asiakkaiden ryhmähaastattelu	Asiakkaita pyydetään kertomaan ja perustelevaan mitä he pitävät myönteisenä ja kielteisenä esim. saamassaan hoidossa ja palveluissa. Saadaan tietoa kokemuksista ja subjektiivisia laatuarviointeja.
Vaihe 2	Kenttätöntekijöiden ryhmähaastattelu	Asiakkaiden palaute esitellään kenttätöntekijöille. Tarkoituksena on pohtia asiakkaiden arvioita ja omaa toimintaa sen perusteella sekä tehdä kehittämissuhteita.
Vaihe 3	Johdon ryhmähaastattelu	Asiakkaiden palaute lisättyä työntekijöiden palautteella esitellään johtohenkilöille. Tarkoituksena on pohtia syitä edellisten tasojen palautteeseen ja tehdä konkreettisia ehdotuksia palvelujen kehittämiseksi.
Vaihe 4	Poliittisten päättäjien ryhmähaastattelu	Asiakkaiden palaute lisättyä työntekijöiden ja johdon palautteella esitellään poliittisille päättäjille. Tarkoituksena on saada heidän arviointinsa asiakkaiden, työntekijöiden ja johdon palautteesta.

Lue lisää:

Hirvikoski R. Tartu arviointiin. Asiakaslähtöisen Bikva-mallin toteutus. Vaasan kaupunki. Painatuskeskus, Vaasa, 2006.

Krogstrup HK. Asiakaslähtöinen arviointi, Bikva-malli. Suom. Julkunen I. FinSoc arviointiraportteja 1, Stakes, Helsinki, 2004.





Muistisairaahan ihmisen kotona asuminen edellyttää hyvin järjestettyjä ja helposti saatavia palveluja ja tukea. Palvelujen olemassaolosta huolimatta muistisairas ihminen ja hänen omaisensa eivät tutkimusten mukaan koe saavansa tarvitsemaansa apua. Tämä vaikeuttaa kotona asumista, heikentää elämänlaatua ja hyvinvointia.

Muistikoordinaattoritoiminta on kansallisessa ja kansainvälisessä interventiotutkimuksessa vaikuttavaksi osoitettua toimintaa, jossa palvelut ja tuki räätälöidään ja suunnitellaan ammattitaitoisesti yhteistyössä asiakkaiden kanssa. Toimintaa suosittavat Muistisairauksien diagnostiikan ja lääkehoidon Käypä hoito -suositus sekä Muistisairauksien hyvät hoitokäytännöt -asiantuntijasuositus. Uuden toiminnan juurruttaminen hoito- ja palveluketjuun vaatii kuitenkin toimenpiteitä ja käytännönläheisiä työkaluja.

Tämä opas esittelee Kotona Paras -toimeenpanomallin, joka opastaa kuntia muistikoordinaattoritoiminnan käyttöönottamiseen ja juurruttamiseen. Opas antaa toimeenpanoon työkalupakin ja kokemuseräisiä vinkkejä. Päämääränä on kotona asuvan muistisairaahan ihmisen ja hänen omaisensa terveyden, hyvinvoinnin ja turvallisuuden edistäminen.

Opas on suunnattu ensisijaisesti vanhuspalveluista vastaaville, kuten vanhustyön johtajille. Oppaasta voivat hyötyä kaikki toimeenpanoon osallistuvat ja siitä kiinnostuneet. Opas on tehty Kotona Paras -projektissa, jonka toteuttivat Suomen muistiasiantuntijat ry, Espoo ja Sodankylä vuosina 2008–2011.

Yksilöllisesti asuen,  
moniammatillisesti tukien