

Muistikoordinaattori-toiminta Suomessa



Maisa Toljamo, projektijohtaja ja Elina Koponen, projektikoordinaattori, Suomen muistiasiantuntijat ry

Tausta ja tavoite

Suomen muistiasiantuntijat ry:n, Espoon ja Sodankylän toteuttamassa Kotona Paras -projektissa on muistikoordinaattoritoiminta keskeinen kehittämiskohde ja keskustelun aihe. Kansallisten suositusten mukaan muistikoordinaattori työparinaan geriatri tai muu muistisairauksiin perehtynyt lääkäri varmistaa muistipotilaan avohoidon toteutumisen.

Muistikoordinaattorin tehtävät suosituksen mukaan 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, tunnistaminen ja ratkaisujen koordinointi
- Muistisairauksien hoitotyön koulutus
- Konsultaatiot ammattilaisille

Tämän artikkelin tavoitteena on kuvata muistikoordinaattoritoiminnan nykytilaa Suomessa.

Tiedon keruu

Tietojen keruuta varten teimme keväällä 2011 kyselyn muistikoordinaattoreille ja heidän esimiehilleen käynnissä olevasta muistikoordinaattoritoiminnasta. Kysymykset perustuivat hollantilaisen tutkijoiden koordinaattoritoiminnan selvitystyöhön. Saimme tutkijoilta kirjeenvaihdossa kysymyslistan ja luvan sen käyttöön. Laitoimme kyselyn sähköpostitse kymmenelle muistikoordinaattorille. Jos kunnassa oli useampi muistikoordinaattori, niin arvoimme yhden vastaajan. Saimme kuusi vastausta määräaikaan mennessä. Esimiesten yhteystiedot pyysimme muistikoordi-

naattoreilta. Saimme yhteystiedot seitsemälle esimiehelle, ja heistä viisi vastasi. Muistikoordinaattoreiden yhteystiedot saimme, kun järjestimme helmikuussa 2011 ensimmäisen valtakunnallisen muistikoordinaattoritapaamisen. Tapaamiseen osallistui 18 muistikoordinaattoria kahdeksasta kunnasta. Tapaamisessa koottiin kirjallista tietoa tämänhetkisestä toiminnasta ja olemassa olevista hyvistä ja kehitettävistä käytännöistä. Tämä aineisto täydentää kyselyaineistoa. Seuraavassa esitämme muistikoordinaattoritoiminnan nykytilan tulokset pääteemoittain.

Nykytila Suomessa

Toiminnan aloittaminen kunnissa

Muistikoordinaattoritoiminta alkoi Suomessa vuonna 2007. Silloin aloittivat ensimmäiset muistikoordinaattoripioneerit työnsä neljässä kunnassa: Espoossa, Helsingissä, Porvoossa ja Sodankylässä. Aloite toiminnan käynnistämiseen oli tullut mm. vanhusten palvelujen johdolta, ylilääkäriltä, ajan-kohtaisesta tutkimuksesta tai kunnassa meneillään olevasta hankkeesta. Kahdessa kunnassa oli ollut hanke, jossa muistikoordinaattoritoimintaa oli ensin suunniteltu ja sen jälkeen aloitettu. Vanhustyön keskusliiton Omaishoito yhteistyönä -tutkimusta oli myös hyödynnetty toiminnan suunnittelussa.

Tällä hetkellä muistikoordinaattoreita on ainakin 11 kunnassa, yhdestä kahdeksaan muistikoordinaattoria per kunta kuntakoosta riippuen. Muistikoordinaattorit toimivat kunnissa hallinnollisesti eri yksiköissä, mm. muistipoliklinikan yhteydessä, kotihoidossa,

sosiaaliviraston sosiaali- ja lähityön yksikössä, senioripalvelukeskuksessa tai päivätoiminnan yhteydessä.

Tarkoitus ja tehtävät

Muistikoordinaattoritoiminnan tavoitteena kunnissa on ensisijaisesti pyrkimys turvata muistisairaana ihmisen mielekäs ja turvallinen kotona asuminen, muistisairaiden ihmisten hyvinvointi ja laadukas elämä sekä toimintakyvyn ylläpito. Muistikoordinaattori tukee myös omaisia ja läheisiä, puuttuu ongelma- ja riskitilanteisiin ennakoivasti sekä osallistuu edistämään muistisairauksien entistä aikaisempaa diagnosointia ja kokonaisvaltaista hoidon suunnittelua. Lisäksi toiminnalla pyritään tehostamaan asianmukaista ohjausta ja tukea, järjestämään joustavat palvelut, välttämään perheen tyhjän päälle jääminen diagnoosin saamisen jälkeen sekä löytämään ja hoitamaan diagnosoimattomat muistisairaudet. Muistikoordinaattori voi myös tukea mm. kotihoitoa tiimejä ja kouluttaa heitä muistisairauksiin liittyvissä erityiskysymyksissä.

Suurin osa vastaajista oli maininnut muistikoordinaattorin ensisijaisiksi tehtäviksi palveluiden koordinoimisen, tarpeen tai tilanteen määrittämisen, yhteistyökumppaneiden tukemisen ja koulutuksen, palveluiden ja palvelujärjestelmän toimivuuden arvioimisen sekä asiakkaiden asianajajana toimimisen. Yksittäisinä tehtävinä mainittiin mm. omaishoitoasiat, lääkehoidon arviointi, palveluiden kehittäminen yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa, psykososiaalisen tuen antaminen, muistitutkimukset ja säännöllinen yhteydenpito

Jatkuu seuraavalla sivulla

perheeseen. Muistikoordinaattorin roolia omaishoitajien kouluttamisessa ja tukemisessa jokaisella kotikäynnillä pidettiin tärkeänä, ja sille nähtiin alati kasvavaa tarvetta.

Asiakkaat ja määrä

Muistikoordinaattorin asiakaskunta vaihtelee kunnittain. Yleisimmin asiakkaita ovat kotona asuvat ei-kotihoidon piirissä olevat muistisairaajat asiakkaat, mutta joissakin kunnissa myös kotihoidon asiakkaat, jotka tarvitsevat erityistä tukea ja joilla on kotona asumisen päätymistä uhkaavia ongelmia.

Joissakin kunnissa asiakassuhde alkaa diagnoosin saamisen jälkeen, jolloin asiakkaat ohjautuvat muistipoliklinikalta muistikoordinaattoreille tietyin kriteerein. Joissakin kunnissa asiakassuhde alkaa jo muistitutkimuksista ja alkuhaastattelusta ennen diagnoosia. Vastauksissa tuotiin esille huoli, että diagnoosin saaneet asiakkaat uhkaavat jäädä muistitutkimuksiin tulevien asiakkaiden varjoon. Yleensä muistikoordinaattori ja asiakas kohtaavat ensimmäisen kerran asiakkaan kotona. Asiakasuhde päättyy asiakkaan siirtyessä kotihoidon palvelujen piiriin, muuttaessa palveluasumiseen tai laitoshoidon tai asiakkaan kuollessa.

Asiakasmäärä vaihteli neljästä kymmenestä sataan per muistikoordinaattori. Vuositasolla asiakasmäärä saattoi olla enimmillään 170. Kaikki vastaajat eivät osanneet sanoa asiakasmäärää. Asiakasmäärää pidettiin liian suurena, mikä tuotti työn hallintaan ajoittain vaikeuksia. Pienempi asiakasmäärä turvaisi vastaajien mukaan tiheimmän ja säännöllisemmän yhteydenpidon perheisiin. Tälle koettiin olevan tarvetta. Yhteydenpito asiakkaisiin vaihtelee paljon riippuen perheen tilanteesta ollen päivittäistä, viikoittaista, kuukausittaista, puolivuositista tai vuosittaista.

Muistikoordinaattoreille tulee runsaasti yhteydenottoja eri tahoilta, mm. asiakkailta itseltään, omaisilta, terveysasemilta, kotihoidosta ja hoitavilta lääkäreiltä. Mitä tutummaksi toiminta on kunnassa tullut, sitä useampi

taho ottaa yhteyttä. Tämä osoittaa selvästi toiminnan tarpeellisuutta.

Koulutus ja osaaminen

Vastanneissa kunnissa on yhteensä 20 muistikoordinaattoria. Muistikoordinaattorit ovat joko sairaanhoitajia (n=8), terveydenhoitajia (n=5), sekä terveydenettä sairaanhoitajia (n=2), perus- ja/tai kodinhoitajia (n=3) tai geronomeja (n=2). Muistikoordinaattoreilla voi peruskoulutuksen lisäksi olla muistihoidajan tai -koordinaattorin koulutus tai muuta lisäkoulutusta sekä useimmilla pitkä työkokemus. Kaikkein tärkeimpänä työssä nähtiin kuuntelemisen ja kohtaamisen taidot, kyky olla tavallinen ihminen toiselle ihmiselle. Myös kyky kokonaistilanteen hahmottamiseen ja osaaminen palveluiden koordinoitiin nähtiin tärkeänä. Muina ominaisuuksina mainittiin joustavuus, verkostotyön ymmärrys sekä kyky selkeään, rauhoittavaan ja turvallisuuden tunnetta luovaan ilmaisuun.

Yhteistyö muiden tahojen kanssa

Muistikoordinaattorin tehtävä hoitoketjussa on pääsääntöisesti olla osa asiakkaan moniammatillista sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuutta, tärkeä yhteyshenkilö moneen suuntaan tai diagnosoidun asiakkaan kotona asumisen tukeminen. Muistikoordinaattori on asiantuntija, jolta voi kysyä ja joka opastaa, tukee, on rinnalla kulkija ja herättää innostusta muistiasioihin. Monissa kunnissa keskustellaan parhaillaan muistikoordinaattorin roolista suhteessa muihin hoitoketjun työntekijöihin tai ollaan aloittelemassa keskustelua. Joissakin kunnissa keskustelua ei ole käyty tai keskustelua on käyty vain geriatrin tai kollegoiden kanssa.

Jos muistikoordinaattori toimii moniammatillisissa tiimeissä, niin tiiminä mainittiin mm. SAP-kokoukset, palaverit geriatrin kanssa, muistipoliklinikan tiimi, ikäihmisten varhaisen tuen palveluiden tiimi ja asiakaskohdattainen yhteistyö. Näissä on erilaisia kokoonpanoja, ja kokoontuminen voi olla joko säännöllistä tai epäsäännöllistä kunta- ja asiakaskohtaisesti. Tärkeim-

pinä yhteistyökumppaneina mainittiin omaiset, geriatrit ja muut lääkärit, kotihoito, fysioterapeutit ja sosiaalityöntekijät. Muistikoordinaattorilla ei joka kunnassa ole tukena moniammatillista tiimiä.

Hyvät käytännöt ja haasteet

Muistikoordinaattoritoiminnassa löytyy hyviksi todettuja käytäntöjä. Niitä ovat työparina geriatrit, geriatrin joustava toiminta, yhtenäiset ohjeet kotihoidossa, muistipotilaan koko hoitoketjun kehittäminen, kaikkien palveluiden vieminen kotiin, matala kynnyksen muistikoordinaattorille erilaisissa asioissa, asiakkaan tavoittaminen mahdollisimman aikaisessa vaiheessa, säännöllinen seuranta muistipoliklinikalta hoidon siirtyessä avoterveydenhuoltoon, toimiva muistihoidajaverkosto sekä se, että ilman läheisiä olevat yksin asuvat henkilöt laitetaan aina jatkohoitojonoon muistikoordinaattorille, ja pyritään ennalta estämään välinputoajat.

Haasteita ja kehittämisen paikkoja on tunnistettu useita. Keskeisiä olivat yleinen tietämättömyys muistikoordinaattoritoiminnasta sekä muut tiedonkulun ongelmat, jotka johtuvat esim. eri tietojärjestelmien käytöstä. Myös resurssien vähäisyys ja jonojen muodostuminen ovat ongelmia, kun laitospaikat vähenevät eikä kotihoidon resursseja lisätä samaan tahtiin. Haaste on sekin, miten muistiongelmaiset asiakkaat saadaan hoidon piiriin ja yleensä seurantaan etenkin silloin, jos he eivät tule omien lääkäreiden kautta vaan käyvät yksityisellä puolella. Keikkalääkäreiden käyttö muistipotilaan hoidossa on ongelmallista.

Menestys- ja uhkatekijät

Muistikoordinaattoritoiminnan keskeiset menestystekijät ovat muistikoordinaattorin ammatillinen osaaminen ja henkilökohtaiset ominaisuudet, toimiva ja selkeä hoitoketju, yhteistyö eri ammattiryhmien kanssa sekä asiakaslähtöinen, yksilöllinen ja kokonaisvaltainen toimintatapa. Muina menestystä ennustavina tekijöinä mainittiin myös geriatrit/lääkäri-työpari, tavoitettavuus, esimiehen tuki, riittävä muistikoordinaattoreiden määrä ja joustavat palvelut.

Muistikoordinaattoritoiminnan keskeiset uhkatekijät ovat muistikoordinaattorin järjestelmästä lähtöinen ja


Muistikoordinaattoreille tulee runsaasti yhteydenottoja eri tahoilta, mm. asiakkailta itseltään, omaisilta, terveysasemilta, kotihoidosta ja hoitavilta lääkäreiltä. Mitä tutummaksi toiminta on kunnassa tullut, sitä useampi taho ottaa yhteyttä. Tämä osoittaa selvästi toiminnan tarpeellisuutta.



sairauskeskeinen toimintatapa, palvelujen ja muiden resurssien hyödyntämättä jättäminen, eritasoisten palvelujen puuttuminen, yhteistyön toimimattomuus ja muistikoordinaattorin toimenkuvan hajanaisuus. Muina epäonnistumista aiheuttavina tekijöinä mainittiin liian suuret asiakasmäärät, lääkärin puute, puutteellinen ammattitaito, työntekijän uupuminen ja byrokratia. Keskeisenä toiminnan pullonkaulana mainittiin lääkäriavun saamisen hankaluus.

Lopuksi

Tässä artikkelissa kuvasimme sitä, miten muistikoordinaattoritoiminta on tällä hetkellä järjestetty. Aiheesta keskustellaan kunnissa paljon, ja kysymyksiä esitetään etenkin muistikoordinaattoritoiminnan vaikuttavuudesta ja sen osoittamisesta. Kuten tunnettua, vaikuttavuuden osoittaminen on muutenkin kunnissa kuuma ja ajankohtainen puheenaihe. Muistikoordinaattoritoimintaa arvioidaan tällä hetkellä joissakin kunnissa mittaamalla käynti- ja asiakasmääriä tai keräämällä asiakaspalautetta. Tämän arvioinnin tekee kyselymme mukaan joko yksikön henkilöstö tai vanhustyön johtoryhmä. Kaikissa kunnissa muistikoordinaattoritoimintaa ei toistaiseksi ole arvioitu, mutta lähes jokaisessa kunnassa vaikuttavuutta ja sen osoittimia kiivaasti pohditaan.

Kun kunnissa aloitetaan uutta toimintaa, niin ennen toiminnan käynnistämistä on hyvä käydä yhteistä keskustelua kaikkien osapuolten kanssa. Yleensä uusi toiminta vaikuttaa koko hoito- ja palveluketjuun. Tietämättömyys aiheuttaa turhaa jännitettä ja epäluuloa, ja siten vaikeuttaa muistikoordinaattoreiden työn aloitusvaihetta. Myös tiedottaminen laajemmin kunnassa on tarpeen, ja siitä on hyviä kokemuksia. Vaikuttavuuden käsitettä olisi myös hyvä selkeyttää keskusteluissa. Vaikuttavuus yleensä tarkoittaa asiakas- tai yhteiskunnallista vaikuttavuutta. Viime mainittu sisältää asiakasvaikuttavuuden lisäksi palvelujen riittävyyden ja kustannusten arvioinnin. Muistikoordinaattoritoiminnan asiakas- ja yhteiskunnalliseen vaikuttavuuteen paneudumme Kotona Paras -projektin lopputuloksissa, jotka julkaistaan loppusyksystä 2011. 

Lähteet toimituksesta



Muistikoordinaattoritoiminnan vaikuttavuus

Muistikoordinaattoritoiminnan vaikuttavuutta on selvitetty interventiotutkimuksissa kansainvälisesti ja kansallisesti¹⁻². Tutkimukset pääsääntöisesti osoittavat, että **muistisairaana ihmisen kotona asumista voidaan pidentää muistikoordinaattoritoiminnan avulla**. Koordinaattoritoiminnalla ja siihen liittyvillä tukitoimilla on todettu yhteyttä mm. hoitosuosituksen parempaan noudattamiseen, AKE-lääkkeiden käyttämiseen, potilaiden vähempään elämänlaadun heikentymiseen, omaishoitajien kokemukseen paremmasta omasta osaamisesta ja käytösoireiden hoidossa tarvitsemansa avun riittäväydestä, omaishoitajien arvioon hoidon paremmasta laadusta sekä omaishoitajien vähempään depressioniin.

Vanhustyön keskusliiton Omaishoito yhteistyönä -tutkimuksessa³ (mukana 125 pariskuntaa) monitekijäinen, koordinaattori-lääkäri-työparin ja vertaisryhmien interventio **viivästytti laitoshoidoa, kohdensi paremmin palveluita ja toi säästöjä sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannuksiin**. Interventioon kuuluivat lääkärintarkastus, hoidon suunnittelu alussa ja vuoden kuluttua, puhelinkonsultaatiomahdollisuus lääkärille viikoittain, tavoitteelliset vertaisryhmät, tietoillat, hankalien kotitilanteiden ryhmät ja fysioterapia. Pariskuntiin oltiin yhteydessä vähintään kolmen kuukauden välein. Tulosten mukaan interventio vähensi laitoshoidon alkamista tutkimuksen alussa, mutta kahden vuoden kuluttua ryhmien välillä ei ollut eroa. Koordinaattorimallilla ei todettu vaikutuksia omaishoitajien elämänlaatuun, depressiivisiin oireisiin, kuormittuneisuuteen, psyyken lääkkeiden käyttöön, potilaan depressio-oireisiin tai toimintakykyyn.

Mittelmanin ym.⁴ laadukkaaksi arvioitu tutkimus antaa vahvaa näyttöä mm. **tehostetun ohjauksen ja tuen saannin vaikuttavuudesta laitoshoidon alkamisen myöhentämiseen**. Tarkoituksena oli selvittää omaishoitajille annetun tuen vaikutusta laitoshoidon alkamiseen. Mukana oli 406 omaishoitajaa interventio- tai vertaisryhmässä. Interventio sisälsi kuusi 1–3 tuntia kestävää ohjauksetta ensimmäisen neljän kuukauden aikana, ja sen jälkeen viikoittain kokoontuvat vertaisryhmät. Interventioyöryhmän omaishoitajille oli mahdollisuus soittaa koordinaattorille tarvittaessa, esim. kriisitilanteissa. Tulosten mukaan interventio vähensi merkittävästi laitoshoidon todennäköisyyttä. Myönteisiä muutoksia oli omaishoitajien suhtautumisessa muistiongelmien ja käytösoireisiin sekä koettuun sosiaalisen tuen saantiin.

Yhteenvetona voi sanoa, että tutkimukset antavat tieteellistä näyttöä koordinaattoritoiminnan ja siihen liittyvien tukitoimien (tehostettu ohjaus, kotikäynnit, puhelinkontaktit, vertaisryhmät ym.) vaikuttavuudesta. Tiedetään myös, että asiakaskunta arvostaa muistikoordinaattoreiden työtä, ja kokee siitä hyötyvänsä. Tulosten vertailulle asettaa haasteensa toteutettujen interventioiden erilaisuus.

Lähteet

1. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim, Societas Gerontologica Fennica, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykiatrian Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkahoito. Käypä hoito -suositus 13.8.2010.
2. Suomen Alzheimer-tutkimusseuran kokoama asiantuntijaryhmä. Muistisairauksien hyvät hoitokäytännöt. Suomalainen asiantuntijasuositus. Suomen Lääkärilehti 2008;63(10):9–22.
3. Eloniemi-Sulkava U, Saarenheimo M, Laakkonen ML, Pietilä M, Savikko N, Pitkälä K. Omaishoito yhteistyönä. Iäkkäiden dementiaperheiden tukimallin vaikuttavuus. Tutkimusraportti 14. Vanhustyön keskusliitto 2006.
4. 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.