

MUISTIBAROMETRI 2010



MUISTIBAROMETRI 2010

Granö Sirpa, Tamminen Anna, Eronen Anne, Londén Pia, Siltaniemi Aki

TIIVISTELMÄ

Muistibarometri 2010 selvitti kuntien sosiaali- ja perusterveydenhuollon näkemyksiä muistisairaille ihmisille ja heidän läheisilleen suunnattujen palvelujen saatavuudesta ja laadusta, ammattihenkilöstön osaamisesta sekä palveluja ohjaavista strategioista ja ohjelmista. Barometrikysely toteutettiin internet-kyselynä toukokuussa 2010. Vastaava barometri on toteutettu aiemmin vuosina 2000 ja 2005.

Kysely lähetettiin valtakunnallisesti kattavasti kuntien tai yhteistoiminta-alueiden sosiaali- / sosiaali- ja terveydenhuollosta tai vanhustyöstä vastaavalle johdolle (N=220). Kyselyn vastausprosentti oli 34. Vastaukset kattavat 113 kuntaa, mikä on 35 prosenttia Manner-Suomen kuntien määrästä. Vastanneiden toiminta-alueiden väestökattavuus on 2,3 miljoonaa henkilöä, mikä vastaa 43%:a Manner-Suomen väkiluvusta.

TULOKSET

Muistityötä ohjaavat strategiat ja ohjelmat ovat yleistyneet kunnissa. Ikääntymispoliittinen strategia on tehty 80%:ssa ja oma muistihäiriö- ja dementia-työnohjelma 29%:ssa vastanneista kunnista tai yhteistoiminta-alueista. Strategiat huomioivat hyvin tutkimuksiin ohjaamisen, diagnosoinnin, palveluasumisen ja ympärivuorokautisen hoidon. Muistisairauksien ennaltaehkäisy ja kuntoutus ovat jääneet strategiatasolla vähemmälle huomiolle; kolmasosa vastaajista arvioi niiden osuuden huonoksi.

Muistipoliklinikoiden ja muistihoitajien määrä on lisääntynyt kunnissa viiden viime vuoden aikana. Muistipoliklinikka tai muistineuvola toimii 64%:ssa ja muistihoitaja 84%:ssa kuntia/yhteistoiminta-alueita. Palvelujen saatavuuden osalta parhaiten toteutuu muistisairauden diagnoosin saaminen ja siihen liittyvä ensivaiheen neuvonta. Eniten puutteita on varhaisvaiheen palveluiden osalta kuntoutussuunnitelmien laatimisessa sekä sopeutumisvalmennuksen ja ryhmämuotoisen ensitiedon järjestämisessä. Nämä puuttuvat osasta kuntia kokonaan.

Barometri osoitti, että muistisairaiden ihmisten ja heidän läheistensä palveluista kerätään harvoin systemaattista asiakaspalautetta. Yli puolet vastaajista ilmoitti, että palautetta ei kerätä lainkaan.

Parhaiten kotona asumisen vaiheen tukipalveluista on saatavilla kotihoitoa ja lyhytaikaista ympärivuorokautista hoitoa. Vastaajista 69% arvioi kotihoidon saatavuuden vähintään järkeväksi, kun vuonna 2005 vastaavan arvion antoi vain 31% vastanneista kunnista. Kotona asumisen vaiheen palveluissa on selkeitä puutteita yöhoidossa, kotilomituksessa ja muistisairaille suunnatussa päivätoiminnassa, sillä yli neljäsosa vastaajista ilmoitti näiden tukimuotojen puuttuvan kokonaan. Lisäksi joka viidennestä kunnasta/yhteistoiminta-alueelta puuttuu iltahoito ja joka kuudennesta viikonloppuhoito.

Ympärivuorokautisen laitoshoidon saatavuuden hyväksi arvioineiden kuntien osuus oli vähentynyt vuodesta 2005. Muistisairaille suunnattua vanhainkotihoitoa oli huonosti saatavilla lähes 48%:ssa ja dementia-työpaikkoja 31%:ssa barometriin vastanneista kunnista ja yhteistoiminta-alueista. Samalla aikavälillä tehostetun palveluasumisen saatavuus on hiukan lisääntynyt. Ympärivuorokautisen hoidon ja palveluasumisen laadun arvioi hyväksi yli 80% vastaajista.

Muistisairaiden ihmisten omaishoitajien tuen saatavuus on heikentynyt viiden viime vuoden aikana sekä rahana maksettavan että palveluina saatavan tuen osalta. Rahallisen tuen saata-

vuoden arvioi hyväksi puolet ja palvelujen saatavuuden kolmannes vastaajista. Omaishoitajien kuntoutusta oli hyvin saatavilla vain 11%:lla alueista, mutta omaishoitajille suunnattujen vertaistukiryhmien saatavuutta pidettiin hyvänä noin kolmasosassa kuntia ja yhteistoiminta-alueita.

Muistibarometrin vastaajat arvioivat ammattihenkilöstön osaamisen pääosin positiivisesti. Parhaimmat arviot osaamisalueista saivat muistisairaiden ihmisten kohtaaminen, muistioireiden tunnistaminen ja läheisten tukeminen. Muita osa-alueita heikommaksi arvioitiin osaamisen kuntoutumisen tukemisessa ja työikäisten muistisairaiden erityistarpeissa. Koti- ja ympärivuorokautisen hoidon henkilöstön osaaminen arvioitiin lääkehoitoa ja työikäisten erityiskysymyksiä lukuun ottamatta paremmaksi kuin terveyskeskushenkilöstön osaaminen.

Tulevaisuuden tärkeimpinä haasteina Muistibarometrin vastaajat pitivät muistisairaiden ihmisten kasvavaa määrää ja resurssien riittävyyttä. 80% vastanneista kunnista ja yhteistoiminta-alueista teki yhteistyötä paikallisten Muistiyhdistysten kanssa. Tärkeimmäksi yhteistyömuodoksi koettiin henkilöstön koulutus, muistisairaille ja omaisille suunnattu neuvonta ja tiedottaminen sekä verkostojen kokoaminen kehittämistyön tueksi.

JOHTOPÄÄTÖKSET

Kunnat ovat lisänneet resursseja muistisairauksien varhaiseen havaitsemiseen ja diagnosointiin, mikä näkyy muistipoliklinikoiden ja muistihoitajien toimien lisääntymisenä. Resursoinnin lisäämistä tullaan tarvitsemaan kuitenkin edelleen muistisairaiden ihmisten määrän kasvaessa.

Muistisairaiden ihmisten toimintakyvyn ja elämänlaadun tukeminen on haaste kunnille. Kuntoutuksen painoarvo on vähäinen strategiatasolla eikä kuntoutussuunnitelmien tekeminen ole vakiintunut osaksi diagnoosin jälkeistä hoitoa. Kuntoutumisen tukemisen suhteen koetaan myös ammattitaitohaastetta henkilöstön puolella.

Kunnat ovat suuren haasteen edessä lähivuosina asiakaslähtöisten palvelujen järjestämisessä muistisairaille ihmisille ja heidän läheisilleen. Hoidon painopisteen siirtyminen laitoksista avohoitoon näkyy kotihoidon ja palveluasumisen saatavuuden lisääntymisenä. Kotona asumisen tukemiseen ei ole reagoitu kasvaneita tarpeita vastaavasti, sillä muistisairaana ihmisen omaishoitajan asema on heikentynyt viidessä vuodessa ja kotihoitoa tukevan joustavan tilapäishoidon saatavuudessa on puutteita erityisesti kotilomituksen, päivätoiminnan ja yöhoidon osalta.

Kuntien ja yhteistoiminta-alueiden näkökulmasta Muistiyhdistyksillä on vakiintunut ja merkittävä rooli muistisairaiden ihmisten ja heidän läheistensä tukemisessa ja palvelujen kehittämisessä.

Saatteeksi

Muistisairauksiin sairastuu vuosittain Suomessa noin 13 000 ihmistä. Tuore Käypä hoito – suositus (2010) arvioi, että noin 120 000:n ihmisen kognitiivinen toimintakyky on heikentynyt, 85 000 ihmistä on keskivaikean tai vaikean dementian vaiheessa ja lievän dementian vaiheessa elää 35 000 ihmistä. Muistisairaudet ovat kansantauti Suomessa ja asettavat väestön ikääntymisen myötä huomattavan haasteen kuntien palvelujärjestelmälle.

Muistibarometri 2010 selvitti kuntien sosiaali- ja perusterveydenhuollon näkemyksiä muistihäiriöisille ihmisille suunnattujen palvelujen saatavuudesta ja laadusta, ammattihenkilöstön osaamisesta sekä palveluja ohjaavista strategioista ja ohjelmista. Tulokset perustuvat touku-kuussa 2010 toteutettuun nettikyselyyn, joka lähetettiin valtakunnallisesti kattavasti kuntien tai yhteistoiminta-alueiden sosiaali- / sosiaali- ja terveydenhuollosta tai vanhustyöstä vastaavalle johdolle.

Kuntien sosiaali- ja terveysjohdolle muistityöstä suunnattu kysely on järjestyksessään kolmas. Edelliset Muistiliiton (aiemmin Alzheimer-keskusliitto) tekemät kyselyt on tehty vuosina 2000 ja 2005. Käsillä oleva raportti on osa Muistiliiton laajempaa muistityötä kartoittavaa selvityshanketta.

Kyselyn sisältö on valmisteltu Muistiliiton ja Sosiaali- ja terveysturvan keskusliiton yhteistyössä. Muistiliitosta kysymysten muotoiluun ovat osallistuneet järjestöjohtaja Anna Tamminen ja kehittämisjohtaja Sirpa Granö. Kyselyä on myös kommentoinut Muistiliiton tutkimuksen tukena toimiva nykytilakartoituksen asiantuntijaryhmä. Kyselyn analysointi ja raportointi on tehty Sosiaaliturvan keskusliiton ja Muistiliiton yhteistyönä. Kyselyn osioiden I-IV osalta analysoinnista ja raportoinnista ovat vastanneet tutkimuspäälliköt Anne Eronen ja Aki Siltaniemi Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitosta. Tulevaisuuden muistityön haasteet, muistiyhdistysten ja kuntien yhteistyötä käsittelevät osiot sekä kyselyn yhteenvedon ja pohdinnat ovat tehneet Sirpa Granö, Anna Tamminen, Päivi Hyvärinen Meier ja Virva Ryynänen Muistiliitosta. Pohdinnoissa tehty vertailu Sosiaalibarometrien tuloksiin on STKL:n työryhmän laatima. Raportin tiilastografiikan on tuottanut tutkimussihteeri Pia Londén, joka on myös taittanut raportin.

Lämmin kiitos kuuluu kaikille kyselyyn vastanneille, jotka palauttamalla paikoin vaativan lomakkeen mahdollistivat raportin toteutumisen.

Helsingissä syyskuussa 2010

Sirpa Granö ja Anna Tamminen
Muistiliitto ry

Anne Eronen, Pia Londén ja Aki Siltaniemi
Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry

Sisällys

Saatteeksi

I Muistibarometrin toteutus

- 1 Tavoitteet ja tutkimuskysymykset
- 2 Käytetyt aineistot ja analysointi

II Tulosten raportointi

1. Muistityö strategioissa ja ohjelmissa
2. Muistisairaille ihmisille suunnattujen palvelujen saatavuus ja laatu
 - 2.1 Erytyishenkilöstö, muistipoliklinikat ja -neuvolat
 - 2.2 Palvelut ja neuvonta sairauden alkuvaiheessa
 - 2.3 Kotona asumista tukevat palvelut
 - 2.4 Muut tukipalvelut
 - 2.5 Omaisten tuki ja palvelut
 - 2.6 Palveluasuminen
 - 2.7 Ympäri vuorokautinen hoito
 - 2.8 Palvelujen kehittäminen, koordinointi, asiakkaiden osallistuminen ja yhdenmukainen saatavuus
3. Asiakaspalautteet
4. Ammattihenkilöstön osaaminen
5. Tulevaisuus
 - 5.1 Suurimmat haasteet muistisairaiden ja omaisten kannalta
 - 5.2 Suurimmat haasteet palvelujärjestelmän kannalta
6. Yhteistyö Muisti-, Alzheimer- ja Dementiayhdistysten sekä Muistiliiton kanssa
 - 6.1 Kuntien odotukset paikallisille Muistiyhdistyksille
 - 6.2 Kuntien odotukset valtakunnalliselle Muistiliitolle

III Yhteenveto ja pohdinta

LIITTEET

LÄHTEET

I Muistibarometrin toteutus

1 Tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Muistibarometri 2010 -kyselyn tavoitteena on selvittää ja kuvata ajankohtaista tilannetta Suomessa kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon näkökulmasta seuraavissa teemoissa:

- muistisairauksien huomioiminen kuntien sosiaali- ja terveyspolitiikassa
- muistisairaille ihmisille, heidän läheisilleen ja omaishoitajilleen suunnattujen palvelujen saatavuus ja laatu
- muistisairaiden ihmisten palveluista kerättävä asiakaspalaute
- ammattihenkilöstön muistisairauksiin liittyvä osaaminen
- haasteet muistisairaiden ja heidän omaistensa sekä palvelujärjestelmän kannalta
- yhteistyö ja odotukset Muistiyhdistyksille ja Muistiliitolle

Barometri on jatkoa vuosina 2000 ja 2005 tehdyille kartoituksille. Tässä raportissa sisältö käsitellään seuraavasti:

MUISTITYÖ STRATEGIOISSA JA OHJELMISSA

- Onko alueella muistihäiriö- ja dementiatyön ohjelmaa tai muistiohjelmaa?
- Onko alueella ikääntymispoliittista tai vanhuspoliittista strategiaa?
- Onko muistihäiriöihin liittyviä asioita huomioitu jossain muussa alueen strategiassa?
- Käytetäänkö palvelujen suunnittelun pohjana muistisairaiden määrää alueella?
- Millaisia painotuksia näihin ohjelmiin ja strategioihin sisältyy aivoterveysten edistämisen ja muistisairaiden ihmisten tarpeiden kannalta?

MUISTISAIRAILLE IHMISILLE SUUNNATTUJEN PALVELUJEN SAATAVUUS JA LAATU

- Onko alueella muistipoliklinikkaa tai muistineuvolaa?
- Onko alueella muistihoitajaa ja muistikoordinaattoria?
- Millaiseksi arvioidaan muistisairauden alkuvaiheeseen liittyvän neuvonnan ja palvelujen saatavuus ja laatu?
- Millaiseksi arvioidaan muistisairaiden ihmisten kotona asumista tukevien palvelujen saatavuus ja laatu?
- Millaiseksi arvioidaan muiden tukipalvelujen saatavuus ja laatu?
- Millaiseksi arvioidaan omaisten tuen ja palvelujen saatavuus ja laatu?
- Millaiseksi arvioidaan palveluasumisen saatavuus ja laatu?
- Millaiseksi arvioidaan ympärivuorokautisen hoidon saatavuus ja laatu?
- Millaiseksi arvioidaan palvelujen yhdenmukainen saatavuus eri puolilla aluetta?
- Miten toteutuvat palvelujen koordinointi, uusien toimintatapojen kehittäminen ja asiakkaiden osallistumismahdollisuudet palvelujen suunnitteluun muistisairaiden, heidän läheistensä ja omaishoitajiensa palveluissa?

ASIAKASPALAUTE

- Kerätäänkö muistisairaiden, heidän läheistensä ja omaishoitajien palveluista asiakaspalautetta? Mistä palveluista palautetta kerätään ja miten sitä hyödynnetään?

AMMATTIHENKILÖSTÖN OSAAMINEN

- Miten ammattihenkilöstön osaaminen muistisairaiden ihmisten kohtaamisessa ja palveluissa arvioidaan terveyskeskuksessa, kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa hoidossa?
- Miten ammattihenkilöstön osaaminen toteutuu eri osa-alueilla?
- Miten työikäisten muistisairaiden tarpeet on huomioitu?

TULEVAISUUS

- Mitkä ovat mielestänne alueenne merkittävimmät haasteet muistisairaiden ja heidän omaistensa kannalta?

- Mitkä ovat mielestänne alueenne merkittävimmät haasteet muistisairaiden palvelujärjestelmän kannalta?
- Miten palveluseteli soveltuu mielestänne muistisairaiden ihmisten palveluihin?

YHTEISTYÖ MUISTI-, ALZHEIMER- JA DEMENTIAYHDISTYSTEN JA MUISTILIITON KANSSA

- Onko alueenne sosiaali- ja terveystoimella yhteistyötä Muistiyhdistyksen kanssa tällä hetkellä?
- Millaisia odotuksia teillä on paikalliselle Muistiyhdistykselle?
- Millaisia odotuksia teillä on valtakunnalliselle Muistiliitolla?

2 Käytetyt aineistot ja analysointi

Aineistonkeruu ja vastausten kattavuus

Vuoden 2010 aineisto kerättiin nettikyselynä, joka oli osoitettu vastaajalle henkilökohtaisesti. Hänellä oli mahdollisuus vastata laajemman ryhmän kanssa tai välittää kysely omassa organisaatiossaan toiselle henkilölle.

Kyselyssä tehtiin kaksi uusintakierrosta. Kysely toteutettiin suomen- ja ruotsinkielisenä (ks. liitteet 16-21). Vastaajilla oli mahdollisuus pyytää halutessaan perinteinen postikysely, mutta kukaan ei käyttänyt tätä mahdollisuutta.

Nettikysely valittiin, koska siten on koottavissa suhteellisen nopeasti ja kustannustehokkaasti vastaukset varsin laajaltakin vastaajajoukolta. Lisäksi kaksi edeltävää kuntakyselyä on toteutettu vastaavasti: valtakunnallisesti kattavasti ja hyödyntäen posti- ja nettikyselyä. Vastaajien motivoimiseksi kyselyyn vastanneiden kesken arvotaan palkintoja ja halukkaille lähetetään kyselyn tuloksista raportoiva Muistilehti vuoden lopulla.

Kysely lähetettiin valtakunnallisesti kattavasti kuntien tai yhteistoiminta-alueiden sosiaali- tai sosiaali- ja terveysjohdolle sekä suurimmissa kaupungeissa vanhustyön johdolle. Vastaajat määrittivät vuoden 2010 kunta- ja toimipistejaon sekä huhtikuussa 2010 kuntien ja yhteistoiminta-alueiden verkkosivuilta tarkistettujen yhteystietojen pohjalta. Aineistonkeruu toteutettiin 5.5. – 4.6.2010.

Kyselyyn palautui määräaikaan mennessä 75 vastausta ja kokonaisvastausprosentiksi muodostui 34. Vastaukset kattavat 113 kuntaa, mikä on 35 prosenttia Manner-Suomen kuntien määrästä. Kyselyä ei lähetetty Ahvenanmaalle. Toiminta-alueiden väestökattavuus on 2,3 miljoonaa henkilöä, mikä vastaa 43%:a Manner-Suomen väkiluvusta. Aineiston palautusprosentti on tyydyttävä, mutta riittää kuitenkin perusjoukkoa ja sen mielipiteitä koskevien päätelmien tekemiseen.

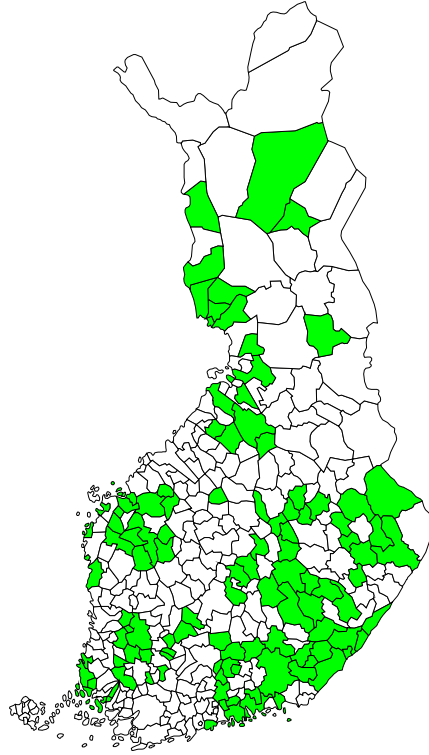
Vastaukset kattavat erikokoisia kuntia eri puolelta Suomea (ks. taulukko 1 ja kartta 1). Aineistossa on lievästi yliedustusta Itä- ja Etelä-Suomen kunnista. Väestömäärältään vastanneissa alueissa painottuvat puolestaan jossain määrin muun kokoisia kuntia enemmän yli 40 000 asukkaan kunnat ja yhteistoiminta-alueet. Vastaavasti aliedustusta on alle 10 000 asukkaan kunnista. Koska tulokset nostavat esille suurten väestöpohjien keskimäärin paremmat mahdollisuudet turvata muistisairaiden ihmisten palvelut, merkitsee edellä esitetty, että tuloksissa muistisairauksiin liittyvien palvelujen tilanne näyttäytyy lievästi koko maan tilannetta myönteisempänä.

Taulukko 1. Kyselyn vastausten kattamien kuntien alueellinen ja väestöllinen edustavuus.

suuralue ¹	vastausten kunta- kattavuus lkm	osuus alueen kaikista kunnista %	alueen väestömäärä	vastausten kunta- kattavuus lkm	osuus alueen kaikista kunnista %
Etelä-Suomi	37	38	alle 10 000	36	30
Länsi-Suomi	33	32	10 000-20 000	23	37
Itä-Suomi	24	38	20 000-40 000	23	35
Pohjois-Suomi	19	30	yli 40 000	31	40
Yhteensä	113	35	Yhteensä	113	35

¹ Suuraluejako perustuu Euroopan parlamentin ja valtioneuvoston NUTS-luokitusasetukseen. Nykyinen aluejako on otettu käyttöön vuonna 2003. Suuralueita on Suomessa viisi: Etelä-Suomi, Länsi-Suomi, Itä-Suomi, Pohjois-Suomi ja Ahvenanmaa. Maakunnat sijoittuvat seuraavasti suuralueisiin:

Etelä-Suomi: Uusimaa, Varsinais-Suomi, Kanta-Häme, Päijät-Häme, Kymenlaakso, Etelä-Karjala ja Itä-Uusimaa. Länsi-Suomi: Satakunta, Pirkanmaa, Keski-Suomi, Etelä-Pohjanmaa ja Pohjanmaa. Itä-Suomi: Etelä-Savo, Pohjois-Savo, Pohjois-Karjala ja Kainuu. Pohjois-Suomi: Keski-Pohjanmaa, Pohjois-Pohjanmaa ja Lappi.



Kartta 1. Kyselyn vastausten kuntakattavuus.

Vastaajat

Kysely lähetettiin kunnan tai yhteistoiminta-alueen sosiaali- tai sosiaali- ja terveydenhuollosta vastaavalle johtajalle. Suurimmissa kaupungeissa kyselyn sai alueen vanhustyön johtaja. Vastaajaryhmä oli edellisen barometrikyselyn mukainen. Tältä vastaajaryhmältä on mahdollista tiedustella koko alueen näkökulmasta strategisista painotuksista ja palvelujen kehittämisestä. Vastaajia ohjeistettiin niin, että kysely oli mahdollista välittää omalla alueella jollekin toiselle, muistityöstä paremman asiantuntemuksen omaavalle henkilölle.

Kyselyyn on vastannut poikkeuksellisen usein ryhmä. Ryhmävastauksia on 40 prosenttia. Enimmillään alueensa muistityötä on ollut pohtimassa 9 henkilöä. Tämä kertoo siitä, että kyselyyn vastanneet ovat paneutuneet vastaamiseen poikkeuksellisen hyvin. Kyselystä tulleissa palautteissa kyselyn tematiikka sai kiitosta, ja sen todettiin samalla myös auttaneen arvioimaan oman alueen muistisairaiden ihmisten palveluja.

Vastaajien tehtävänimikkeiden kirjo on runsas. Sosiaali- ja terveydenhuollon johtaja on useimmiten delegoinut vastaamisen muistisairaiden ihmisten palveluja paremmin tunteville henkilöille. Noin kymmenesosassa vastauksia vastaajana on sosiaali- ja terveysjohtaja tai perusturvajohtaja. Tyypillisimmin kyselyyn on vastannut yksin tai ryhmän osana alueen vanhustyöstä vastaava johtaja; vanhustyön johdon näkökulma on mukana noin 40 prosentissa vastauksia, ja alan työntekijöiden kymmenesosassa. Palvelujen organisointi vaihtelee tuntuvasti paikallistasolla. Osassa kuntia on esimerkiksi hoivapalvelujen, avo- ja hoivapalvelujen tai koti- ja laitospalvelujen palvelualue. Näin ollen vastaajina on lisäksi usein, noin joka kuudennessa palautetussa kyselyssä, kotipalvelun työntekijöitä tai palvelualueen johtoa.

Toiseksi eniten vastaajissa on mukana eriytettyä muistisairauksien asiantuntemusta, jota edustavat muistihoitajat ja -koordinaattorit. Muistihoitaja- tai muistikoordinaattorinimikkeellä työskentelevien näkökulma on mukana lähes kolmanneksessa vastauksia. Kolmanneksi yleisin ammattiryhmä vastaajissa (lähes neljännes vastauksista) ovat terveydenhoitaja- ja sairaanhoitaja -nimikkeellä työskentelevät henkilöt, joiden tehtäviin sisältynevät tässä yhtey-

dessä niin ikään keskeisesti muistisairaudet. Selvästi harvemmin, vajaassa kymmenesosassa vastauksia, terveydenhuollosta on vastaajana ollut lääkäri. Joissakin vastauksissa mukana on sosiaalihuollon työntekijöiden näkökulma, esimerkiksi palveluohjaajan tai sosiaalisihteerin vastaus.

Pääasiassa mukana kyselyn muistisairaiden ihmisten palveluja arvioimassa on ollut siis vanhuspalveluista vastaavaa henkilöstöä, muistisairaiden ihmisten palveluihin erikoistuneita ammattilaisia ja perusterveydenhuollon henkilöstöä. Paras tuntuma kunnissa ja yhteistoiminta-alueilla tehtävästä muistityöstä näyttää tämän perusteella olevan vanhustyössä sekä muistihoitajilla ja muistityöhön perehtyneillä sairaanhoitajilla.

Käytettävät aineistot

Muistibarometrissa käytetyt aineistot voidaan jakaa kolmeen osaan (ks. taulukko 2). Keskeisin aineisto on toukokuussa 2010 kerätty kyselyaineisto. Analysoinnin ja raportoinnin painopiste on tässä aineistossa. Kyselylomake sisälsi 43 kysymystä, joista suuri osa jakautuu alakysymyksiin. (Kyselylomakkeet ja suorat jakaumat esitetään liitteissä 20 ja 21.) Perusaineistossa on 138 muuttujaa. Aineiston käsittelyssä kokonaisuutta on täydennetty taustamuuttujilla, luokitteluilla ja summamuuttujilla, joten käytetty muuttujamäärä on käytännössä useita satoja suurempi.

Vuoden 2010 aineistossa on vähän puuttuvaa tietoa, vastaajat ovat ottaneet runsaasti kantaa myös avoimiin kysymyksiin. Aineiston laadukkuutta kuvaa vastaajien tehtävänimikkeiden osoittama ilmeinen asiantuntemus muistisairaiden ihmisten palveluissa. Lisäksi runsas ryhmävastausten osuus kertoo paneutumisesta aihepiiriin, kuten myös kyselyssä annetut myönteiset kommentit tiedusteltujen teemojen relevanttiudesta. Kysymysten koettiin antavan aineksia oman alueen muistisairaiden ihmisten palvelujen arviointiin.

"Kysely tosi tärkeä. Vihdoinkin puututaan asioihin jotka vielä usein sivuutetaan tai ne jää esim. fyysisten sairauksien taka-alalle. Mielestämme mielenkiintoisia kysymyksiä vastattavaksi."

"Pitkä kysely, mutta asiallinen ja ajankohtainen. Herätti mietteitä meissä molemmissa Antoi tietoa nykytilasta ja suuntaa toiminnan kehittämiseen."

Toiseksi raportissa käytetään kahden edeltävän, vuosina 2000 ja 2005 kerättyjä aineistoja silloin kun kysymyksenasettelu on yhtenäinen. Analyysitilanteessa ei ollut käytettävissä tilasto-ohjelmistossa vuoden 2000 aineistoa, joten siltä osin vertailut rajoittuvat raportissa kuvattuihin tuloksiin. Vuoden 2000 kyselyt on lähetetty kunnan- tai kaupunginhallituksille ja vastausta on pyydetty sosiaali- ja terveysjohdolta.

Kolmanneksi mukaan on otettu rajatusti tilastotietoja. Tilastoja hyödynnetään raportoinnissa valikoidusti lähinnä asukasluvultaan erisuuruisten kuntien ja alueellisten erojen tarkastelussa sekä kuntaliitoksia tai yhteistoiminta-alueita toteuttaneiden kuntien näkemysten vertailussa.

Taulukko 2. Muistityötä koskevat tutkimusaineistot.

	PRIMAARIAINEISTO	SEKUNDAARIAINEISTOT	
	kysely 2010	kysely 2005	kysely 2000
Aineistonkeruutapa	■ nettikysely, henkilökohtainen linkki ■ mahdollisuus pyytää postikysely ■ kaksi karhukierrosta ■ kysely ja saatteet suomen- ja ruotsinkielisenä ■ kaikki vastaukset nettikyselyyn (1 sähköpostin liitetiedostona)	■ nettikysely, henkilökohtainen linkki ■ mahdollisuus pyytää postikysely ■ kaksi karhukierrosta ■ kysely ja saatteet suomenkieliset ■ kaikki vastaukset nettikyselyyn	■ postikysely ■ mahdollisuus vastata salasanalla suojattuun nettikyselyyn liiton verkkosivulla ■ yksi karhukierros ■ kysely ja saatteet suomenkieliset ■ 19 vastausta verkossa, muut postitse
Aineistonkeruu-ajankohta	■ 5.5-4.6.2010	■ 21.1-6.4.2005	■ 24.10.2000-19.1.2001
Vastaajat	■ kysely lähetettiin Manner-Suomen kaikkien kuntien tai yhteistoiminta-alueiden sosiaalihuollosta / sosiaali- ja terveydenhuollosta vastaaville johtajille, isoissa kaupungeissa vanhustyön johtajille (N= 220²) ■ mahdollisuus välittää kyselylinkki toiselle ja vastata ryhmänä ■ 40% ryhmävastauksia	■ kysely lähetettiin Manner-Suomen kaikkien kuntien (N=416) sosiaali-huollosta / sosiaali- ja terveydenhuollosta vastaaville johtajille ■ mahdollisuus välittää kyselylinkki toiselle ja vastata ryhmänä ■ lisäksi mahdollisuus pyytää postikysely ■ 28% ryhmävastauksia ■ 20% ylin johto, 45% mukana osaston johtoa, 10% mukana hoitotyöntekijöitä (luokat eivät poissulkevia)	■ kysely lähetettiin Manner-Suomen kaikkien kuntien (N=436) kaupungin- tai kunnanhallituksille, vastausta toivottiin kunnan sosiaali- ja terveysjohdolta, esim. SAS-työryhmältä ■ 65% ryhmävastauksia (54% johto mukana), 24% johdon yksilövastaus, 11% muu henkilö vastannut yksin
Vastaajien määrä ¹	■ 75, 34%	■ 167, 40%	■ 292, 67%
Vastausten kattama kuntien lukumäärä	■ 113, 35% Manner-Suomen kunnista (N=326)	■ 167, 40% Manner-Suomen kunnista (N=416)	■ 292, 67% Manner-Suomen kunnista (N=436)
Väestökattavuus	■ 43% (N=5 323 693)	■ 40% (N=5 236 600)	---

¹ Lukumäärästä puuttuvat myöhässä saapuneet vastaukset. Vuoden 2005 analyysiin ei ehtinyt kolme vastausta, lisäksi viidestä kaupungista tuli tuplavastaukset, jotka jätettiin pois aineistosta.

Kuntaliitokset ja toiminnan uudelleen organisointi aineistonkeruun haasteena

Toteutusajakaudella näkyy konkreettisten vastaajien poiminnan sivutuotteena hyvin selvästi vastaajatahojen toimipisteverkoston, palvelurakenteiden ja alan johdon muutos. Kuntien palvelurakenteet ovat edelleen muutoksessa: Vuoden 2010 alussa käynnistyi uusia yhteistoiminta-alueita, toteutui kuntaliitoksia ja yhteystietoja tarkistettaessa oli nähtävissä alan johdossa toteutuneet runsaat henkilövaihdokset. Kuntien lukumäärä on vähentynyt kuntaliitosten seurauksena vuoden 2000 452 kunnasta vuoden 2010 342 kuntaan. Manner-Suomessa kuntien määrä on laskenut 436:sta 326:een.

Keskeinen vastaajajoukkoon vaikuttava seikka on viiden viime vuoden aikana ollut kunta- ja palvelurakenneuudistus. Uudistus on vähentänyt maantieteellisesti ja väestöllisesti laajalla alueella kuntien määrää ja samanaikaisesti monimuotoistanut sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistä mm. yhteistoiminta-alueiden perustamisen myötä. Palvelurakenteita ja hallintoa on uudistettu myös muutoin. Osa kunnista on ottanut sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen organisoinnissa käyttöön tilaaja-tuottajatoimintatavan tai sovelluksen elämäntaakamallista. Tilannetta varioivat edelleen kuntien ja yhteistoiminta-alueiden vaihtelevat hallinnolliset jaot, joissa sosiaali- ja terveydenhuoltoon on voitu liittää mm. sivistystoimi tai nuorisotoimi. Koko-

² Huhtikuun internetistä tarkistettujen tietojen perusteella kuntia tai sosiaalihuollon kattavia yhteistoiminta-alueita oli 234. Kaksi aluetta vastasi laajemman, perusterveydenhuollon yhteistoiminta-alueen rajojen mukaan.

naisuuden monimuotoisuutta kuvastaa se, että palvelujen organisointia on uudistettu monissa kunnissa toteuttamalla lähes samanaikaisesti useampia näistä järjestelyistä. (Sosiaalibarometri 2009; Sosiaalibarometri 2010.)

Erilaiset muutokset ovat johtaneet siihen, että keskenään yhdenmukaisten ja relevanttien vastaajien löytäminen valtakunnallisesti kattavasti kuntatasolta sosiaali- ja terveydenhuollossa on vaikeutunut. Rakenteiden muutos ja kuntaliitokset tuottavat haasteita tulosten alueellisiin tarkasteluihin ja toistuvien teemojen ajalliseen vertailuun. Erilaiset uudistukset ovat johtaneet vastaajavalinnan näkökulmasta siihen, että monista kunnista puuttuvat aiemmankaltaiset kunnassaan sosiaalitoimen tai sosiaali- ja terveystoimen kokonaisuudesta vastaavat henkilöt. Yhteistoiminta-alueiden myötä vastaukset kattavat yhä useammin yhtä kuntaa laajemman alueen. Tällöin yhteistoiminta-alueilla pienten kuntien näkemykset eivät enää tule erillisinä vastauksina esille.

Kyselyn palautteissa esitettiin muutamia kommentteja, joissa todettiin muistisairaille ihmisille tarjottavien palvelujen olevan eri tasoisia yhteistoiminta-alueeseen kuuluvissa kunnissa. Lisäksi jotkut vastaajista kuvasivat vaikeuden ottaa kantaa palvelukokonaisuuteen, esimerkiksi silloin kun sosiaali- ja perusterveydenhuollon tarjonta on jakautunut yhteistoiminta-alueen ja kunnan kesken, tai kun esimerkiksi sairaanhoitopiirin palvelutarjontaa ei tunneta. Kuitenkin kyselyssä tiedustellussa erillisessä kysymyksessä pääosa vastaajista ei arvioinut suurempia puutteita palvelujen yhdenvertaisessa toteutumisessa eri puolilla aluettaan.

Vastauskato

Vastaajien kyselyyn antamissa palautteissa tuli paikoin esille, että kyselyä pidettiin varsin laajana ja vaativana. Muistisairaiden ihmisten palveluja onkin tiedusteltu yksityiskohtaisesti, mikä edellyttää hyvää perehtyneisyyttä. Ennakolta tilanteeseen varauduttiin tuomalla saatekirjeessä esille mahdollisuus vastata ryhmänä tai välittää tarvittaessa kysely omassa organisaatiossa aihepiiriä paremmin hallitsevalle henkilölle. Kyselyn vastaanottajat ovat monesti menettelleetkin näin. Kyselyyn vastanneiden lisäksi sisältöön on tutustunut 60 vastaajaa. Aineistonkeruuseen käytettävissä ollut aika oli hankkeen kokonaisaikataulun haasteellisuuden vuoksi myös varsin napakka.

Muissa vastaavalle vastaajajoukolle tehdyissä kyselytutkimuksissa esille tulleet palautteet kertovat vastaamattomuuden johtuvan ennen kaikkea kiireestä, tuntuvasti yleistyneistä netti- ja muista tiedonkeruista sekä vastaajien lomista ja työsuhteiden muutoksista. Erityisesti sähköpostitse lähetettävien nettikyselyjen huomioarvo on vähentynyt niiden yleistyttyä. (Sosiaalibarometri 2009.) Vastaajat eivät kuitenkaan käyttäneet tarjottua mahdollisuutta postikyselyyn. Aineistonkeruun ajanjaksolle osui helatorstaivapaa, jonka yhteydessä monet ovat pitäneet pidemmänkin loman.

Kyselyyn vastaamattomuudessa näkyvät myös lähivuosina toteutuneet runsaat muutokset, kuten kuntaliitokset ja yhteistoiminta-alueiden käynnistämiset, jotka ovat johtaneet laajempiin toiminta-alueisiin ja uusiin tehtäväjakoihin ja vastuuhenkilöihin.

Aineiston analysointi

Analysoinnissa on keskeisintä kuvata tiiviisti tuoreet, vuoden 2010 tulokset. Tuloksia tarkastellaan pääosin kokonaisaineistosta. Analyysseja on syvennetty ja tiivistetty esimerkiksi luokitelujen ja summamuuttujien avulla.

Aiemmissa kyselyissä yhdenmukaisesti tiedustelluista kysymyksistä kuvataan ajallinen muutos. Ajallista vertailua tehdään poikkileikkauksina. Pääsääntöisesti vuosivertailutiedot esitetään vain yhdenmukaisesti eri vuosina tiedustelluista kysymyksistä, mutta tekstissä tuodaan esille myös aihepiiristä toisin kysytyt muotoilut. Tällöin eri vuosina käytetyt toisistaan poikkeavat käsitteet todetaan erikseen.

Kymmenen vuoden aikana toteutetuissa kolmesta kyselystä ilmenee alan käsitteiden muutos: esimerkiksi strategioita tai ohjelmia kuvaavat käsitteet ovat muotoutuneet vuoden 2000 vanhuspoliittisesta ohjelmasta vuoden 2010 ikääntymispoliittisiksi strategioiksi. Paikallistasolla strategioista käytetään eri nimityksiä, joten kyselyssä teemaa tiedusteltaessa esitettiin useita käsitteitä. Palveluja kuvaavat käsitteet ajanmukaistettiin kyselyssä, esimerkiksi käsitteet avo- ja laitoshuolto vastaamaan nykyisin käytettyjä.

Palvelujen organisoinnissa kuntien ja yhteistoiminta-alueiden rakenteelliset ratkaisut poikkeavat kovastikin toisistaan. Tämän vuoksi on kyselyyn pyritty valitsemaan käsitteitä, jotka olisivat ymmärrettäviä ja arvioitavia eri lähtökohdista käsin. Kahden edeltävän kyselyaineiston tulosten vertailusta tekee lisäksi haasteellisen vuoden 2005 jälkeen toteutetut lukuisat kuntaliitokset sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen organisointi useamman kunnan laajuisiksi yhteistoiminta-alueiksi. Vuosivertailuja tulkittaessa onkin muistettava, että vuonna 2005 vielä yksittäisistä kunnista vastuualueensa näkökulmasta osallistuneet vastaajat ovat monin paikoin väistyneet vastaajajoukosta, ja tuoreimmat tiedot kattavat alueellisesti ja väestöllisesti laajempia alueita, joiden sisälle jää jossain määrin erilaistuvaa kehitystä.

Soveltuvien osien aineistosta esitetään taustamuuttujakohtaisia tarkasteluja. Taustamuuttujina on käytetty tällöin luokiteltua asukasmäärää, suuraluetta sekä tietoa siitä, onko alueella toteutettu kuntaliitosta tai järjestetäänkö palvelut yhteistoiminta-alueella. Tuloksista on raportoitu pääsääntöisesti tilastollisesti merkitsevät erot (sig.* $p < 0,05$). Muissa tapauksissa on mainittu erikseen, mikäli erot eivät ole tilastollisesti merkitseviä. Taustamuuttujatarkasteluja on tehty harkiten vastausten pienehkön lukumäärän vuoksi. Soveltuvissa kohdin on tuotu esille myös vastausten kattama kuntamäärä. Kuntakattavuuden prosentuaalinen jakauma on useimmiten varsin yhdenmukainen vastausten jakaumaan nähden.

Raportoinnissa on käytetty tulosten tiivistämiseksi ja lukijoiden omien tulkintojen mahdollistamiseksi runsaasti tilastografiikkaa ja taulukoita. Enimmäkseen kyselyn tulokset on esitetty vastausten jakaumiin perustuvina prosentuaalisina pylväskuviaina. Näin lukijat voivat perehtyä tuloksiin nopeasti. Pylväskuvioiden esitystapana on käytetty eniten summapylväskuviota.

II Tulosten raportointi

1. Muistityötä ohjaavat ohjelmat ja strategiat

Muistihäiriö- ja dementia-työn ohjelma tai muistiohjelma³ on 29 prosentilla Muistibarometri-kyselyyn vastanneista alueista, lisäksi 12 prosenttia kertoi ohjelman olevan parhaillaan valmisteltavana. Vastausten kuntakattavuus on lähes samansuuruinen (ks. seuraava taulukko). Laaditut tai päivitettyt ohjelmat ovat pääosin tuoreita, toteutuneet kuluvan vuoden aikana tai vuosina 2008-2009.

59 prosentilla vastanneista alueista erillistä muistityöhön liittyvää ohjelmaa ei ole. Kuitenkin noin viidennes vastaajista kuvasi muistihäiriö- ja dementia-työn ohjelman olevan suunnitelmassa. Kyselyn kattavista kunnista erillistä muistisairauksiin liittyvää ohjelmaa suunnittelee 28 prosenttia.

Muistiohjelman toteuttaminen ei eronnut tilastollisesti merkitsevästi asukasmäärän, suuralueen tai toteutettujen kuntaliitosten tai yhteistoiminta-alueiden suhteen. Yksittäisenä erona voi kuitenkin todeta, että muistiohjelmaa on runsaammin väestömäärältään suurilla, yli 40 000 asukkaan alueilla. Näillä alueilla vajaa puolet vastaajista kertoi voimassaolevasta muistiohjelmasta, kun taas tätä pienempien väestömäärien alueista noin neljännes oli laatinut erillisen muistiohjelman. Lisäksi Etelä-Suomen kyselyyn vastanneilla alueilla oli muita suuralueita yleisemmin (40%) jo laadittu muistiohjelma.

Toukokuun 2010 tilannetta voi verrata viiden vuoden kuluessa voimakkaasti muuttuneiden kunta- sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteiden aluerajojen vuoksi vain varovasti edellisiin barometrikyselyihin⁴. Vuoden 2000 tuloksista ilmenee, että 12 prosentilla kuntia oli laadittu tai parhaillaan tekeillä dementiaohjelma (Tervonen 2000, 27). Kymmenen vuoden kehityksestä on nähtävissä, että tietoisuus muistisairauksista ja suunnitelmalliset toimenpiteet näyttävät lisääntyneen vuosikymmenen aikana, sillä erillisohjelmia laatineiden kuntien osuus on hiljalleen kasvanut.

Taulukko 3. Muistityötä käsittelevät strategiat ja ohjelmat.

	2005		2010 vastaajista		2010 vastausten kuntakatta- vuudesta
	lkm	%	lkm	%	%
Muistihäiriö- ja dementia-työn ohjelma / muistiohjelma					
kyllä	21	12	21	29	31
ei vielä, valmistellaan	17	10	9	12	11
ei vielä, suunnitelmassa	42	25	16	22	28
ei	86	50	27	37	30
Ikääntymispoliittinen / vanhuspoliittinen strategia					
kyllä	113	70	59	80	78
ei vielä, valmistellaan	33	20	10	14	14
ei vielä, suunnitelmassa	7	4	2	3	2
ei	8	5	3	4	6

Ikääntymispoliittinen tai vanhuspoliittinen strategia on eriytynyttä muistihäiriö- tai dementia-työn ohjelmaa selvästi yleisemmin käytössä. Valtaosalla, 80 prosentilla, vastanneista kunnista

³ Osassa kunnista nimityksenä käytetään mm. muistisairaalan potilaan hoitoketju, dementoituneen hoitopolku tai muistipotilaan hoitoketju.

⁴ Vuonna 2000 vastaajilta tiedusteltiin pelkästään kyllä ja ei -vastausvaihtoehdoilla kaksi kysymystä: onko kunnassa vanhuspoliittinen ohjelma ja onko kunnassa tai yhteistyössä lähikuntien kanssa laadittu muistihäiriöiden ja dementian aiheuttamista palveluiden tarpeista oma toiminta-ohjelma.

ja yhteistoiminta-alueista strategia on parhaillaan voimassa. Muistakin kunnista suurimmalla osalla strategia on jo valmisteilla. Strategian toteuttaminen ei eronnut vastanneilla alueilla tilastollisesti merkitsevästi asukasmäärän, suuralueen tai toteutettujen kuntaliitosten ja yhteistoiminta-alueiden suhteen. Yksittäisenä poikkeamana vastanneilla alueilla korostui 5000-10000 asukkaan alueiden muita alueita suurempi aktiivisuus ikääntymispoliittisissa strategioissa.

Strategian laadinta- tai päivitysajankohtaan kantaa ottaneista alueista puolella strategia on uudistettu tai uudistetaan kuluva vuoden aikana. Lisäksi lähes neljännes (23%) on päivittänyt alueensa strategian kahden edeltävän vuoden aikana (2008-2009). Joka kuudennen strategian laatimisesta on kulunut aikaa yli viisi vuotta.

Strategioiden yleisyyttä on tiedusteltu vastaajilta aiemminkin. Vuonna 2000 54 prosentilla kyselyyn vastanneista kunnista oli voimassa tai tekeillä vanhuspoliittinen ohjelma (Tervonen 2000, 27). Vuonna 2005 seitsemällä kunnalla kymmenestä oli vanhuspoliittinen strategia voimassa, ja viidenneksellä valmistelussa. Tuoreista tuloksista voi varovaisesti arvioida, että ikääntymis- tai vanhuspoliittiset strategiat näyttävät vielä hieman yleistyneen viiden viime vuoden aikana.

Vastaajilta tiedusteltiin erikseen, onko muistityöhön liittyviä asioita huomioitu alueen jossain muussa strategiassa. 30 prosentissa alueita näin on tehty, joskin osa viittasi tässä edelleen vanhuspoliittiseen strategiaan. Yleisimmin muistityön näkökulma on nostettu kunnan tai kaupungin omaan palvelu- tai muuhun kokonaisstrategiaan. Eräillä alueilla muistityötä käsitellään seutukunnallisessa tai muussa alueellisessa hyvinvointistrategiassa. Muistityö huomioidaan joillakin alueilla erityisesti perusterveydenhuollossa, esimerkiksi ikäihmisten terveyspalvelusuunnitelmassa – tai sosiaali- ja terveystoimen strategiassa. Muutamat mainitsivat erilliset hankkeet tai selvitykset mm. vanhuspalveluista. Sosiaali- ja perusterveydenhuollon ulkopuolisista hallinnonalakohtaisista strategioista mainittiin yksittäisenä esimerkkinä liikuntapoliittinen ohjelma.

”Kunnan palvelustrategiassa”

”Seutukunnallinen ikääntymispoliittinen strategia valmistumassa kesällä 2010”

”Selvitys ja ehdotukset terveydenhuollon ja vanhustenhuollon palveluiksi”

”Muistipolku-hanke”

”Esim. Liikuntaviraston liikuntapoliittinen ohjelma ottaa huomioon ennaltaehkäisyn ja toimintakyvyn ylläpitämisen senioriliikunnan osalta”

”Ikäohjelma, Alueellinen hyvinvointi str, pitkäaikaishoidon suunnitelma 2007”

”Vanhuspalvelujen verkkoselvityksessä, Ikäihmisten terveyspalvelusuunnitelmassa”

Muistihäiriöihin liittyvien erityisohjelmien (jatkossa muistiohjelmien), vanhus- tai ikääntymispoliittisten strategioiden (jatkossa ikääntymispoliittinen strategia) ja muiden muistityötä käsittelevien ohjelmien kattavuutta ja mahdollista yhtäaikaista esiintymistä tarkasteltiin erikseen (ks. taulukko 4). Tarkastelusta ilmenee, että ikääntymispoliittiset strategiat ja muistiohjelmat kattavat pääosin kyselyyn vastanneet kunnat. Yhteensä 82 prosenttia vastaajista kertoi, että alueella on voimassa ikääntymispoliittinen strategia, muistiohjelma tai molemmat. Tyypillisimmin jo voimassa on pelkästään ikääntymispoliittinen strategia (40% vastaajista). Sekä ikääntymispoliittinen strategia että muistiohjelma on voimassa tällä hetkellä 13 prosentilla alueista, ja pelkästään jo valmistuneesta muistiohjelmasta kertoi neljä prosenttia vastaajista⁵.

Vain kolme vastaajaa kuvasi, että muistisairauksiin liittyvää tematiikkaa käsitellään pelkästään alueen jossain muussa ohjelmassa tai strategiassa. Näistäkin alueista kahdella oli kuitenkin sekä muistiohjelma että ikääntymispoliittinen strategia vähintään suunnitelmassa.

⁵ Lisäksi 15 prosenttia vastaajista ilmoitti, että muistisairauksien näkökulma on omalla alueella huomioitu voimassa olevassa ikääntymispoliittisessa strategiassa ja jossain muussa strategiassa tai ohjelmassa. Kaikki kolme eri tyyppistä strategiaa ja ohjelmaa on jo käytössä 11 prosentilla alueista.

Pelkästään muissa ohjelmissa tai strategioissa muistityötä käsitellään väestömäärältään pienissä kunnissa. Vastaukset kattavat kyselyyn osallistuneista kunnista kolme.

Joillakin alueilla muistisairauksia käsitellään laajasti eri ohjelmissa ja strategioissa. Vastaa- jista 11 prosenttia kertoi alkukesästä 2010 muistisairauksien näkökulman esiintyvän alueel- laan ikääntymispoliittisessa strategiassa, muistiohjelmassa ja lisäksi jossain muussa ohjel- massa tai strategiassa. Osuus näyttää kasvavan, sillä tämän lisäksi vajaa kymmenesosa vas- taajista kertoi parhaillaan valmisteltavan tai suunniteltavan sekä ikääntymispoliittista strate- giaa että muistiohjelmaa.

Taulukko 4. Muistityön näkökulman sisältävien strategioiden ja ohjelmien päällekkäisyys.

	vastaajista	
	lkm	%
Kolme erilaista strategiaa/ohjelmaa voimassa	8	11
Ikääntymispoliittinen strategia ja muistiohjelma	10	13
Ikääntymispoliittinen strategia ja muu strategia	11	15
Vain ikääntymispoliittinen strategia	30	40
Vain muistiohjelma	3	4
Vain muussa strategiassa/ohjelmassa käsitelty	3	4
Ei mikään voimassa	10	13
Yhteensä	70	100

Mikäli edelleen tarkastellaan pelkästään jo käytössä olevia strategioita ja ohjelmia, vain yksi vastaaja kertoi, että muistityön näkökulmaa ei ole huomioitu missään strategiassa tai ohjel- massa, eikä sitä vastaajan mukaan edes suunnitella. Kyseessä on väestömäärältään hyvin pieni kunta.

Lisäksi alkukesästä 2010 noin joka kahdeksas vastaaja toi esille, ettei muistityötä tällä hetkellä ohjannut mikään voimassaoleva ohjelma tai strategia. Kaikilla näillä alueilla strate- giatyö oli kuitenkin jo käynnistetty. Yksityiskohtaisempi tarkastelu osoitti, että näissä kunnis- sa on toteutunut viime vuosina suuria rakenteellisia muutoksia, joko kuntaliitoksia tai sosiaali- ja terveydenhuollon organisoimista useamman kunnan kattavaksi yhteistoiminta-alueeksi. Kahden alueen ratkaisuja selittää osaltaan se, että ne ovat väestömäärältään pieniä, alle 4000 asukkaan kuntia.

Muistisairaiden määrän huomioiminen palveluja suunniteltaessa

Suosittelun pohjalta muistisairaiden ihmisten palveluja tulisi määrittää alueen muistisairaiden ihmisten määrän perusteella. Tätä ei ole vielä kaikilla alueilla toteutettu. 72 prosenttia vastaa- jista totesi käytetyn palveluja suunniteltaessa arviota alueen muistisairaiden ihmisten mää- rästä.

Mitä väestömäärältään suuremmasta kunnasta tai alueesta on kyse, sitä tyypillisemmin palveluja on suunniteltu muistisairaiden ihmisten määrän pohjalta. Suuralueiden kesken suunnittelukäytännöt eivät tältä osin poikkea toisistaan tilastollisesti merkitsevästi. Sen sijaan tuloksissa on viitteitä siitä, että erillisen muistiohjelman laatineilla tai sitä parhaillaan valmis- televilla alueilla on muita alueita yleisemmin jo otettu huomioon muistisairauksien esiinty- vyys.

Muistityötä ohjaavien ohjelmien ja strategioiden painotukset

Vastaajia pyydettiin arvioimaan, miten alueen muistihäiriö- ja dementiatyön ohjelma tai ikääntymispoliittinen strategia huomioi aivoterveysten edistämistä ja muistisairaiden ihmisten tarpeita erällä osa-alueilla (ks. liite 1).

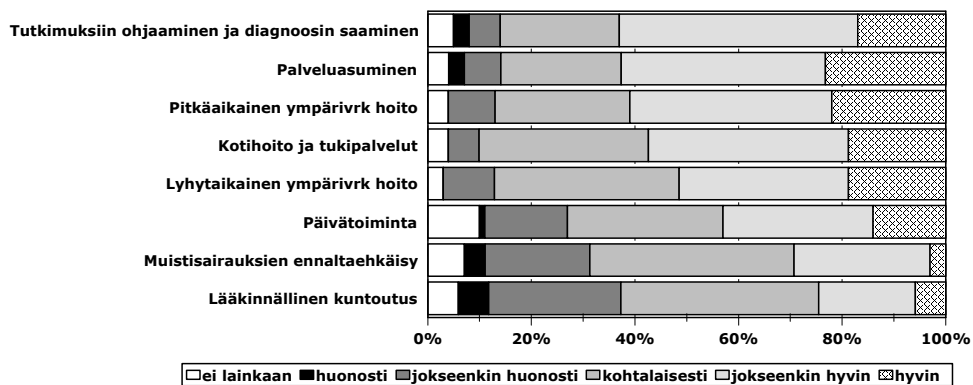
Parhaimmin strategioissa ja ohjelmissa kyetään tällä hetkellä ottamaan huomioon tutki- muksiin ohjaaminen ja diagnoosin saaminen sekä palveluasumiseen ja pitkäaikaiseen ympäri- vuorokautiseen hoitoon liittyvät tarpeet. Näiden katsoo toteutuvan hyvin tai jokseenkin hyvin

hieman yli 60 prosenttia vastaajista. Puutteelliseksi näiden kolmen näkökulman huomioimisen alueensa strategioissa arvioi 13-15 prosenttia vastaajista. Tutkimuksiin ohjaamisen ja diagnoosin saamisen arvioidaan tällä hetkellä näkyvän selkeästi paremmin strategioissa ja ohjelmissa kuin viisi vuotta aiemmin. Vuonna 2005 vielä runsas neljännes vastaajista katsoi, että muistisairaiden ihmisten tutkimuksiin ohjaamista ja diagnoosin saamiseen ei kiinnitetty riittävästi huomiota alueen strategioissa ja ohjelmissa.

Lähes yhtä myönteisiä arvioita (58%) annetaan kotihoidon ja tukipalvelujen huomioon ottamisesta strategioissa, vaikka tilannetta ei arvioida yhtä usein hyväksi kuin viisi vuotta aiemmin (67%).

Noin puolet arvioi otettavan varsin hyvin huomioon alueellaan lyhytaikaisen ympärivuorokautisen hoidon, ja päivätoiminnan jo selkeästi alle puolet.

Lääkinnällistä kuntoutusta ja muistisairauksien ennaltaehkäisyä ei vastaajien mukaan osata vielä ottaa läheskään riittävästi huomioon strategioissa ja ohjelmissa. Vain neljännes pitää lääkinällisen kuntoutuksen ja hieman yli neljännes (29%) muistisairauksien ennaltaehkäisyn huomioimista alueensa strategioissa edes jokseenkin hyvänä. Huonona tai täysin puuttavana lääkinällisen kuntoutuksen tarpeiden huomioimista pitää 38 prosenttia ja muistisairauksien ennaltaehkäisyssä lähes kolmannes vastaajista. Päivätoiminta sai kolmanneksi eniten kielteisiä arvioita: runsas neljännes katsoo, että oman alueen strategioissa ja ohjelmissa ei huomioida lainkaan tai vain heikosti muistisairaiden ihmisten päivätoiminnan tarpeet.



Kuvio 1. Alueen muistihäiriö- ja dementiatyön ohjelman / ikääntymispoliittisen strategian kyky huomioida aivoterveysten edistämisen ja muistisairaiden ihmisten tarpeet eräillä osa-alueilla.

Näyttää siltä, että muistihäiriö- ja dementiatyön ohjelmissa tai ikääntymispoliittisissa strategioissa pystytään ottamaan parhaiten huomioon muistisairaiden ihmisten asumiseen ja hoitoon liittyvät tarpeet. Myönteistä on myös tutkimuksiin ohjaamisen ja diagnoosin saamisen näkökulman myönteiset arviot ja aiempaa parempi mukaan ottaminen. Sen sijaan aivoterveysten edistämistä ja toisaalta kuntouttavaa aspektia, mukaan lukien päivätoiminta, ei käsitellä vastaajien mukaan vielä läheskään riittävästi muistisairaiden ihmisten palveluja ja muuta toimintaa suuntaavissa ohjelmissa ja strategioissa.

2. Muistisairaille ihmisille suunnattujen palvelujen saatavuus ja laatu

Seuraavassa tarkastellaan kuntien muistisairaille tarjoamia palveluja niiden saatavuuden ja laadun näkökulmasta. Arvioitaessa palvelujen saatavuutta ja laatua seuraavassa esitettävien tulosten näkökulmasta on muistettava, että kyseessä on palveluja tarjoavien tahojen itsearviointi eli alueen sosiaali- ja terveysjohtajan, vanhuspalveluiden tai muun vastaavan muistisairaiden ihmisten palveluista vastaavan organisaation edustajan arvioihin perustuva näkemys.

Palvelujen tarkastelu on jaettu seitsemään palvelukokonaisuuteen/teemaan, joista jokaisesta tarkastellaan ensin palvelujen saatavuutta ja sen jälkeen palvelujen laatua. Osassa palvelukokonaisuuksia saatavuutta ja laatua mitataan samoissa palveluissa, osassa laatutarkastelu on saatavuustarkastelua suppeampi. Erityishenkilöstöä ja muistipoliklinikoita tarkastellaan ainoastaan niiden saatavuuden (so. olemassaolon) näkökulmasta. Lisäksi palveluissa tehdään vertailua vuoden 2005 Muistibarometrissä esitettyihin kysymyksiin siltä osin kuin kysymykset ovat vertailukelpoisia. Vertailu on kuitenkin rajoitettua ja varovaista, sillä vertailua hankaloittavat kunta- ja vastaajarakenteessa tapahtuneet muutokset.

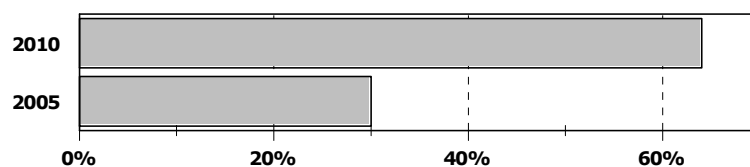
2.1 Erityishenkilöstö, muistipoliklinikat ja -neuvolat

Vastaajilta selvitettiin, onko heidän toiminta-alueensa perusterveydenhuollossa olemassa muistipoliklinikka tai muistineuvola. Lisäksi tiedusteltiin, onko vastaajan toiminta-alueella muistihoitajaa ja muistikoordinaattoria.

Vastanneista alueista lähes kahdella kolmesta on olemassa muistipoliklinikka tai muistineuvola perusterveydenhuollossa. Vastaavasti hieman yli kolmanneksella sellaista ei ole. Suurimmalla osalla alueista muistipoliklinikoita on yksi, mutta muutamilla alueilla niitä on useita, enimmillään kuusi kappaletta.

Suuralueiden palvelutarjonta ei tältä osin poikkea toisistaan tilastollisesti merkitsevästi. Kuitenkin yksittäisenä erona on nähtävissä Itä-Suomen vähäisempi muistipoliklinikoiden osuus. Muistipoliklinikat tai -neuvolat ovat yleisimpiä väestömäärältään suurimmilla alueilla. Yli 20 000 asukkaan palvelualueista yli yhdeksällä kymmenestä on oma yksikkö, kun alle 5000 asukkaan kunnissa erillisen muistipoliklinikan tai neuvolan on perustanut kolmannes ja 5000 - 10 000 asukkaan alueista puolet. 10 000 - 20 000 asukkaan väestöpohjalla näitä yksiköitä on noin seitsemällä kymmenestä vastanneista alueista. Muistipoliklinikoiden ja -neuvoloiden alueellista kattavuutta näyttävät lisänneen kuntaliitokset.

Verrattaessa tilannetta viiden vuoden takaiseen on muistipoliklinikoiden ja -neuvoloiden kattavuus kehittynyt suotuisasti. Vuonna 2005 kyselyyn vastanneista kunnista vain kolmanneksella oli muistipoliklinikka tai -neuvola.

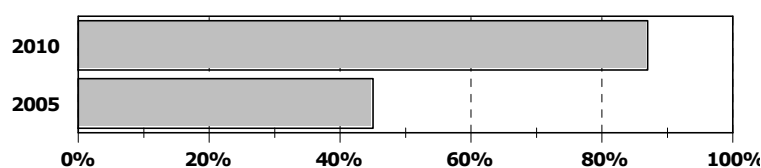


Kuvio 2. Muistipoliklinikoita ja -neuvoloita kyselyyn vastanneista alueista vuosina 2005 ja 2010.

Muistihoitajia on lähes yhdeksällä kymmenestä vastanneista alueista, vain 13 prosentilta sellainen puuttuu. Myös muistihoitajien kattavuus on lisääntynyt viimeisen viiden vuoden aikana, sillä vuonna 2005 muistihoitajia oli vain 45 prosentilla vastanneista kunnista.

Alueista 45 prosentilla muistihoitaja on osa-aikainen ja 35 prosentilla kokoaikainen. Seitsemällä prosentilla on sekä osa-aikainen/sia että kokopäivätoiminen/sia muistihoitaja/jia. Viidesosalla alueista on yksi osa-aikainen muistihoitaja. Kaksi osa-aikaista muistihoitajaa löytyy 16 prosentilta ja tätä useampia joka kymmenenneltä alueelta. Kokoaikaisia muistihoitajia on kaiken kaikkiaan neljäsosalla alueista yksi, seitsemällä prosentilla hoitajia on kaksi ja kahdella alueella (3 %) hoitajia on useampia.

Taustamuuttujatarkasteluissa ei syntynyt tilastollisesti merkitseviä eroja. Yksittäisinä poikkeamina on havaittavissa muistineuvojien toimien olevan jossain määrin harvinaisempia alle 10 000 asukkaan alueilla ja suuralueista Pohjois-Suomessa. Itä-Suomessa muistihoitajia, vähintään osa-aikaisia, näyttää kyselyyn vastanneilla alueilla olevan muita suuralueita useammin.



Kuvio 3. Muistihoitajia kyselyyn vastanneista alueista vuosina 2005 ja 2010.

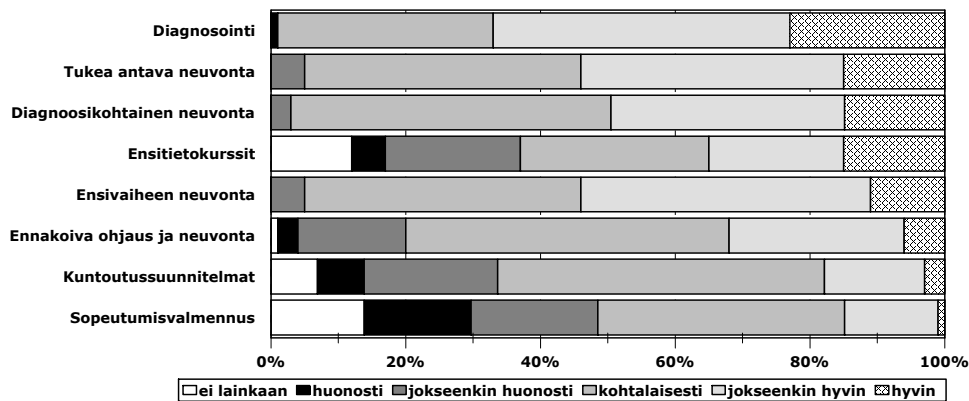
Muistikoordinaattorit ovat harvinaisempia kuin muistihoitajat. Neljäsosalta vastanneista alueista löytyy muistikoordinaattori. Kaiken kaikkiaan kokopäivätoiminen muistikoordinaattori on yhteensä 15 prosentilla ja osa-aikainen 11 prosentilla kyselyyn vastanneista alueista.

Muistikoordinaattoreiden toimet yleistyvät selvästi vasta yli 40 000 asukkaan palvelualueilla, joista näitä tehtäviä on tarjolla lähes kahdella kolmesta alueesta. Yksittäisenä erona on nähtävissä, että Etelä-Suomessa on hieman muita suuralueita useammin muistikoordinaattoreita. Koska vastanneissa on lievä yliedustus Etelä-Suomen ja väestömäärältään suurimmista alueista, näyttäytyy muistikoordinaattoreiden osuus kyselyyn vastanneilla alueilla jossain määrin koko maan tilannetta suurempana. Muistisairaiden ihmisten palvelujen kannalta muistikoordinaattoreiden toimilla on kuitenkin myönteinen vaikutus. Kunnissa, joissa on palkattu muistikoordinaattoreita, on kyetty myös panostamaan muita kuntia ja yhteistoiminta-alueita selvästi useammin erillisen muistiohjelman laatimiseen.

2.2 Palvelut ja neuvonta sairauden alkuvaiheessa

Palvelujen saatavuus sairauden alkuvaiheessa

Seuraavassa kuviossa on esitetty muistisairauden alkuvaiheeseen liittyvien eräiden palvelujen saatavuutta koskevat arviot eri alueilta (ks. myös liite 2). Muistisairauden alkuvaiheen palveluista saatavuus arvioidaan parhaimmaksi diagnosoinnissa. Sairauden diagnosoinnin – sairauden määrittämisen ja jatkotutkimusten – saatavuuden arvioi hyväksi tai jokseenkin hyväksi kaksi kolmesta ja kohtalaiseksi vajaa kolmannes. Vain yhdellä alueella saatavuus arvioidaan huonoksi.



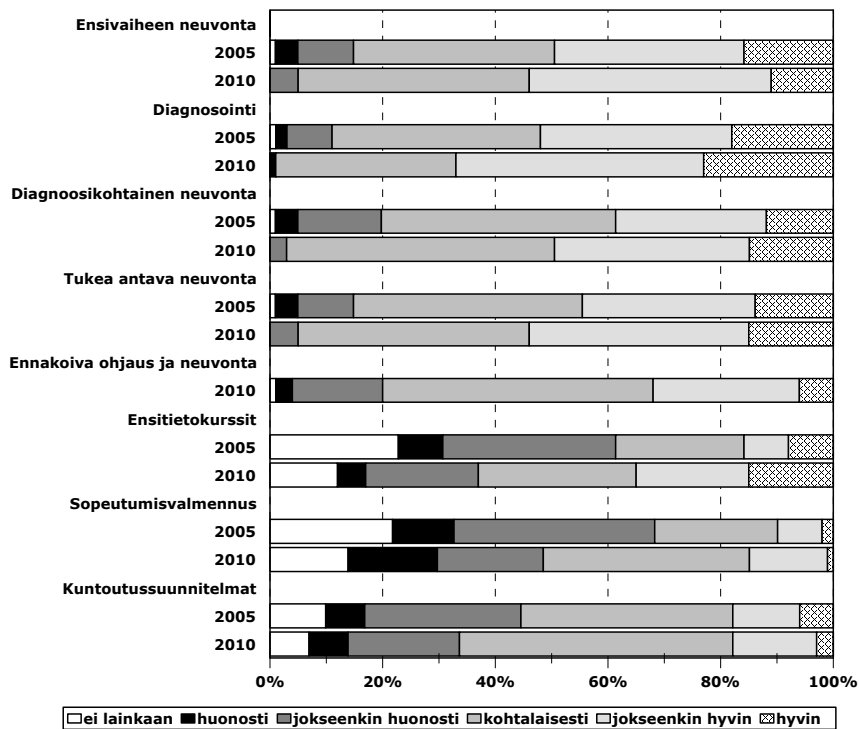
Kuvio 4. Muistisairauden alkuvaiheeseen liittyvän neuvonnan ja palvelujen saatavuus.

Tukea antava ja diagnosoikohtainen neuvonta arvioidaan alkuvaiheen palveluista saatavuudeltaan toiseksi parhaimmiksi. Tukea antavan neuvonnan arvioi vähintään jokseenkin hyväksi 54 prosenttia ja kohtalaiseksi 41 prosenttia. Huonona neuvontaa pitää viisi prosenttia vastanneista alueista. Vastaajista lähes puolet arvioi diagnosoikohtaisen neuvonnan vähintään jokseenkin hyväksi omalla alueellaan, kohtalaisena sitä pitää 48 prosenttia ja kolme prosenttia huonona. Sairauden ensivaiheen neuvonnan – tiedottamisen, tutkimuksiin ja palveluihin ohjaamisen – saatavuutta pitää hyvänä yli puolet, kohtalaisena yli 40 prosenttia ja heikkona viisi prosenttia kyselyyn vastanneista alueista.

Eräisiin palveluihin liittyy edellisiä yleisemmin puutteita. Osasta alueita puuttuvat kokonaan ensietokurssit, sopeutumisvalmennus ja kuntoutussuunnitelmat. Noin joka kahdeksannelta alueelta puuttuvat ensietokurssit ja sopeutumisvalmennus. Kuntoutussuunnitelmat puuttuvat 7 prosentilta vastanneista alueista. Niillä alueilla, joilla näitä palveluja on tarjolla, osassa alueita nähdään ongelmia näiden palvelujen saatavuudessa. Ensietokurssien ja kuntoutuksen saatavuus on vähintäänkin jokseenkin huono neljänneksellä ja sopeutumisvalmennuksen saatavuus yli kolmanneksella. Noin viidenneksessä vastanneita alueita saatavuusongelmia on myös ennakoivassa ohjauksessa ja neuvonnassa koskien edunvalvontaa ja hoitoahtoa. Puutteista huolimatta noin kaksi kolmasosaa vastaajista pitää vähintään kohtalaisena ensietokurssien ja kuntoutussuunnitelmien saatavuutta. Sopeutumisvalmennuksen saatavuutta pitää vähintään kohtalaisena noin puolet ja ennakoivaa ohjausta ja neuvontaa edunvalvonnasta ja hoitotahdosta 79 prosenttia.

Keskiarvotarkastelujen perusteella alkuvaiheen palvelujen saatavuudessa ei pääosin muodostu tilastollisesti merkitseviä eroja käytettävissä olleella aineistolla. Ainoastaan sairauden diagnosoinnissa muodostuu tilastollisesti merkitseviä eroja alle 5000 asukkaan ja muiden kuntien/alueiden välille. Alle 5000 asukkaan alueilla diagnosoinnin saatavuus on arvioitu muita kuntia heikommaksi, mutta diagnosoinnin saatavuus on silti keskimäärin kohtuullisen hyvä kokonaisuudessaan myös alle 5000 asukkaan kunnissa. Kuntatyyppin, maakunnan, suuralueen, viiden viime vuoden aikana toteutettujen kuntaliitosten tai toiminta-alueen kuntien lukumäärän mukaan ei muodostu tilastollisesti merkitseviä eroja alkuvaiheen palveluiden saatavuudessa.

Edellä kuvattu alkuvaiheen palveluja koskeva kysymyspatteri esitettiin aiemmin, vuonna 2005 toteutettua Muistibarometriä varten. Vertailukelpoisuutta vuoden 2005 tuloksiin heikentää viime vuosina Paras-hankkeen myötä lisääntyneet kuntaliitokset ja yhteistoiminta-alueiden luominen. Tämä on johtanut pienten itsenäisesti palvelunsa tuottavien kuntien määrän vähentymiseen, mikä toisaalta voi myös selittää palvelujen saatavuuden kohentumista. Näillä reunaehdoilla, verrattaessa vuoden 2010 tilannetta vuoteen 2005, näyttäisi alkuvaiheen palvelujen saatavuus kohentuneen kautta linjan.



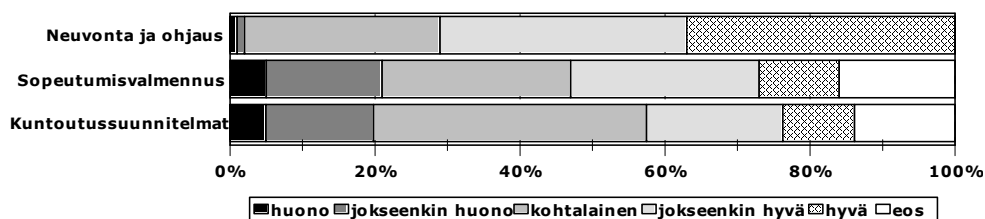
Kuvio 5. Muistisairauden alkuvaiheeseen liittyvän neuvonnan ja palvelujen saatavuus vuosina 2005 ja 2010.⁶

Palvelujen laatu sairauden alkuvaiheessa

Muistisairauden alkuvaiheeseen liittyvien palvelujen laatua tiedusteltiin kolmelta alueelta: neuvonnasta ja ohjauksesta, sopeutumisvalmennuksesta sekä kuntoutussuunnitelmista (ks. myös liite 8). Kahta viimeksi mainittua tiedusteltiin myös vuonna 2005. Sopeutumisvalmennuksen ja kuntoutussuunnitelmien laatuun ei osannut ottaa kantaa 14-16 prosenttia vuonna 2010 kyselyyn vastanneista.

Sopeutumisvalmennuksen laatua pitää hyvänä tai jokseenkin hyvänä 37 prosenttia, kohtalaisena 26 prosenttia ja huonona tai jokseenkin huonona 21 prosenttia vastaajista. Vastaajista 29 prosenttia pitää kuntoutussuunnitelmien laatimisen laatua vähintään jokseenkin hyvänä. Kohtalaisena niiden laatua pitää 38 prosenttia ja huonona tai jokseenkin huonona viidesosa vastaajista.

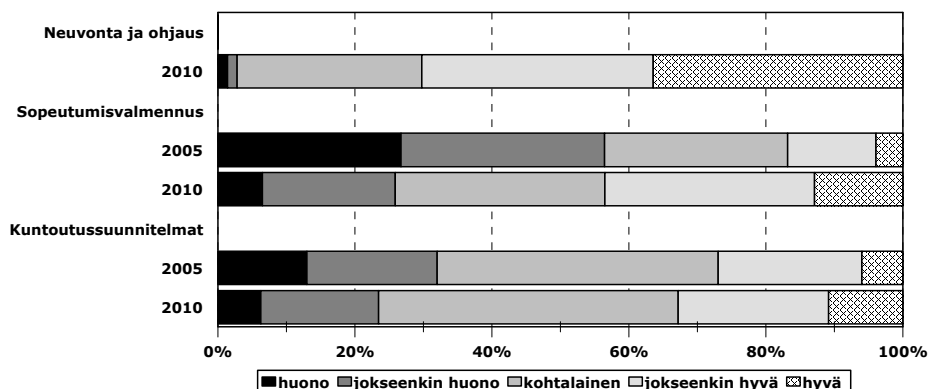
Keskiarvotarkastelujen perusteella alkuvaiheen palvelujen laadussa ei juurikaan muodostu tilastollisesti merkitseviä eroja käytettävissä olleella aineistolla. Ainoastaan alkuvaiheen neuvonnassa muodostuu tilastollisesti merkitseviä eroja alle 5000 asukkaan ja muiden alueiden välille. Kuntatyyppin, maakunnan, suuralueen, viiden viime vuoden aikana toteutettujen kuntaliitosten tai toiminta-alueen kuntien lukumäärän mukaan ei muodostu tilastollisesti merkitseviä eroja alkuvaiheen palveluiden laadussa.



Kuvio 6. Muistisairauden alkuvaiheeseen liittyvän neuvonnan ja ohjauksen laatu.

⁶ Vuonna 2005 vastaajilta ei tiedusteltu ennakoivasta ohjauksesta ja neuvonnasta.

Sekä kuntoutussuunnitelmien että varsinkin sopeutumisvalmennuksen laatu näyttäisi jossain määrin kohentuneen edelliseen tarkasteluun verrattuna⁷.

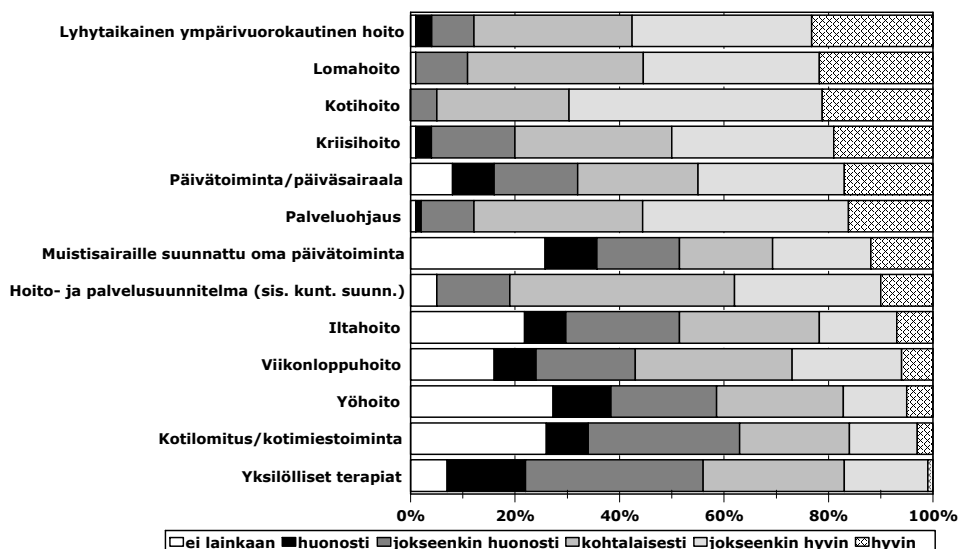


Kuvio 7. Muistisairauden alkuvaiheeseen liittyvän neuvonnan ja palvelujen laatu vuosina 2005 ja 2010⁸.

2.3 Kotona asumista tukevat palvelut

Kotona asumista tukevien palvelujen saatavuus

Muistisairaiden ihmisten kotona asumista tukevien palvelujen saatavuutta tiedusteltiin 13 eri palvelumuodosta (ks. seuraava kuva ja liite 3). Osaa palveluista ei ole lainkaan saatavilla eräillä alueilla. Yli neljäsosasta vastanneita alueita puuttuu yöhoito, kotilomitus/kotimiestoiminta ja muistisairaille suunnattu oma päivätoiminta. Yli viidesosasta alueita puuttuu iltahoito ja noin kuudesosasta viikonloppuhoito. Päivätoiminta/päiväsairaala ja yksilölliset terapiat (esim. fysio- tai toimintaterapiat) puuttuvat 7-8 prosentista alueita. Lisäksi kaikissa näissä edellä luetelluissa palveluissa palvelujen saatavuus arvioidaan varsin harvoin hyväksi tai jokseenkin hyväksi.



Kuvio 8. Muistisairaiden ihmisten kotona asumista tukevien palveluiden saatavuus.

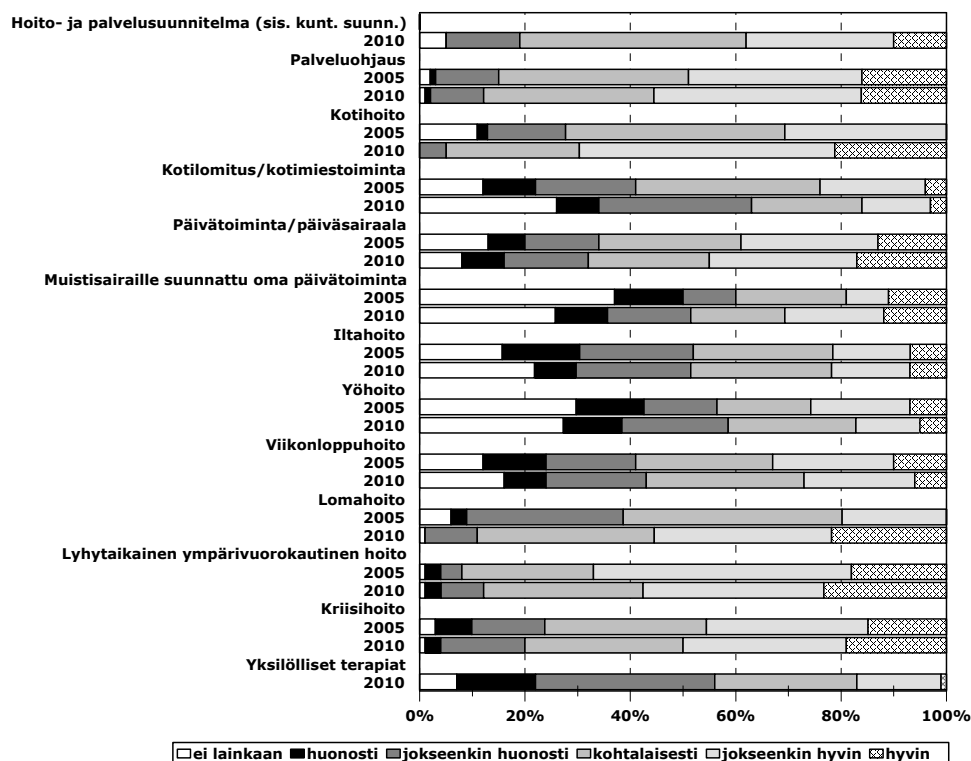
⁷ Tässä ja jatkossa kuvatut laadun ajalliset vertailut on tulkittu varovaisesti. Palvelujen laadun kohentumisesta ei voi tehdä aivan suoraviivaista johtopäätöstä johtuen ei osaa sanoa -vastauksista sekä kuntarakenteen muutoksista ja niiden vaikutuksesta kyselyn perusjoukon rakenteeseen.

⁸ Vuosivertailun mahdollistamiseksi vuoden 2010 arvioista poistettiin ei osaa sanoa -vastaukset. Vuoden 2005 kyselyssä ei ollut erillistä ei osaa sanoa -vaihtoehtoa, mutta ko. aineiston raportoinnissa puuttuva tieto on nostettu esille jakaumiin.

Saatavuudeltaan parhaita muistisairaiden ihmisten kotona asumista tukevista palveluista ovat kotihoito, lyhytaikainen ympärivuorokautinen hoito, palveluohjaus ja lomahoito (palvelujen koordinointi ja neuvonta). Kotihoidon saatavuuden arvioi hyväksi tai jokseenkin hyväksi noin 70 prosenttia alueista sekä lyhytaikaisen ympärivuorokautisen hoidon, palveluohjauksen ja lomahoidon 55 prosenttia.

Kotona asumista tukevien palvelujen saatavuudessa ei pääosin muodostu keskiarvotarkastelujen perusteella tilastollisesti merkitseviä eroja käytettävissä olleella aineistolla. Ainoastaan muistisairaille suunnatussa päivätoiminnassa ja päiväsaaraalapaalveluiden saatavuudessa muodostuu tilastollisesti merkitseviä eroja alle 5000 asukkaan ja muiden alueiden välille. Alle 5000 asukkaan alueilla diagnosoinnin saatavuus on arvioitu muita kuntia heikommaksi. Kuntatyyppin, maakunnan, suuralueen, viiden viime vuoden aikana toteutettujen kuntaliitosten tai toiminta-alueen kuntien lukumäärän mukaan ei muodostu tilastollisesti merkitseviä eroja alkuvaiheen palveluiden saatavuudessa.

Palvelujen saatavuus on kehittynyt useissa kotona asumista tukevissa palveluissa myönteiseen suuntaan vertailtaessa tätä Muistibarometria varten tehdyn kyselyn tuloksia viisi vuotta aikaisempaan. Erityisen positiivisesti saatavuus on kehittynyt kotihoidossa ja lomahoidossa. Saatavuus on puolestaan heikentynyt erityisesti kotilomituksessa/ kotimiestoiminnassa, mutta myös ilta- ja viikonloppuhoidossa sekä kriisihoidossa saatavuus näyttäisi lievästi heikentyneen. Hoito- ja palvelusuunnitelmien sekä yksilöllisten terapioiden saatavuutta ei tiedusteltu viisi vuotta sitten, joten niiden kehitystä ei voida arvioida tässä yhteydessä.



Kuvio 9. Muistisairaiden ihmisten kotona asumista tukevien palveluiden saatavuus vuosina 2005 ja 2010.

Kotona asumista tukevien palvelujen laatu

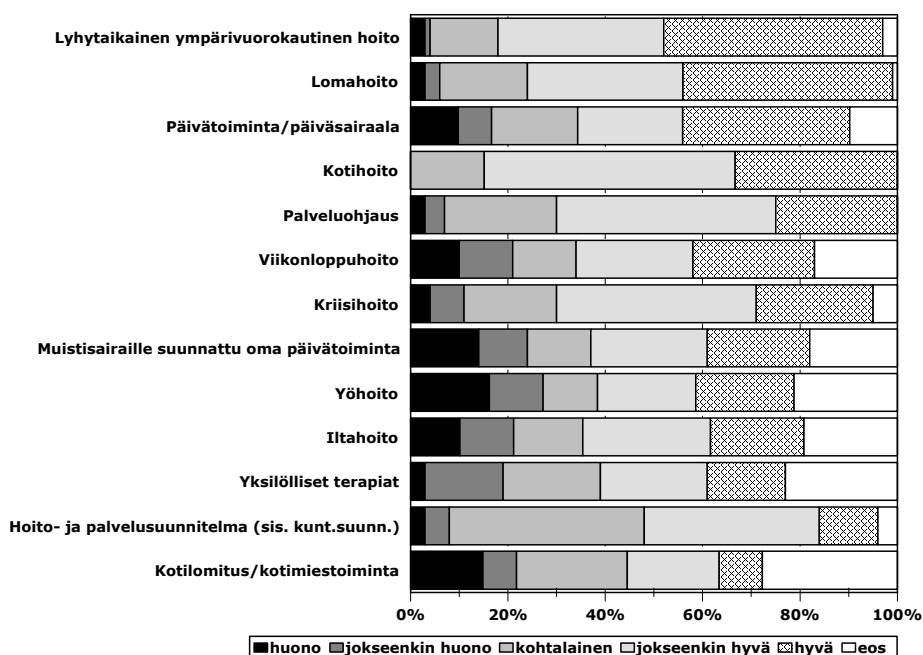
Laatuarviot eivät ole aivan yhtä yksiselitteisiä kuin edellä kuvatut saatavuusarviot ja niihin liittyy tulkinnanvaraisuutta saatavuusarvioita enemmän.⁹ Selkeimmin parhaat laatuarviot saa

⁹ Laatu koskeissa arvioissa oli jonkin verran enemmän puuttuvaa tietoa kuin saatavuusarvioissa (noin 1-8 prosenttia/arvioitava palvelu). Lisäksi laatuarvioissa vastaajilla oli mahdollisuus valita en osaa sanoa -vaihtoehto. Sekä en osaa

kotihoito, mikäli tarkastellaan hyväksi tai jokseenkin hyväksi arvioineiden prosentuaalista osuutta. Kaikki vastaajat arvioivat kotihoidon laadultaan vähintään kohtalaiseksi, ja vähintään jokseenkin hyväksi sen arvioi 85 prosenttia vastaajista. (ks. myös liite 9.)

Niinikään lyhytaikainen ympärivuorokautinen hoito ja lomahoito (tilapäinen laitoshoidotakso) arvioidaan usein laadultaan hyväksi. Lyhytaikaisen ympärivuorokautisen hoidon arvioi laadultaan vähintään jokseenkin hyväksi 80 prosenttia ja lomahoidon kolme neljästä vastaajasta.

Myös kriisihoitoa ja palveluohjausta voi luonnehtia suhteellisen laadukkaiksi eri alueilla kokonaisuudessaan, sillä yli 70 prosenttia vastaajista pitää niitä laadultaan vähintään jokseenkin hyvinä, vaikka hyvänä niitä pitääkin vain noin neljännes vastaajista. Tasalaatuiseksi voi määritellä myös hoito- ja palvelusuunnitelmien (sis. kuntoutussuunnitelmat) laadun, sillä ne näyttävät laadultaan vähintään kohtalaisina lähes yhdeksälle kymmenestä.



Kuvio 10. Muistisairaiden ihmisten kotona asumista tukevien palvelujen laatu.

Vaikka kaikki kotona asumista tukevat palvelut on arvioitu valtaosin vähintäänkin kohtalaisiksi, on muissa kotona asumista tukevissa palveluissa laatu edellä kuvattuja palveluja enemmän polarisoitunut.

Kaksijakoiselta ja samalla heikoimmalta tilanne näyttää yöhoidon laadussa, sillä vähintäänkin jokseenkin huonona sitä pitää 27 prosenttia vastaajista. Jokseenkin hyvänä yöhoitoa alueellaan pitää 40 prosenttia vastaajista. Lisäksi yli neljännes vastaajista ei osannut arvioida yöhoidon laatua tai oli jättänyt kokonaan vastaamatta yöhoidon laatua koskevaan vaihtoehtoon.

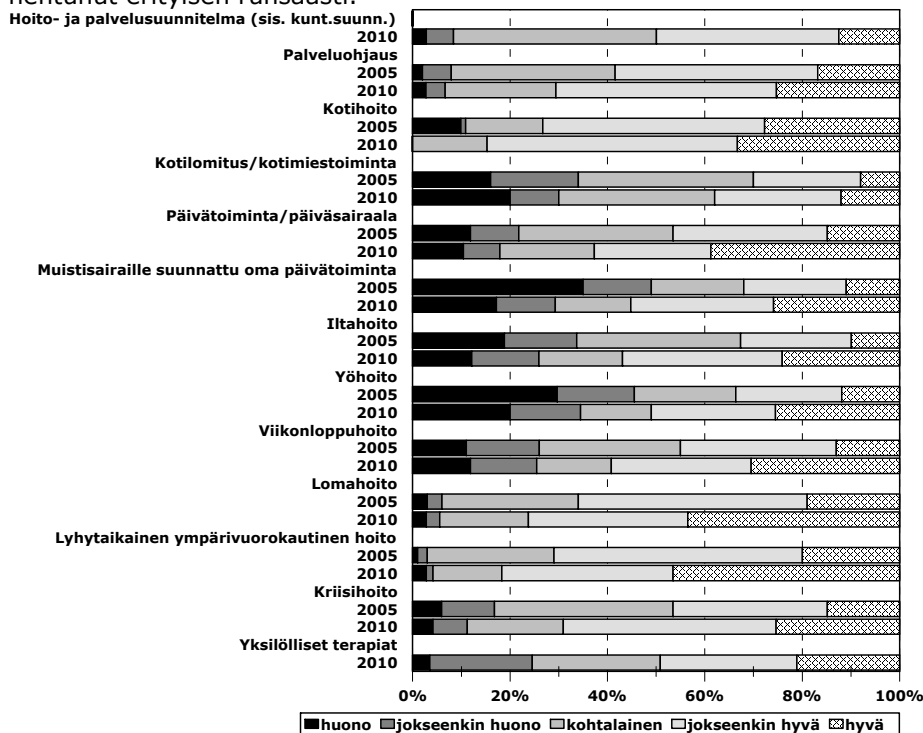
Kotilomituksessa/kotimiestoiminnassa laatu on myös polarisoitunut selkeästi: huonona tai jokseenkin huonona laatua pitää 22 prosenttia ja hyvänä tai jokseenkin hyvänä 28 prosenttia. Kuitenkin vähintään kohtalaisena kotilomituksen/kotimiestoiminnan laatua pitää puolet vastaajista. Kotilomitustoiminnan laatuun ei osannut ottaa kantaa 28 prosenttia ja lisäksi 8 prosenttia kaikista vastaajista jätti kokonaan arvioimatta kotilomitustoiminnan laadun. Luonnollinen syy tälle on tietysti se, ettei palvelua ole tarjolla kaikilla alueilla (vrt. edellä luku kotona asumista tukevien palvelujen saatavuudesta).

sanoa -vaihtoehdon vastausten määriä että puuttuvaa tietoa selittää osin se, ettei palvelua ole saatavilla, jolloin laatu-arvioitakaan ei pysty tekemään tai sitä ei pitäisi tehdä.

Osalta vastaajia heikkoja laatu-arvioita saavat myös muistisairaille suunnattu päivätoiminta/päiväsairaala, iltahoito ja yksilölliset terapiat. Keskimäärin kuitenkin yli 70 prosentissa alueita näiden palvelujen laatu on vähintään kohtalainen.

Keskiarvotarkastelujen perusteella kotona asumista tukevien palvelujen laadussa muodostuu tilastollisesti merkitseviä eroja eri alueiden välille. Kotihoito/kotimiestoiminta, päivätoiminta/päiväsairaala, dementoituneiden oma päivätoiminta, iltahoito, yöhoito, viikonloppuhoito ja yksilölliset terapiat on arvioitu laadultaan heikommiksi alle 20 000 asukkaan kunnissa/alueilla. Lisäksi neuvonta ja ohjaus sekä lyhytaikainen ympärivuorokautinen hoito on arvioitu laadultaan muuta alueita heikommaksi alle 5000 asukkaan alueilla.

Vertailtaessa¹⁰ palvelujen laatu-arvioita viiden vuoden takaisen kyselyn tuloksiin, näyttäisi muistisairaiden kotona asumista tukevien palvelujen laatu kohentuneen kautta linjan. Lomahoidossa, lyhytaikaisessa ympärivuorokautisessa hoidossa ja päivätoiminnassa laatu on kohentunut erityisen runsaasti.



Kuvio 11. Muistisairaiden ihmisten kotona asumista tukevien palvelujen laatu vuosina 2005 ja 2010.

2.4 Muut tukipalvelut

Muiden tukipalvelujen saatavuus

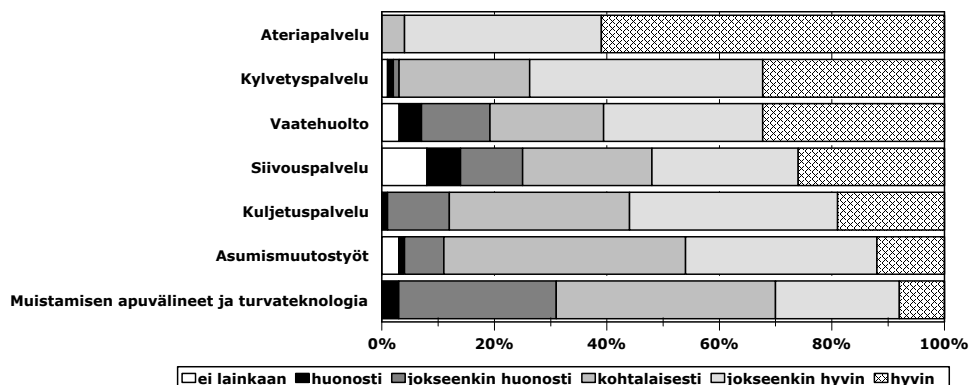
Muistisairaille suunnattuihin muihin tukipalveluihin on tässä kyselyssä luettu kuuluvaksi ateriapalvelu, kylvetyspalvelu, vaatehuolto, siivouspalvelu, kuljetuspalvelu, asumismuutostyöt sekä muistamisen apuvälineet ja turvateknologia (ks. myös liite 4). Pääsääntöisesti kaikilla vastanneilla alueilla on saatavilla näitä palveluja, paitsi vaatehuoltoa (puuttuu 3%:lta) siivouspalveluja (puuttuu 8 %:lta), asumismuutostöitä (puuttuu 3 %:lta) ja kylvetyspalveluja (puuttuu 1 %:lta).

Saatavuudeltaan parhaimmiksi arvioidaan ateriapalvelut, joita on saatavilla vähintään kohtalaisesti kaikilla alueilla. Myös kylvetyspalveluja on saatavissa vähintään kohtalaisesti lä-

¹⁰ Vertailtavuuden mahdollistamiseksi on vuoden 2010 tuloksista poistettu en osaa sanoa -luokka.

hes kaikilla alueilla. Myös useissa muissa palveluissa saatavuus on vähintään kohtuullisella tasolla enemmistössä kuntia.

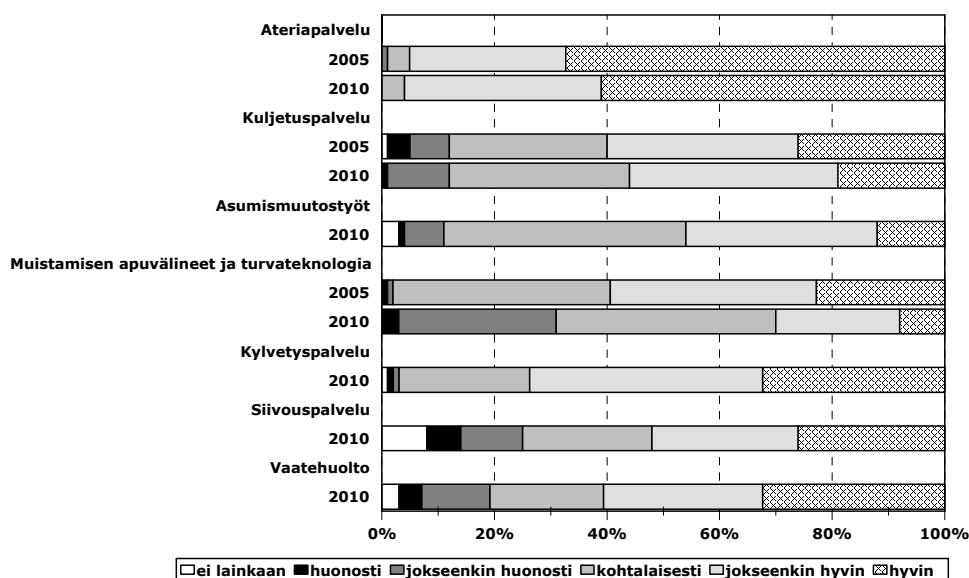
Saatavuudessa olevat pulmat liittyvät erityisesti muistamisen apuvälineisiin ja turvateknologiaan, joiden saatavuus on huonoa tai jokseenkin huonoa lähes kolmanneksessa alueita. Siivouspalvelujen saatavuudessa on pulmia lähes neljäsosassa ja vaatehuollon lähes viidesosassa alueita, kun huomioidaan myös ne kunnat, joissa palvelua ei ole lainkaan tarjolla. Asumismuutostöissä ja kuljetuspalveluissa on vastaavasti pulmia noin 10 prosentilla.



Kuvio 12. Muistisairaiden ihmisten muiden tukipalvelujen saatavuus.

Keskiaivotarkastelujen perusteella ei muiden tukipalvelujen saatavuudessa muodostu tilastollisesti merkitseviä eroja käytettävissä olleella aineistolla kuntakoon, kuntatyyppin, maakunnan, suuralueen, viiden viime vuoden aikana toteutettujen kuntaliitosten tai toiminta-alueen kuntien lukumäärän mukaan.

Verrattaessa muiden tukipalvelujen saatavuutta viiden vuoden takaiseen tilanteeseen, on tilanne heikentynyt muistamisen apuvälineiden ja turvateknologian saatavuudessa sekä lievästi kuljetuspalveluissa ja ateriapalvelussa. Asumismuutostöiden, kylvetyspalvelujen, siivouspalvelujen ja vaatehuollon saatavuutta ei tiedusteltu viisi vuotta sitten.

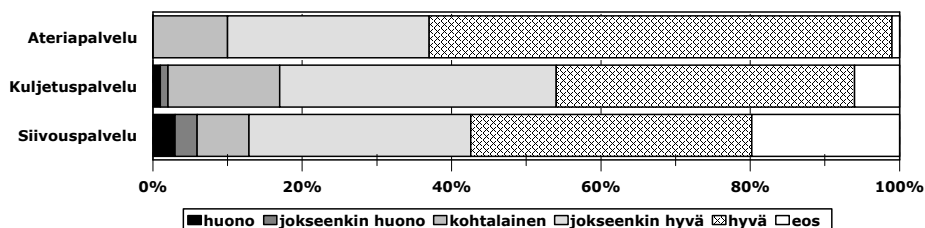


Kuvio 13. Muistisairaiden ihmisten muiden tukipalvelujen saatavuus vuosina 2005 ja 2010.

Muiden tukipalvelujen laatu

Muiden tukipalvelujen laatua¹¹ tarkasteltiin kolmessa palvelussa: ateriapalveluissa, kuljetuspalveluissa ja siivouspalveluissa (ks. myös liite 10). Laatuarviot eivät ole aivan yhtä yksiselitteisiä kuin edellä kuvatut saatavuusarviot ja niihin liittyy tulkinnanvaraisuutta saatavuusarvioita enemmän.

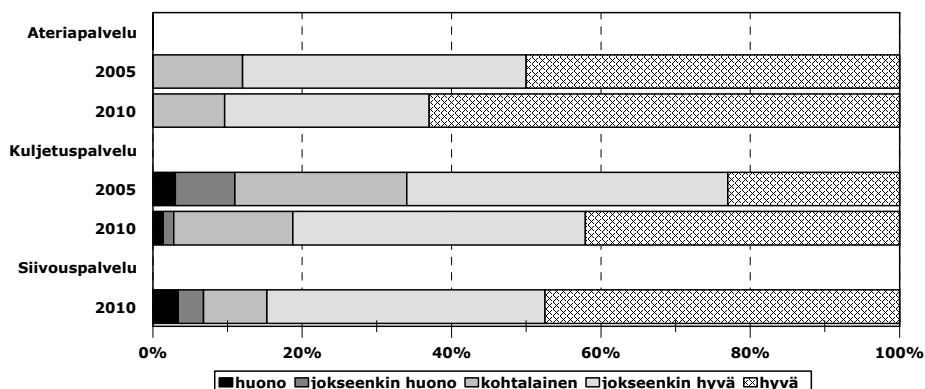
Ateriapalvelujen laatu on lähes kaikilla alueilla vähintään kohtalainen. Jokseenkin hyvinä tai hyvinä niitä pitää noin 90 prosenttia vastaajista. Kuljetuspalvelujen laatua pitää vähintään jokseenkin hyvänä kolme neljästä vastaajasta ja siivouspalvelujen laatua kaksi kolmesta vastaajasta.



Kuvio 14. Muistisairaiden ihmisten muiden tukipalvelujen laatu.

Muiden tukipalvelujen laadussa ei ole tilastollisesti merkitseviä eroja kuntatyyppin, maakunnan, suuralueen, viiden viime vuoden aikana toteutettujen kuntaliitosten tai toiminta-alueen kuntien lukumäärän mukaan. Eri alueilta annetut laatuarviot ovat hyvin yhdenmukaisia.

Sekä ateriapalvelujen että kuljetuspalvelujen laadun arvioidaan kohentuneen, mikäli arvioita verrataan viiden vuoden takaisiin.¹² Siivouspalvelujen laatua ei tiedusteltu viisi vuotta sitten.



Kuvio 15. Muistisairaiden ihmisten muiden tukipalvelujen laatu vuosina 2005 ja 2010.

2.5 Omaisten tuki ja palvelut

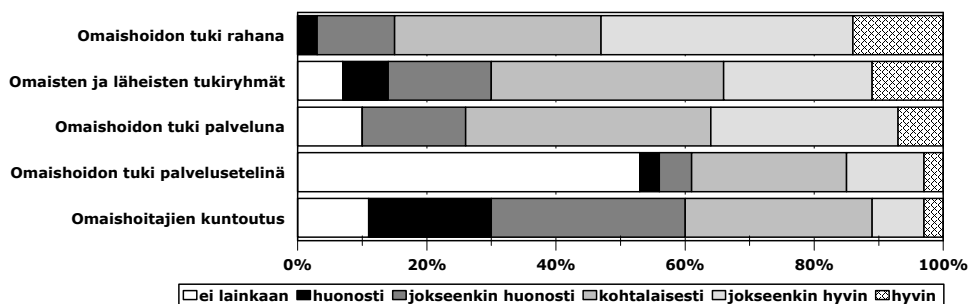
Omaisten tuen ja palvelujen saatavuus

Kyselyssä tiedusteltiin omaisille suunnatun tuen ja palvelujen saatavuutta (ks. myös liite 5). Valtaosin kysyttyjä palveluita on kyselyyn vastanneilla alueilla saatavilla, lukuun ottamatta omaishoidontukea palvelusetelinä, joka puuttuu yli puolelta. Noin kymmenellä prosentilla alu-

¹¹ Laatua koskevilla arvioilla oli jonkin verran enemmän puuttuvaa tietoa kuin saatavuusarvioissa (noin 1-8 prosenttia/arvioitava palvelu). Lisäksi laatuarvioissa vastaajilla oli mahdollisuus valita en osaa sanoa -vaihtoehto. Sekä en osaa sanoa -vaihtoehdon vastausten määriä että puuttuvaa tietoa selittää osin se, ettei palvelua ole saatavilla, jolloin laatu-arvioitakaan ei pysty tekemään tai niitä ei vastaajien olisi pitänyt tehdä.

¹² Vertailtavuuden mahdollistamiseksi on vuoden 2010 tuloksista poistettu en osaa sanoa -luokka.

eita ei ole saatavana omaishoidontukea palveluna ja omaishoitajien kuntoutusta. Läheisten tukiryhmiä ei ole seitsemällä prosentilla.

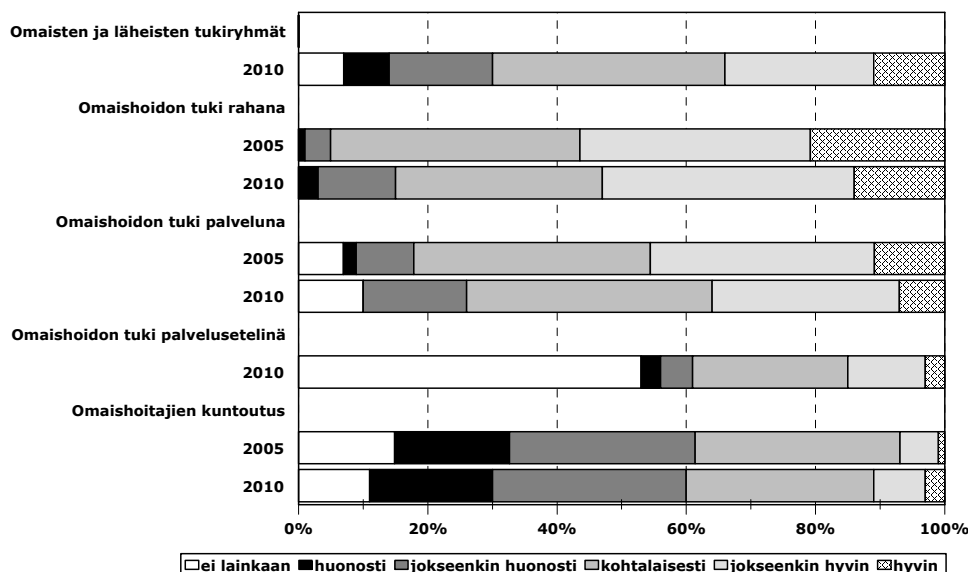


Kuvio 16. Muistisairaiden omaisten tuen ja palvelujen saatavuus.

Omaishoidon tukea palveluna on saatavissa vähintään kohtalaisesti kolmessa neljästä vastaanotetusta alueesta, omaisten ja läheisten tukiryhmiä 70 prosentilla ja omaishoidon tukea rahana 85 prosentilla. Sen sijaan omaishoitajien kuntoutusta on saatavissa vähintään kohtalaisesti vain 40 prosentilla.

Keskiaivotarkastelujen perusteella omaisten tuen ja palvelujen saatavuudessa muodostuu jonkin verran tilastollisesti merkitseviä eroja käytettävissä olleella aineistolla. Omaisten ja läheisten tukiryhmiä on saatavilla heikommin alle 5 000 asukkaan kunnissa ja ylipäätään tilastollisen kuntaryhmittelyn mukaisesti maaseutumaisissa kunnissa. Alle 5000 asukkaan alueilla myös omaishoitajien kuntoutus on arvioitu keskimäärin heikommin saatavilla olevaksi kuin suuremmissa kunnissa. Omaishoidon tukea on palveluna muita alueita heikommin saatavilla Uudellamaalla, Varsinais-Suomessa ja Kanta-Hämeessä sekä suuralueittain tarkasteltuna Etelä-Suomessa. Muuten kuntatyyppin, maakunnan, suuralueen, viiden viime vuoden aikana toteutettujen kuntaliitosten tai toiminta-alueen kuntien lukumäärän mukaan ei muodostu tilastollisesti merkitseviä eroja omaisten tuen ja palveluiden saatavuudessa.

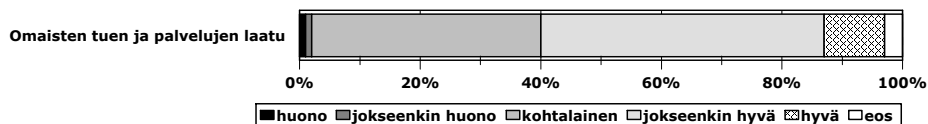
Verrattaessa omaisten tuen ja palvelujen saatavuutta viiden vuoden takaisen kyselyn tuloksiin, on sekä rahana maksettavan että palveluna saatavan omaishoidon tuen saatavuus heikentynyt. Erityisesti rahana maksettavan tuen saatavuus on heikentynyt selkeästi. Omaishoitajien kuntoutuksen saatavuus on säilynyt lähes ennallaan. Palvelusetelien ja omaisten tukiryhmien saatavuutta ei tiedusteltu viisi vuotta sitten tehdyssä kyselyssä.



Kuvio 17. Muistisairaiden omaisten tuen ja palvelujen saatavuus vuosina 2005 ja 2010.

Omaisten tuen ja palvelujen laatu

Omaisten tuen ja palvelujen laatu arvioidaan valtaosin positiivisesti (ks. myös liite 11). Kymmenesosa vastanneista pitää laatua hyvänä, lähes puolet jokseenkin hyvänä ja lähes 40 prosenttia kohtalaisena. Kaiken kaikkiaan siis 95 prosenttia kaikista vastaajista pitää siis laatua vähintään kohtalaisena. Ainoastaan kolme prosenttia vastaajista ei osannut sanoa kantaansa laatuun ja kaksi prosenttia piti laatua jokseenkin huonona tai huonona.



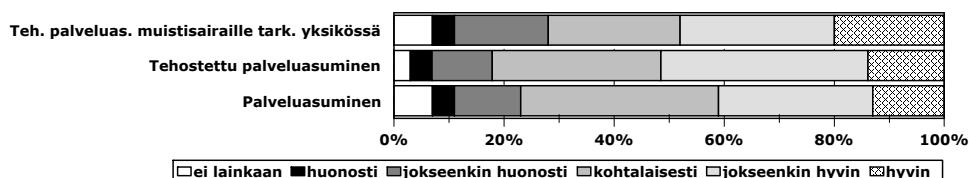
Kuvio 18. Muistisairaiden omaisten tuen ja palvelujen laatu.

Keskiarvotarkastelujen perusteella omaisten tuen ja palvelujen laadussa ei muodostu tilastollisesti merkitseviä eroja käytettävissä olleella aineistolla kuntatyyppin, maakunnan, suuralueen, viiden viime vuoden aikana toteutettujen kuntaliitosten tai toiminta-alueen kuntien lukumäärän mukaan.

2.6 Palveluasuminen

Asumispalvelujen saatavuus

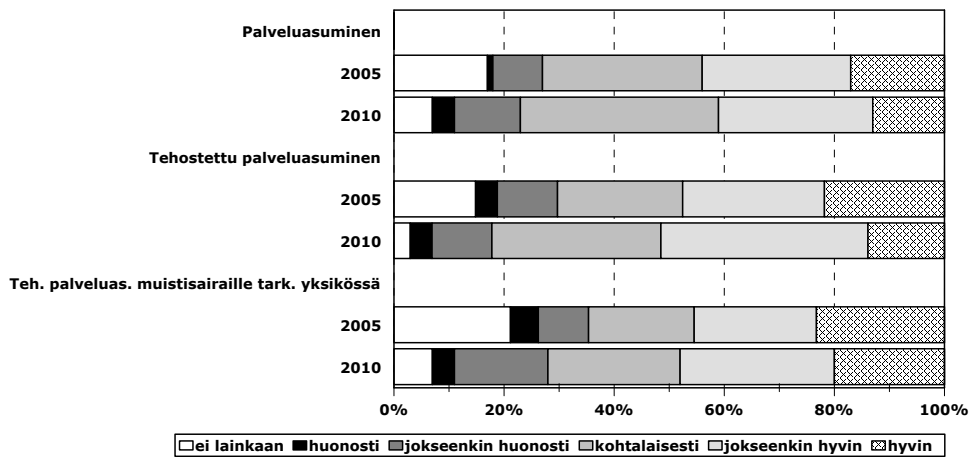
Asumispalveluja on saatavilla lähes kaikilla kyselyyn vastanneilla alueilla pääosin vähintään kohtalaisesti (ks. myös liite 6). Tehostettua ympärivuorokautisesti valvottua palveluasumista on saatavilla vähintään kohtalaisesti 83 prosentilla, tehostettua palveluasumista muistisairaille tarkoitetussa yksikössä 72 prosentilla ja yövalvonnatonta palveluasumista 77 prosentilla. Seitsemällä prosentilla ei ole lainkaan tarjolla palveluasuntoa muistisairaille tarkoitetussa yksikössä. Samalla määrällä ei ole myöskään tarjolla palveluasumista, jossa ei ole yövalvontaa. Tehostettu ympärivuorokautisesti valvottu palveluasuminen puuttuu kolmelta prosentilta.



Kuvio 19. Muistisairaiden ihmisten palveluasumisen saatavuus.

Asumispalvelujen saatavuudessa ei muodostu keskiarvotarkastelujen perusteella tilastollisesti merkitseviä eroja käytettävissä olleella aineistolla kuntatyyppin, maakunnan, suuralueen, viiden viime vuoden aikana toteutettujen kuntaliitosten tai toiminta-alueen kuntien lukumäärän mukaan.

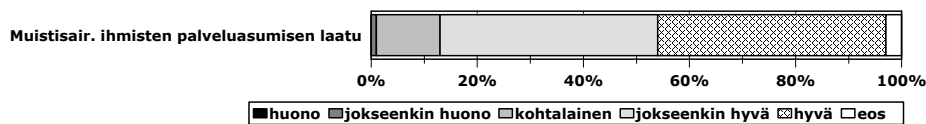
Palveluasumista on nykyisin saatavilla aiempaa paremmin. Viiden vuoden takaiseen kyselyyn verrattuna niiden alueiden osuus, joissa palvelua ei ole lainkaan tarjolla tai sitä on ollut tarjolla vain huonosti tai melko huonosti, on vähentynyt.



Kuvio 20. Muistisairaiden ihmisten palveluasumisen saatavuus vuosina 2005 ja 2010.

Asumispalvelujen laatu

Asumispalvelut arvioidaan kokonaisuudessaan laadultaan valtaosin vähintään kohtalaisiksi (ks. myös liite 11). Peräti 84 prosenttia vastanneista pitää palveluasumisen laatua joko hyvänä tai jokin hyvin. Kolme prosenttia vastanneista ei osaa arvioida niiden laatua.



Kuvio 21. Muistisairaiden ihmisten palveluasumisen laatu.

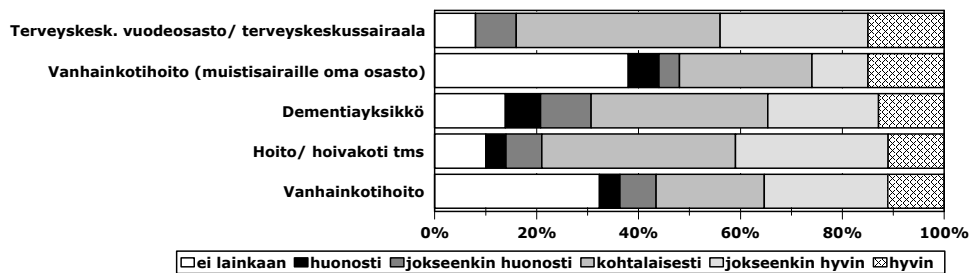
Asumispalvelujen laadussa ei muodostu keskiarvotarkastelujen perusteella tilastollisesti merkitseviä eroja käytettävissä olleella aineistolla kuntatyyppin, maakunnan, suuralueen, viiden viime vuoden aikana toteutettujen kuntaliitosten tai toiminta-alueen kuntien lukumäärän mukaan.

2.7 Ympäri vuorokautinen hoito

Ympäri vuorokautisen hoidon saatavuus

Muistisairaiden ympärivuorokautisen hoidon saatavuudessa on puutteita erityisesti vanhainkotihoitossa (ks. myös liite 7). Sekä tavanomaista vanhainkotihoitoa ilman eriytettyjä osastoja että muistisairaille tarkoitettu osasto ei ole lainkaan saatavilla huomattavassa osassa alueita. Kolmanneksessa vastanneita alueita ei ole saatavilla ympärivuorokautista vanhainkotihoitoa ja lähes 40 prosentilla ei ole saatavilla hoitoa muistisairaille eriytettyillä osastoilla.

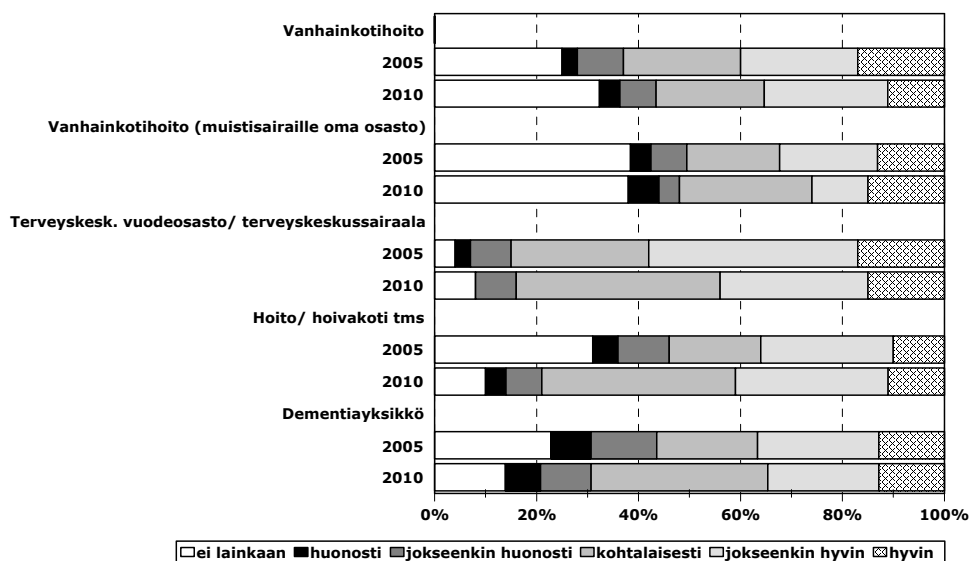
Parhaiten ympärivuorokautista hoitoa on saatavilla terveyskeskuksen vuodeosastolla tai terveyskeskussairaalassa, joissa hoitoa on saatavilla vähintään kohtalaisesti 84 prosentilla alueista. Hoito- tai hoivakodin tyyppisissä yksiköissä tapahtuvan hoidon saatavuuden on arvioinut vähintään kohtalaiseksi 80 prosenttia vastanneista alueista. Hoidon saatavuuden demensitiayksiyöissä, joissa potilailla on dementia-sairausten diagnoosi ja erityishoidon tarve, arvioi vähintään kohtalaiseksi 70 prosenttia vastaajista.



Kuvio 22. Muistisairaiden ihmisten ympärivuorokautisen hoidon saatavuus.

Keskiarvotarkastelujen perusteella ympärivuorokautisen hoidon saatavuudessa ei pääosin muodostu tilastollisesti merkitseviä eroja käytettävissä olleella aineistolla. Vanhainkotihoitoa muistisairaille tarkoitetuilla omilla osastoilla on muita alueita selkeästi heikommin saatavilla Itä- ja Pohjois-Suomessa sekä väestömäärän perusteella alle 20 000 asukkaan kunnissa/alueilla.

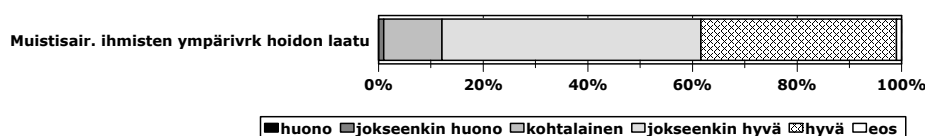
Osassa ympärivuorokautisen hoidon palveluita saatavuus on säilynyt suunnilleen ennallaan, osassa heikentynyt ja osassa kohentunut, kun tilannetta verrataan edellisen barometrin tuloksiin vuodelta 2005. Ympärivuorokautisen vanhainkotihoitoon ja terveyskeskusten vuodeosastohoidon saatavuus on vähentynyt. Ympärivuorokautisen vanhainkotihoitoon saatavuus omalla muistisairaille tarkoitettulla osastolla on säilynyt suunnilleen ennallaan. Ympärivuorokautisten hoito- ja hoivakotipalvelujen sekä dementiayksiköiden saatavuus on lisääntynyt.



Kuvio 23. Muistisairaiden ihmisten ympärivuorokautisen hoidon saatavuus vuosina 2005 ja 2010.

Ympärivuorokautisen hoidon laatu

Ympärivuorokautisen hoidon laatua arvioidaan erittäin positiivisesti (ks. myös liite 11). Vastaajista 87 prosenttia pitää laatua joko hyvänä tai jokseenkin hyvänä ja 10 prosenttia kohtalaisena. Vain yksi vastaaja pitää laatua huonona ja yksi vastaaja ei osaa arvioida laatua.



Kuvio 24. Muistisairaiden ihmisten ympärivuorokautisen hoidon laatu.

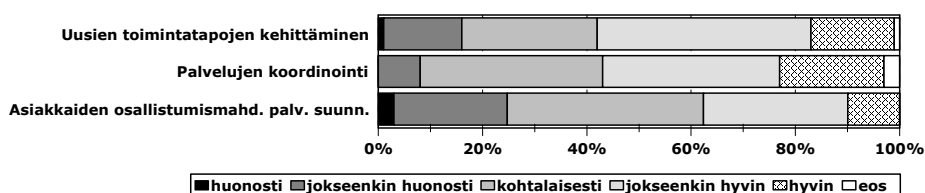
Ympäri vuorokautisen hoidon laadussa on tilastollisesti lähes melkein merkitseviä eroja Itä-Suomen ja muiden suuralueiden välillä. Itä-Suomessa ympärivuorokautisen hoidon laatu on arvioitu hieman kielteisemmin kuin muilla suuralueilla, mutta silti sielläkin se on arvioitu tasoltaan jokseenkin hyväksi.

2.8 Palvelujen kehittäminen, koordinointi, asiakkaiden osallistuminen ja yhdenmukainen saatavuus

Vastaajilta tiedusteltiin kolmea yleisesti muistityön palveluja koskevaa seikkaa: uusien toimintatapojen kehittämistä, palvelujen koordinoimista ja asiakkaiden osallistumismahdollisuutta palvelujen suunnitteluun.

Näistä heikoimmin arvioidaan tällä hetkellä toteutuvan asiakkaiden osallistumismahdollisuuksien palvelujensa suunnitteluun. Neljännes vastaajista arvioi asiakkaiden osallistumismahdollisuudet huonoiksi tai jokseenkin huonoksi, myönteisenä tilannetta piti 38 prosenttia.

Muistisairauksiin liittyvien palvelujen koordinoimista arvioi toteutuvan varsin hyvin runsas puolet vastaajista (54%), puutteellisuutta koordinoimista piti alle kymmenesosa (8%). Hieman enemmän kritiikkiä kohdistui uusien toimintatapojen kehittämiseen: heikkona sitä piti joka kuudes vastaaja. Kuitenkin yli puolet (57%) vastaajista katsoi uusien toimintatapojen kehittämisen toteutuvan tällä hetkellä hyvin tai jokseenkin hyvin.



Kuvio 25. Eräiden seikkojen toteutuminen muistisairaiden sekä heidän läheistensä ja omaishoitajiensa palveluissa.

Palvelujen yhdenmukainen saatavuus alueiden sisällä

Vastaajilta tiedusteltiin erillisellä kysymyksellä näkemystä siitä, miten yhdenmukaisesti eri puolilla kuntaa tai yhteistoiminta-aluetta asuvien muistisairaiden ja heidän omaistensa palvelujen saatavuus toteutuu. Pääosin palvelujen arvioidaan toteutuvan yhdenmukaisesti. Yhdenmukaisuuden arvioi toteutuvan hyvin tai melko hyvin 53 prosenttia ja kohtalaisesti 37 prosenttia vastaajista. Loput arvioivat yhdenmukaisuuden alueiden sisällä toteutuvan jokseenkin huonosti. Arvioissa ei ole tilastollisesti merkitseviä eroja kuntatyyppin, maakunnan, suuralueen, viiden viime vuoden aikana toteutettujen kuntaliitosten tai toiminta-alueen kuntien lukumäärän mukaan. Kuitenkin yksittäisenä erona Itä-Suomen ja toisaalta yhteistoiminta-alueiden arvioissa näkyy muita alueita enemmän kriittisyyttä.

3. Asiakaspalautteet

Vajaa puolet vastaajista kertoo alueellaan kerättävän palautetta muistisairaiden, heidän läheistensä ja omaishoitajien palveluista. 53 prosenttia vastaajista kuvaa, ettei asiakaspalautetta kerätä. Tämä koskee vajaata puolta vastausten kattamista kunnista.

Asiakaspalautetta ei kerätä erityisesti väestömäärältään pienemmissä, alle 20 000 asukkaan alueilla. Vastaavasti asiakaspalautteita kerätään lähes poikkeuksetta yli 40 000 asukkaan kunnissa ja yhteistoiminta-alueilla. Suuralueiden, yhteistoiminta-alueita perustaneiden tai kuntaliitoksia toteuttaneiden kuntien ja muiden kuntien kesken ei ole nähtävissä tilastollisesti merkitseviä eroja. Yksittäisenä erona tulee suuralueista esille Etelä-Suomi, missä vastaajat kuvaavat asiakaspalautteita kerättävän muita suuralueita useammin. Palautteiden keräämiseen vaikuttaa sen sijaan alueella muutoinkin vahva muistityön orientaatio: mikäli alueella on laadittu erillinen muistityön tai dementia-työn ohjelma, on myös asiakaspalautteiden kokoaminen muistityön palveluista yleisempää.

Taulukko 5. Asiakaspalautteen kerääminen muistisairaiden, heidän läheistensä ja omaishoitajien palveluista.

	vastaajista	vastausten kattamista kunnista
	%	%
Ei	53	46
Satunnaisesti	19	18
Systemaattisesti	25	27
Osasta satunnaisesti ja osasta systemaattisesti	3	9
Yhteensä	100	100

Palautetta kerätään kokonaisuutena 54 prosentissa kyselyyn osallistuneista kunnista. Muutama vastaaja kertoi osasta muistityöhön liittyvistä palveluista kerättävän satunnaisesti ja osasta systemaattisesti palautetta. Kyselyyn osallistuneista kunnista noin kymmenesosassa toimitaan näin.

Neljännes vastaajista totesi, että omalla alueella asiakaspalautteet toteutetaan kokonaisuutena systemaattisesti. Systemaattinen asiakaspalautteen kokoaminen koskettaa neljänestä kyselyn kattamista kunnista. Palautetta kerätään tällöin erityisesti kotihoidosta, joskin useimmat mainitsivat useita eri palveluja. Osalla alueita systemaattista palautetta todettiin koottavan kaikista vanhuspalveluista. Myös omaishoidosta, palveluasumisesta ja päivätoiminnasta kerätään muita tyypillisemmin systemaattista palautetta. Palaute on paikoin organisoitu säännöllisesti asiakkaille ja omaisille toteutettavien kyselyin. Yksittäisinä mainintoina esille tulivat lisäksi palautteen kerääminen tukipalveluista, ehkäisevistä kotikäynneistä, ympärivuorokautisesta hoidosta, vanhainkodista, asumispalveluista, dementiayksiköistä, ryhmätoiminnoista, muistipoliklinikan toiminnasta, neuvontapalveluista ja kotisairaanhoidosta.

"kotihoito, omaishoito, palveluasuminen, tehostettu palveluasuminen, vanhainkoti, ryhmätoiminnoissa kerätään suoraa asiakaspalautetta"

"säännölliset asiakas- ja omaistyytyväisyyskyselyt 2-3 vuoden välein"

"ennaltaehkäisevät kotikäynnit, omaishoitajien luona tehdyt voimavarakartoitukset"

"Kaikissa hoito- ja vanhuspalvelujen toimintayksiköissä"

Noin viidennes vastaajista kertoi alueellaan kerättävän asiakaspalautetta muistityöhön liittyvistä palveluista satunnaisesti. Vastaukset koskevat lähes viidennestä kuntia. Satunnaisempi palautteiden kerääminen koskee avovastausten perusteella useimmin kotihoitoa, omaishoitoa sekä dementia- ja palveluasumisyksiköitä ja hoivakoteja. Sen lisäksi palautetta kerätään muistityöhön liittyvästä hankkeesta tai sitä saatetaan koota esimerkiksi palautelaatikon avulla.

Palautteiden hyödyntämistä tiedusteltiin erikseen. Pääosin vastaajat totesivat asiakaspalautteiden avulla kehitettävän toimintaa toivottuun suuntaan. Tällöin palaute analysoidaan ja koostetta käsitellään henkilöstön tai vastaavasti esimiesten kanssa, jotta asiakkaiden tarpeisiin pystyttäisiin vastaamaan jatkossa paremmin. Osa otti esille palautekoosteiden viemisen myös lautakunnan käsittelyyn tai tuloksista tiedottamisen omaisille suunnatuissa tapahtumissa. Palautteiden pohjalta järjestetään henkilöstölle koulutusta, joskus on päädytty uuteen toimintakäytäntöön ja paikoin tietoa on käytetty esimerkiksi vanhusstrategian päivityksessä tai vuoden kehittämissuunnitelman laatimisessa. Yksittäisissä vastauksissa palautteita kerrottiin hyödynnettävän yksilökohtaisessa asiakastyössä, palvelusuunnitelmien täsmennyksessä.

"Palvelujen kehittämisessä ja toiminnan suunnittelussa. Huomioidaan asiakkailta tulevat toiveet ja tarpeet ja pyrimme palvelujärjestelmää kehittämään niin, että se vastaisi asiakkaan tarpeita. Yksilökohtaisia palvelusuunnitelmia ja ratkaisuja tilanteisiin."

"Kyselyistä nostetaan kehittämiskohteita painopistealueiksi, joiden kehittämiseen panostetaan esim. henkilöstön koulutuksella."

"TAK-arviointijärjestelmä käytössä. Tulokset analysoidaan yhdessä henkilökunnan kanssa ja laaditaan niiden pohjalta kehittämissuunnitelma ko. vuodelle. Palautteista ja kehittämissuunnitelmista tiedotetaan myös omaisille omaistenilloissa."

"kuukausittaiset omaishoitajatapaamiset, omaispalaute vuorohoidon aikana"

"Toimintaa kehitetään myös asiakaspalautteiden pohjalta, esim. [kaupunki poistettu] perustettu omaishoidon tukitiimi antamaan tuke, ohjausta ja virikevapaita etenkin muistisairaiden omaishoitajille."

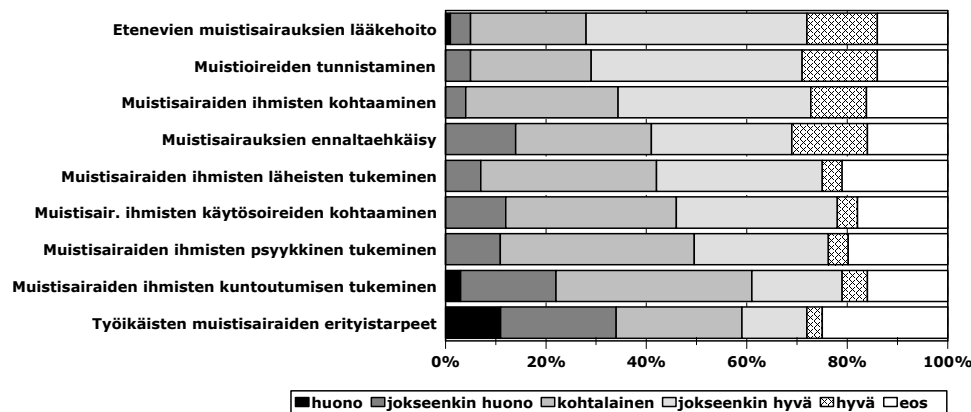
"Kyselyistä kootaan tulokset, jotka vanhuspalveluiden johto raportoi paitsi työyksiköille myös sosiaali- ja terveyslautakunnalle, jota kautta tieto kulkeutuu myös poliittisille päättäjille, joka seuraa tilannetta säännöllisesti."

"Vanhusstrategian päivittämisessä sekä strategisten tavoitteiden asettamisessa ja tarkistamisen yhteydessä Palvelutoiminnan kehittämisessä - henkilöstön kehittämisiltapäivissä, koulutussuunnittelussa."

4. Ammattihenkilöstön osaaminen

Ammattihenkilöstön osaamista tarkasteltiin yksityiskohtaisesti eri osaamisalueilla ja erikseen eri tahoilla: terveyskeskuksessa, kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa hoidossa (ks. myös liitteet 12 ja 13).

Vastaajien oli vaikeinta ottaa kantaa ammattihenkilöstön osaamiseen **terveyskeskuksissa**. Myönteisimmin arvioidaan terveyskeskushenkilöstön osaamista etenevien muistisairauksien lääkehoidossa ja muistioireiden tunnistamisessa. Näitä pitää alueellaan hyvänä noin kuusi vastaajaa kymmenestä. Lähes yhtä hyvin katsotaan toteutuvan muistisairaiden ihmisten kohtaamisen terveyskeskuksissa, minkä arvioi hyvin tai melko hyvin toteutuvaksi puolet vastaajista.

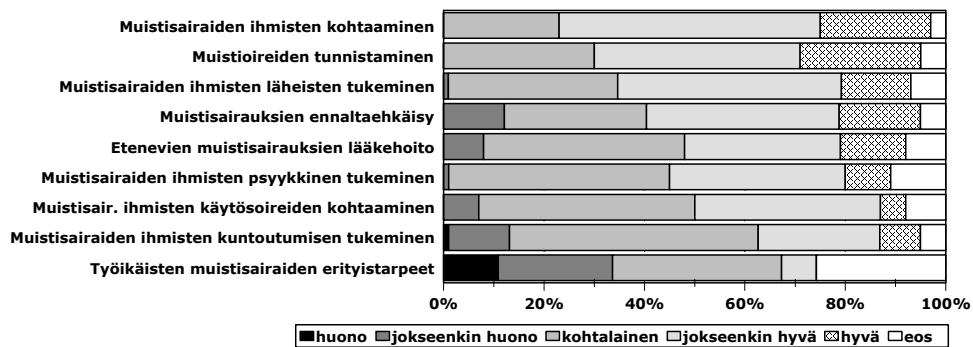


Kuvio 26. Ammattihenkilöstön osaaminen terveyskeskuksessa.

Puutteita terveyskeskusten ammattihenkilöstön osaamisessa nähdään erityisesti työikäisten muistisairaiden erityistarpeiden huomioimisessa (34%) ja muistisairaiden ihmisten kuntoutumisen tukemisessa (22%).

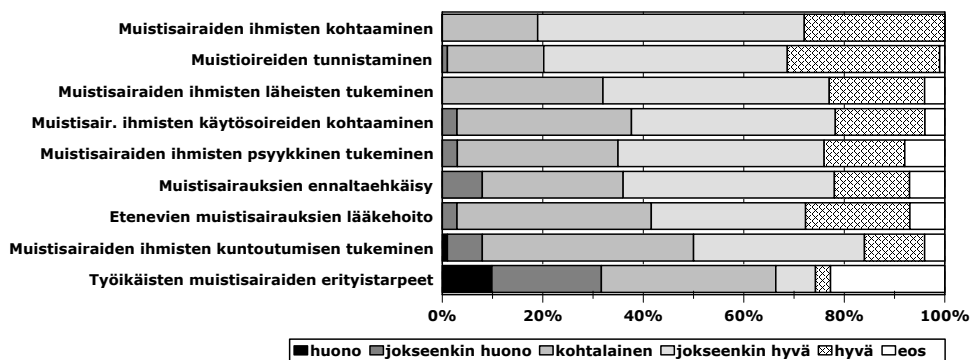
Kotihoidossa ammattihenkilöstön paras osaaminen on muistisairaiden ihmisten kohtaamisessa. Sen katsoo toteutuvan alueellaan hyvin tai jokseenkin hyvin kolme neljästä vastaajasta, eikä kielteisiä arvioita esiinny lainkaan. Myös muistioireiden tunnistamista ja muistisairaiden ihmisten läheisten tukemista pidetään selkeinä kotihoidon ammattihenkilöstön vahvuusalueina. Muistioireiden tunnistamisen katsoo toteutuvan varsin hyvin kaksi kolmasosaa vastaajista ja läheisten tukemisenkin kuusi vastaajaa kymmenestä. Yli puolet vastaajista pitää myös muistisairauksien ennaltaehkäisyä kotihoidon henkilöstön osaamisessa hyvänä alueellaan, joskin tässä noin kymmenesosassa alueita on jo puutteitakin.

Selkeimmät osaamisvajeet kotihoidon ammattihenkilöstön osaamisessa ilmenevät työikäisten muistisairaiden erityistarpeiden huomioimisessa, jossa osaamisen puutteita alueellaan arvioi olevan kolmannes vastaajista. Osaamisen arviointi työikäisten muistisairaiden kohtaamisessa koettiin selvästi muita osaamisalueita vaikeammaksi. Muistisairaiden ihmisten kuntoutumisen tukemisessa osaamisvajeista kertoo noin kymmenesosa vastaajista.



Kuvio 27. Ammattihenkilöstön osaaminen kotihoidossa.

Ympäri vuorokautisessa hoidossa ammattihenkilöstön osaamisen kolme keskeisintä vahvuutta ovat samat kuin kotihoidossa, joskin vielä myönteisemmin arvioituina. Erityisesti muistioireiden tunnistamisessa ja muistisairaiden ihmisten kohtaamisessa ammattihenkilöstön osaamista ympärivuorokautisessa hoidossa pidetään vahvana. Näissä alueensa henkilöstön osaamista pitää hyvänä tai melko hyvänä kahdeksan vastaajaa kymmenestä. Muistisairaiden ihmisten läheisten tukemisessa, käytösoireiden kohtaamisessa, psyykkisessä tukemisessa ja muistisairauksien ennaltaehkäisyssä osaamisen alueellaan arvioi varsin hyväksi noin kuusi vastaajaa kymmenestä ja etenevien muistisairauksien lääkehoidossa puolet vastaajista.



Kuvio 28. Ammattihenkilöstön osaaminen ympärivuorokautisessa hoidossa.

Ympäri vuorokautisessa hoidossa ammattihenkilöstön osaamisessa nähdään vain vähän selviä puutteita. Tässäkin hoitomuodossa henkilöstölle kaivattaisiin lisää osaamista työikäisten muistisairaiden erityistarpeiden tunnistamiseen ja huomioimiseen. Osaamisen tasoa oli muista osa-alueista poiketen tästä näkökulmasta selvästi vaikeinta arvioida.

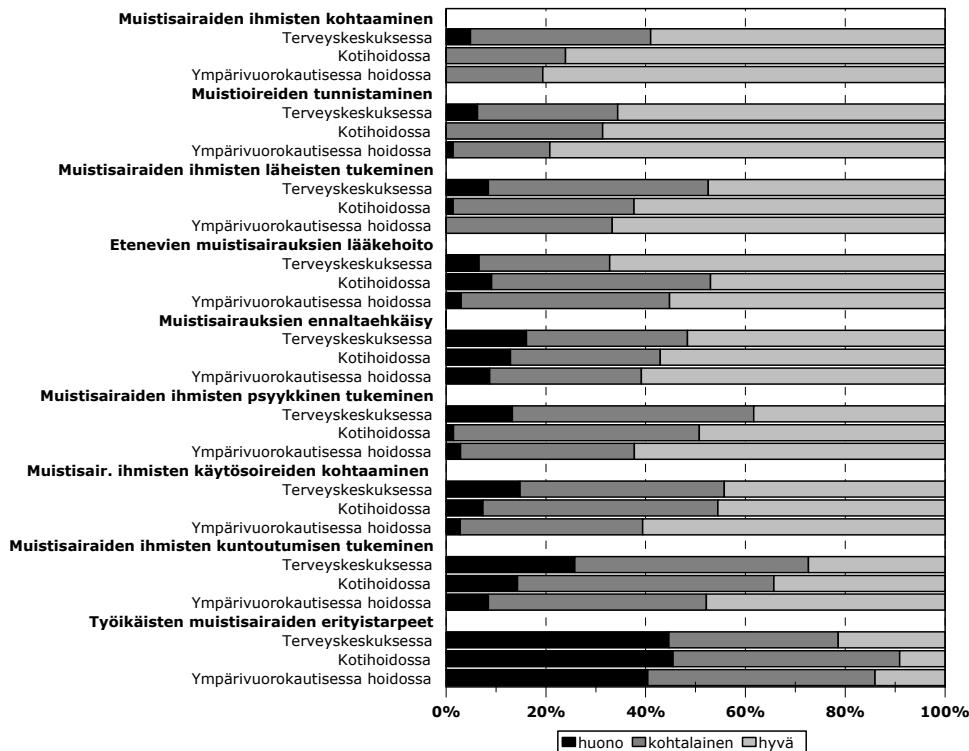
Ammattihenkilöstön osaaminen eri palvelualueilla ja osaamisalueittain

Seuraavassa kuviossa on verrattu keskenään kolmella eri palvelualueella toimivan ammattihenkilöstön osaamista. Jakaumista on poistettu ei osaa sanoa -vastaukset, jotta eri hoitomuotoja koskevat tulokset olisivat keskenään vertailukelpoisia (ks. myös liite 14).

Kokonaisuutena voi todeta, että terveyskeskusten henkilökunnan ammatilliseen osaamiseen muistityössä suhtaudutaan yksittäisiä osaamisalueita tarkasteltaessa kotihoitoa ja varsinkin ympärivuorokautista hoitoa tarjoavien ammattilaisten osaamista kriittisemmin. Ainoastaan etenevien muistisairauksien lääkehoidossa terveyskeskusten ammattihenkilöstön osaamista pidetään parempana kuin tarkastelun muissa palveluissa. Lisäksi työikäisten muistisairaiden erityistarpeissa terveyskeskusten henkilöstö saa hieman muita palveluja useammin myönteisiä arvioita.

Myönteisimmät arviot annetaan pääsääntöisesti ympärivuorokautisen hoidon henkilöstön ammatillisesta osaamisesta (ks. myös liitteet 13 ja 14). Muita myönteisempänä osaaminen

ympäri vuorokautisessa hoidossa nähdään muistisairaiden ihmisten käytösoireiden kohtaamisessa ja hoitamisessa, psyykkisessä ja kuntoutumisen tukemisessa sekä muistioireiden tunnistamisessa. Ympäri vuorokautisen hoidon ja kotihoidon henkilöstön ammatillinen osaaminen nähdään hyvin samanlaisina, myönteisesti toteutuvina, erityisesti muistisairaiden ihmisten kohtaamisessa ja heidän läheistensä tukemisessa, joissa terveyskeskusten henkilöstön osaaminen arvioidaan selvästi heikommaksi.

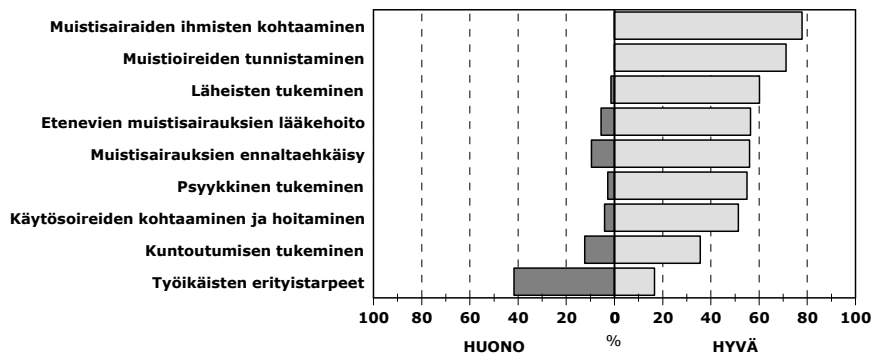


Kuvio 29. Ammattihenkilöstön osaaminen eri palvelumuodoissa.

Kaikissa palvelumuodoissa selvästi heikoimmaksi henkilöstön osaaminen arvioidaan työikäisten muistisairauksien erityistarpeiden huomioimisessa. Kriittikkiä saa kaikissa palveluissa jos-sain määrin myös osaaminen muistisairaiden ihmisten kuntoutuksen tukemisessa ja muisti-sairauksien ennaltaehkäisyssä. Muutoin puutteita havaitaan lähinnä terveyskeskusten henki-löstön osaamisessa muistisairaiden ihmisten käytösoireiden kohtaamisessa ja hoitamisessa sekä heidän psyykkisessä tukemisessaan.

Henkilöstön osaamista verrattiin myös **osaamisalueittain**. Summamuuttujatarkastelun (ks. myös liite 15) perusteella voi todeta, että eri osaamisalueista kokonaisuutena parhaim-maksi arvioidaan ammattihenkilöstön osaaminen muistisairaiden ihmisten kohtaamisessa ja muistioireiden tunnistamisessa.

Vähintään puolet arvioi myönteisesti alueensa palveluhenkilöstön osaamisen muistisairai-den ihmisten läheisten tukemisessa sekä etenevien muistisairauksien lääkehoidon, muistisai-rauksien ennaltaehkäisyyn, psyykkisen tukemisen ja käytösoireiden kohtaamisen ja hoitami-sen. Näistä muistisairauksien ennaltaehkäisyyn liittyvässä osaamisessa nähtiin jo hieman ko-hennettavaakin. Tämäkin tarkastelu osoittaa selkeästi heikoimmaksi osaamisalueeksi työ-ikäisten erityistarpeiden huomioimisen. Lisäksi huomiota henkilöstön osaamisen kehittämises-sä tulisi kiinnittää kuntoutumisen tukemisen näkökulmaan.

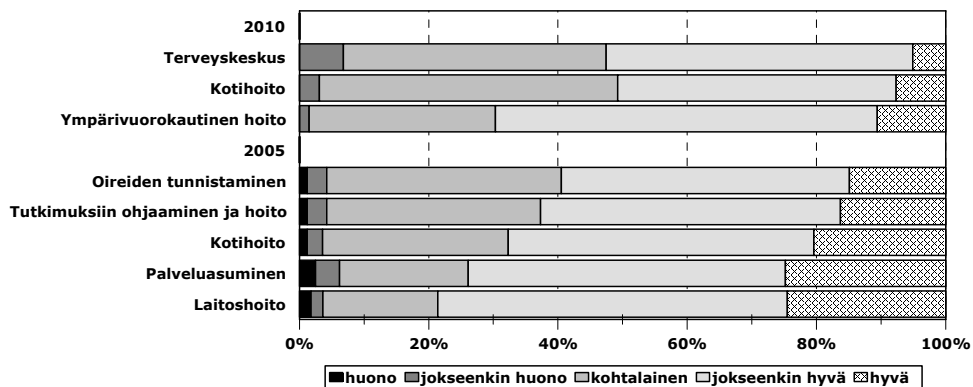


Kuvio 30. Ammattihenkilöstön osaaminen eri osaamisalueilla (summattu¹³ henkilöstön osaaminen terveyskeskuksessa, kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa hoidossa).

Osaamisen kehitys vuosina 2000-2010

Vuonna 2000 kuntansa ammattihenkilöstön tietotaidon¹⁴ muistihäiriöihin ja dementoiviin sairauksiin liittyvissä kysymyksissä arvioi hyväksi 60 prosenttia vastaajista, huonoksi kaksi prosenttia ja loput kohtalaiseksi (Tervonen 2001, 30).

Vuoden 2005 barometrissa ammattihenkilöstön osaamista muistihäiriöisten ihmisten hoidossa tiedusteltiin yksityiskohtaisemmin: oireiden tunnistamisen, tutkimuksiin ohjaamisen ja hoidon, kotihoidon, palveluasumisen sekä laitoshoidon näkökulmasta. Ammattihenkilöstön osaaminen arvioitiin kokonaisuutena edellistä, vuoden 2000 tarkastelua myönteisemmin. Hyvänä tai jokseenkin hyvänä henkilöstön osaamista piti alueellaan 72 prosenttia ja heikkona neljä prosenttia. Parhaimpina pidettiin henkilöstön osaamista laitoshoidossa ja palveluasumisessa, jotka arvioitiin myönteisesti noin kolmessa neljäsosaa kuntia. Kotihoidossa osaamista piti hyvänä kaksi kolmasosaa vastaajista. Oireiden tunnistamisessa sekä tutkimuksiin ohjaamisessa ja hoidossa alueensa henkilöstön osaamista piti hyvänä noin kuusi vastaajaa kymmenestä. Haasteina nostettiin avovastauksissa esiin henkilöstön muistihäiriöisiin ihmisiin liittyvät asenteet sekä osaamisen kartuttaminen kuntouttavan työotteen soveltamisessa, dementoivien sairauksien tunnistamisessa ja lääkeshoidossa. (Tervonen 2005, 34-35.)



Kuvio 31. Ammattihenkilöstön osaaminen terveyskeskuksessa, kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa hoidossa (v. 2010 summattu¹⁵ ko. palveluissa toimivan henkilöstön osaaminen eri osaamisalueilla) sekä vuoden 2005 arviot.

¹³ Kuviosta on jätetty pois asteikon keskimäinen arvo, (3) kohtalainen. Terveyskeskusten, kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon muuttujista muodostettiin osaamisaluekohtaiset summamuuttujat, jotta henkilöstön osaamista pystytettiin vertailemaan kokonaisuutena eri tehtäväalueilla. Summamuuttujat jaettiin annettujen vastausten lukumäärällä (1-3), ja lopputulos pyöristettiin lähimpään kokonaislukuun.

¹⁴ Vuonna 2000 henkilöstön osaamisesta kysyttiin pelkästään kokonaisarvio asteikolla erittäin hyvä, hyvä, kohtalainen, huono. Kysymysmuotoilun oli: Arvioikaa kuntanne ammattihenkilöstön tietotaitoa muistihäiriöihin ja dementoiviin sairauksiin liittyvissä kysymyksissä.

¹⁵ Henkilöstön osaamista on tiedusteltu vuonna 2010 edellistä kyselyä yksityiskohtaisemmin, minkä vuoksi eri vaihtoehdot ei ole verrattu suoraan. Vuoden 2010 aineistossa terveyskeskusten, kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon muut-

Varovaisena arviona viiden vuoden takaisiin tuloksiin verrattuna voi esittää, että muistioireiden tunnistamisessa osaaminen näyttäisi hieman kohentuneen. Myöskään aiemmin henkilöstön asenteissa ilmenneet pulmat eivät näy vuoden 2010 arvioissa, joissa muistisairaiden ihmisten kohtaamisen nähdään toteutuvan tällä hetkellä hyvinkin myönteisesti. Aiemmin avovastauksissa ongelmallisena esille nostettu lääkehoito toteutuu tällä hetkellä kokonaisuutena yli puolella alueista hyvin tai jokseenkin hyvin, ja valtaosalla muista kohtalaisesti. Kuntoutumisen tukemisessa vastaajat näkevät edelleenkin selkeästi puutteita, vain runsas kolmannes arvioi alueensa henkilöstön osaamisen tästä näkökulmasta hyväksi.

Työikäisten muistisairaiden ihmisten palvelutarpeiden huomioiminen

Edellä kuvattiin, että eri tahoilla toimivan ammattihenkilöstön osaamisessa selkein puute on työikäisten muistisairaiden erityistarpeiden tunnistaminen. Jo edellisessä muistityötä käsittelevässä barometrissa (Tervonen 2005) avovastauksista ilmeni, että neljänneksessä kuntia työikäisiä ei oltu huomioitu mitenkään palvelukokonaisuudessa tai heidät oli huomioitu vain heikosti. Viidenneksessä kuntia työikäisten muistipalveluiden katsottiin hoituvan osana muita palveluja ja vastaavassa määrässä kuntia muistineuvolan tai -poliklinikan toiminnassa. Vain kymmenesosassa kuntia työikäisille oli vuonna 2005 suunniteltu oma hoitopolku – tai ylipäänsä pidettiin tarpeellisenä erillisten, työikäisten palvelujen kehittämistä.

Vuoden 2010 kyselyssä tiedusteltiin avoimessa kysymyksessä, miten työikäisten muistisairaiden palvelutarpeet on huomioitu alueen sosiaali- ja terveyspolitiikassa. Vastauksissa ilmenee edelleen alueiden erilaisuus työikäisten muistisairaiden ihmisten erityistarpeisiin reagoimisessa. Pääosin työikäisten muistisairaudet hoidetaan osana muistisairaille yleensä tarjottavia palveluja tai heidät tavoitetaan terveydenhuollossa. Kuusi vastaajaa¹⁶ kymmenestä kertoi, ettei omalla alueella ole huomioitu työikäisiä muistipalveluissa erikseen tai heidät on huomioitu vain heikosti. Muutamat asukasmäärältään pienten kuntien vastaajat totesivat, että alueella on vain vähän työikäisiä muistisairaita, minkä vuoksi työikäisten muistipalveluja ei ole eriytetty. Kymmenesosa vastaajista viittaa muistihoitajan tai muistipoliklinikan tarjoamiin palveluihin. Kymmenesosa vastaajista toi esille työikäisten muistisairaiden palvelujen hoitumisen alueellaan yleensä terveydenhuollossa. Tässä yleisimmin esille nostettiin työterveyshuollon rooli.

"Erikseen kuntatasolla ei ole huomioitu. Sama muistihoitaja neuvoo, ohjaa ja koordinoi kuin muitakin muistisairaita."

"Riittämättömästi. Alueella terveyskuntayhtymä joten työnjako ei ihan selkeä ja katvealueita on."

"Työikäisten palvelut järjestetty osana muita palveluja, tutkimukset ja hoidon aloitus yleensä erikoissairaanhoidossa neurologian puolella, ei omia erityispalveluja esim. päivätoimintaa, dementiayksiköitä vaan iäkkäiden kanssa samoissa hoitopaikoissa hoidetaan."

"Har väldigt få personer med demens i arbetsför ålder!"

"Norm. lääkärin / terveydenhoitajan vastaanoton kautta ohjautuminen palvelujen piiriin."

"Jos eivät ole työterveyshuollon piirissä niin sitten muistihoitajan palvelut ovat käytettävissä kunnassa."

Joka kuudes vastaaja kertoi alueensa selkeistä palvelujen erityispanostuksista työikäisiin muistisairaisiin. Työikäisille on esimerkiksi suunniteltu oma hoitopolku, varattu oma muistihoitaja tai erityispalvelut mahdollistetaan tarvittaessa ostopalveluna. Tämän lisäksi tietoisuutta on eräillä alueilla kasvatettu kouluttamalla lääkäreitä ja hoitohenkilökuntaa tunnistamaan työikäisten muistihäiriöitä, tiedotettu aihepiiristä ja tarjottu testejä ja neuvontaa. Joillakin alueilla asiaan on kiinnitetty huomiota muistityöhön liittyvän hankkeen puitteissa, joskin näiden ko-

tujista muodostettiin palvelukohtaiset summamuuttujat, jotta henkilöstön osaamista pystyttäisiin vertailemaan kokonaisuutena eri palveluissa. Summamuuttuja jaettiin annettujen vastausten lukumäärällä (1-9), ja lopputulos pyöristettiin lähimpään kokonaislukuun.

¹⁶ Prosenttiosuudet eivät ole suoraan verrattavissa vuoden 2005 tuloksiin, sillä vuonna 2005 osuudet ovat kunnista ja vuonna 2010 vastaajista.

kemusten vakiinnuttaminen muuhun toimintaan on hankkeen jälkeen toteutunut vaihtelevasti. Muutamilla alueilla työikäisten palvelujen kuvataan hoituvan Muistiyhdistyksen toiminnassa Muistiyhdistyksen kanssa yhteistyössä, esimerkiksi työikäisten päivätoiminnan ryhminä tai Muistiluotsissa.

"Työikäisten muistisairaiden hoitopolku - toimintakäytäntö on käytössä terveyskeskuksessa geriatri"

"Tutkimuksiin ohjaaminen perusterveydenhuollon kautta, oma muistihoitaja nimetty alle 65-vuotiaille. Kotiin annettavat palvelut vanhustenhuollon puolella (ei erikseen työikäisille suunnattuja palveluja)."

"Sekä alueen työterveyshuoltojen että perusterveydenhuollon lääkäreitä ja hoitohenkilöstä on koulutettu tarttumaan riittävällä napakkuudella työikäisten henkilöiden muistiongelmiiin."

"Muistitestit ja dementianeuvonta"

"Projekteissa lähinnä nähty tärkeäksi osa-alueeksi. Muuten samat palvelut kuin muillakin saatavilla."

"Kunta mukana Muistiluotsi-hankkeessa, jonka toimialueella myös työikäiset huomioitu."

"En osaa tarkasti sanoa. Alle 75-vuotiaiden tutkimukset on XXX:n [paikkakunta] neurologian poliklinikalla. Työikäisille omia päivätoiminnan ryhmiä esim. Alzheimer-yhdistyksellä."

5. Tulevaisuus

5.1 Suurimmat haasteet muistisairaiden ja omaisten kannalta

Avokysymyksellä kysyttiin vastaajien näkemystä alueensa suurimmista haasteista muistisairaiden ja heidän omaistensa kannalta. Vastauksissa korostuivat muistisairauksien ennaltaehkäisy, sairauden varhainen toteaminen, kuntouttavan hoidon saaminen, työikäisten muistisairaiden tilanne ja omaishoitajuuden tukeminen.

”Ensivaiheen oireiden tunnistaminen ja diagnosointi. Kuntouttavan hoidon toteuttaminen ja omaisten tukeminen erilaisin tukitoimin.”

”Ennalta ehkäisy. Varhainen diagnosointi, varhainen hoidon aloittaminen. Tiedotus.”

Työikäisenä muistisairauksiin sairastuneiden erityistilanne tunnistettiin tulevaisuuden merkittäväksi haasteeksi. Työikäisten erityiskysymys nostettiin esille joka viidennessä avovastauksessa. Omaishoidon tuen tulee olla muutakin, kuin rahallinen korvaus hoitotyöstä. Välimuotoisten ja asiakkaiden tarpeita vastaavien palveluiden puute on kuntavastaajienkin näkökulmasta sairastuneiden ja omaisten selviämisen suuri haaste.

”Työikäiset muistisairaajat ja heidän palvelujen kehittäminen, vertaistukiryhmien kehittäminen, intervallijaksojen järjestäminen kaikille halukkaille ja haluumallaan tavalla/jaksotuksella ja erilaisten asumismuotojen kehittäminen/lisääminen (esim. palvelutaloja)”

”Omaishoidon tukeminen tehokkaammin, kuntouttavaa päivähoitoa tulisi olla enemmän koko kunnan alueella. Pitäisi olla helposti saatavaa päivähoitoa tarvittaessa. Omaishoidontuen maksaminen hoitajalle ei riittävää.”

5.2 Suurimmat haasteet palvelujärjestelmän kannalta

Avokysymyksellä pyydettiin arvioimaan myös alueen merkittävimpiä haasteita muistisairaiden palvelujärjestelmän kannalta. Yli kuudenkymmenen vastauksen joukosta selvimmiksi nousivat esille erilaiset resurssien riittävyyteen liittyvät kysymykset. Vastaajien arvion mukaan palvelujärjestelmän tulee vastata tulevana vuosina mittavaan muistisairaiden ihmisten määrän kasvuun. Palvelujärjestelmän toimivuutta pohdittiin sekä sairauden varhaisvaiheen palveluiden, että laitoshoidon vaiheen paikkojen riittävyyden suhteen. Myös työvoiman riittävyys ja muistiasioihin erikoistuneiden ammattilaisten saatavuuden puutteet askarruttivat vastaajia.

”Palvelun kysynnän voimakas kasvu etupainotteisten toimintamuotojen kehittäminen henkilökunnan osaamisen uudistaminen erityistyöntekijöiden tarve.”

”Edelleen muistisairaiden määrän kasvu erityisesti vanhemmissa ikäluokissa ja siihen palvelutarpeeseen vastaaminen. Kotona asumisen ensisijaisuus ja siten yöhoidon kehittämisen kotihoidossa.”

”Muistisairaiden henkilöiden määrän runsas kasvu tulevaisuudessa. Vaikeaa dementiaa sairastavien hoitopaikkojen riittämättömyys.”

”Mistä työntekijöitä kymmenen vuoden päästä, kun kohta valmistuva dementiayksikkökin tarvitsee uusia työntekijöitä ja työntekijöiden keski-ikä on nykyin viiden- ja kuudenkymmenen välillä. Valmistuvatkin tällä alueella ovat vähintään nelikymppisiä...nuoria ei kertakaikkiaan ole.”

Palveluketjujen saumattomuus ja hoitoketjujen toimivuus vaatii edelleen kehittämistä.

"Palvelujärjestelmän kattavuus ja saumattomuus. Järjestelmän asiakas- ja perhelähtöisyys. Järjestelmän tasalaatuisuus. Järjestelmän linkittyminen saumattomaksi osaksi muiden palveluiden kokonaisuutta ."

"Saumattomuuden aikaansaaminen eri palveluiden välille. Turvata muistisairaahan turvallinen kulku ensitiedosta lähtien. Yhä nuorempien muistisairaiden palveluiden järjestäminen."

Vastaajat arvioivat avovastauksissa omaishoidon merkityksen kasvavan myös lähivuosina. Omaishoidon tukeminen on keskeisellä sijalla palvelujärjestelmän tulevaisuuden kannalta.

"Omaishoitajien tukeminen! Kuntouttava työote muistisairaiden kotihoitoon sekä myös hoivahoitoon. Ennaltaehkäisevän palvelurakenteen vahvistaminen. Tukipalvelujen turvaaminen."

Eräs vastaaja tiivistä yhteensä valtaosan koetuista ongelmista:

"Huonosti hoidettu muistisairas tulee kaikkein kalleimmaksi, tämä pitäisi sisäistää. Päätöksentekijöille lisää tietoa ja tahtoa asian hoitamiseksi tarvitaan. On valintakysymys, mihin resurssit käytetään."

Haasteena kaupungissa ovat kasvavat määrälliset ja laadulliset palvelutarpeet, kilpailu muiden tarvitsijoiden kanssa on kovaa. Jo pelkästään monien olemassa olevien hoitopaikkojen kiinteistöjen huono kunto aiheuttaa välttämättömiä paineita uudistamiseen. Ammatitaitoisen henkilöstön saaminen ja osaamisen vahvistaminen on jo nyt iso haaste."

6. Yhteistyö Muisti-, Alzheimer- ja Dementiayhdistysten sekä Muistiliiton kanssa

Lähes 80 % vastaajista ilmoitti tekevänsä yhteistyötä paikallisen Muistiyhdistyksen kanssa. Keskeisimmät yhteistyöalueet liittyvät koulutukseen ja tiedotukseen. Koulutusta ja tiedotusta yhdistykset suuntasivat sekä kunnan ammattihenkilöstölle että suoraan muistisairauksiin sairastuneille ja omaisille. Yhdistysten tuki muistihoitajien työlle mainittiin muutamissa vastauksissa erikseen. Yhdistysten kautta saatava tiedotusmateriaali koettiin merkittäväksi.

”Koulutusyhteistyö, yhteistyö muistiasiantuntijaan.”

”Muistiluotsihanke.”

”Tiedottaminen muistisairauksista, omaisten tukeminen ja ohjaaminen.”

Neuvonnan, ohjauksen ja ensitiedon järjestämisessä yhdistyksillä on kunnan kannalta tärkeä rooli. Vertaistuen organisoijana ja järjestäjänä sekä sairastuneiden ja omaisten ohjaus-, neuvonta- ja virkistystoiminnassa yhdistysten merkitys kunnille on suuri. Yksittäisistä toimintamuodoista nousivat esiin kotiin vietävät palvelut, kuten kotilomitus- ja lähiavustajatoiminta.

”Omaisten tukeminen, vapaaehtoisten kouluttaminen ja pitäminen mukana muistihäiriöisten tukena.”

”Ennaltaehkäisevä toiminta, vertaistuki ja toimintakyvyn säilyttäminen. Uusien toimintatapojen kehittäminen ja jalkauttaminen pysyväksi toiminnaksi.”

Kunnilla ja yhdistyksillä on yhteisiä kehittämishankkeita tai kunta toimii kumppanina yhdistyksen hankkeessa. Alueellinen asiantuntija- ja tukipalvelukeskus Muistiluotsi on noussut vuoden 2005 barometrin jälkeen uudeksi yhteistyökumppaniksi kunnille. Yhdistysten rooli erilaisten muistiverkostojen luomisessa ja ylläpitämisessä nostettiin esille useassa vastauksessa.

”(Muistiyhdistys) Täydentää omalla asiantuntemuksella ja palveluilla kunnan palveluja muistisairaiden asiakkaiden kohdalla. Verkoston ylläpito, koulutus, ryhmien vetäminen ja asiantuntija-apu.”

6.1 Kuntien odotukset paikallisille Muistiyhdistyksille

Vastaajien odotukset yhdistysten toiminnalle olivat melko samansuuntaisia kuin jo käynnissä oleva yhteistyö koulutus- ja asiantuntija-avun osalta. Sopeutumisvalmennuskurssien ja ensitiedon järjestämisessä yhdistyksiä toivottiin yhteistyökumppaneiksi. Työikäisenä sairastuneiden palvelut ja kuntoutus mainittiin erityiskysymyksinä, joihin liittyvien palveluiden kehittämisessä tarvitaan Muistiyhdistysten erityisasiantuntemusta.

”Koulutusyhteistyö. Neuvonta- ja tiedotusmateriaalin saanti.”

”Tiedotusta suoraan muistihäiriöisten omaisille ja muistihäiriöisille lisää.”

Erittäin monessa avovastauksessa kiitettiin paikallista Muistiyhdistystä hyvästä yhteistyöstä ja odotettiin yhteistyön jatkumista. Yhteistyön toivottiin olevan aktiivista ja usein sen toivottiin laajenevan tulevaisuudessa.

”Enemmän yhteistyötä kuntiin päin ja ajankohtaisista asioista tiedottamista muistisairauksista ja niihin liittyvistä asioista. Tietoiskuja tukipalveluista muistisairaiden omaisille ja läheisille.”

”Yhteistyötä ja kanssakäymistä, yhteisten asioiden pohtimista ja asioiden eteenpäin viemistä.”

6.2 Kuntien odotukset valtakunnalliselle Muistiliitolle

” Muistisairaiden ja omaisten äänen kuuluminen ja näkyväksi tuominen valtakunnallisella tasolla.”

Muistiliitto (aiempi Alzheimer-keskusliitto) on valtakunnallinen muistisairaiden ihmisten ja heidän läheistensä kansanterveys-, potilas- ja edunvalvontajärjestö. Muistiliitolla on jäseninään 42 paikallista Muistiyhdistystä. Muistiyhdistyksissä on noin 10 000 henkilöjäsentä. Muistibarometrissa kysyttiin millaisia odotuksia kunnilla on valtakunnalliselle liitolle. Tähän kysymykseen saatiin lähes 50 vastausta.

Muistiliitolta odotettiin yleisen tietoisuuden lisäämistä muistisairauksista. Tiedottaminen nostettiin esille lähes 2/3:ssa vastuksista. Liiton tuottamia oppaita ja esitemateriaaleja toivottiin jatkossakin. Esiin nousi myös toive siitä, että oppaat olisivat mahdollisimman edullisia tai jopa maksuttomia.

Tiedottamisen rinnalle nostettiin muistisairaiden ja heidän omaistensa etujen valvonta, asioiden esille nostaminen valtakunnallisella tasolla sekä valtakunnallisten linjausten antaminen palveluiden kehittämisen tueksi. Yksi vastaaja odotti, että Muistiliitto laatisi valtakunnallisen muistiohjelman.

”Tiedottamista perusasioista väestölle, vaikuttaminen muistityön arvostukseen ja lainsäädäntöön.”

”Yleisen tietouden lisääminen muistisairauksista valtakunnallisella tasolla. Muistisairaiden ja heidän omaistensa asianajajana toimiminen mm. poliittisiin päättäjiin päin.”

”Muistiasioiden esilläpito ja isot linjaukset.”

”Näkyvyyden lisääminen ja tiedottaminen. Ajankohtaisen tiedon levittäminen ja koordinointi.”

Samoin kuin paikallisilta yhdistyksiltä, myös Muistiliitolta odotetaan asiantuntijuutta ja koulutusta muistiasioissa. Liiton toiminnan odotettiin näkyvän myös maakunnissa.

”Informaatio-ohjaus erilaisin tiedottein. Koulutusten järjestämistä alueellisesti, ei Helsinki-keskeisesti.”

”Uuden tiedon hankinta ja levittäminen, uudet innovaatiot muistisairaiden hoitoon.”

7. Yhteenveto ja pohdinta

Muistibarometrin tavoitteena oli selvittää kuntien arvioita muistisairaille ja heidän läheisilleen suunnattujen palvelujen saatavuudesta ja laadusta. Kyselyn toteutustapaa ja sisältöä ohjasivat aiemmat barometrit vuosilta 2005 ja 2000. Muistibarometri 2010:n suunnittelussa huomioitiin kuntakentässä edellisen kyselyn jälkeen tapahtuneita muutoksia. Tämän vuoksi ohjeistuksessa pyydettiin vastaajia arvioimaan tilannetta koko vastuualueensa kannalta, kun aiemmissa kyselyissä pyydettiin arvioita oman kunnan kannalta. Barometrissä kysyttiin myös palvelujen yhdenmukaista saatavuutta alueiden sisällä. Ehkä hieman yllättävänä voidaan pitää sitä, että yli puolet vastaajista koki yhdenmukaisuuden toteutuvan omalla vastuualueellaan vähintään joksinkin hyvin. Hieman kriittisempiä arvioita esitettiin yhteistoiminta-alueilta, mikä vastaa myös potilas- ja omaishdistyskentän kokemusta palvelujen saatavuuden ja laadun vaihtelusta uusien ja laajempien yhteistoiminta-alueiden sisällä.

Muistisairaat ihmiset ja heidän omaishoitajansa hyötyvät heille räätälöidyistä tukipalveluista (Eloniemi-Sulkava ym. 2006). Asiakaslähtöisyys korostuu vahvasti kehittämistyössä, esimerkiksi Tekesin rahoittamassa Innovaatiot sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmässä - rahoitusohjelmassa. Muistiliitossa on meneillään Raha-automaattiyhdistyksen rahoittama Asiakaslähtöinen palvelujärjestelmä -hanke, jonka osana myös Muistibarometri 2010 toteutettiin. Barometriin lisättiin uutena kysymys asiakaspalautteen keräämisestä muistisairaiden, heidän läheistensä ja omaishoitajiensa palveluista. Lisäksi kysyttiin, millaisiksi vastaajat arvioivat asiakkaiden osallistumismahdollisuudet palvelujen suunnittelussa.

Huolestuttava tulos oli, että yli puolet vastanneista kunnista ja yhteistoiminta-alueista ei kerää lainkaan palautetta muistisairaille ja heidän läheisilleen suunnatuista palveluista. Asiakkaiden osallistumismahdollisuutta palvelujen suunnitteluun piti kuitenkin hyvänä 38% vastaajista. Asiakkaiden osallistumismahdollisuuksissa on nähty myös muissa ajankohtaisissa palveluarvioissa (vrt. Sosiaalibarometri 2010) puutteita, vaikka sosiaali- ja terveyspalvelujen johto ja luottamushenkilöt pitävätkin asiakkaiden osallistumista tärkeänä.

Palvelusetelien käyttö on yleistynyt nopeasti sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukentässä ja sitä koskeva laki tuli voimaan vuonna 2009. Muistiliitto on nostanut esiin huolen palvelusetelin soveltuvuudesta muistisairaiden ihmisten palvelujen järjestämiseen. Muistisairauksien osalta on huomiotava, että muistisairaahan ihmisen kyky valita tarvitsemiaan palveluita ja valvoa niiden toteutuksen laatua heikentyy sairauden edetessä. Aktiiviselle omaishoitajalle palveluseteli voi tuoda uusia mahdollisuuksia esimerkiksi vapaapäivien järjestämiseen.

Palvelusetelin soveltuvuudessa muistisairaiden palveluihin ei tämän tutkimuksen mukaan koeta kuntatasolla suurta ongelmaa. Lähes puolet arvioi palvelusetelin soveltuvan muistisairaiden ihmisten palveluihin hyvin tai joksinkin hyvin. Palvelusetelimuotoinen omaishoidon tuki oli käytössä vajaassa puolessa barometriin vastanneista kunnista tai yhteistoiminta-alueista.

Vastaajat ja yleistettävyyys

Muistibarometri 2010: n vastausprosentti jäi hiukan vuoden 2005 barometria heikommaksi. Tähän lienee vaikuttanut osaltaan kyselyn laaja-alaisuus ja tiivis toteutusaikataulu. Toisaalta kyselytutkimusten vastausprosentit eivät ole viime vuosina olleet korkeita, vaikka sähköinen vastaaminen on vastausmuotona yleistynyt. Tämä voi osaltaan liittyä suureen kyselyjen ja selvitysten määrään muuttuvassa kuntakentässä ja vastauspyyntöjen kohdentumiseen samoille palveluista vastaaville henkilöille.

Vaikka barometriin vastasi noin kolmannes kunnista, vastauksissa kuvattiin palvelujen järjestämistä 2,3 miljoonan kansalaisen osalta ja väestökattavuus oli siten edellistä barometriä parempi. Eri puolilta Suomea ja erikokoisista kunnista vastattiin melko samalla aktiivisuudella.

Etelä-Suomen ja yli 40 000 asukkaan alueiden näkemykset painottuvat vastauksissa kuitenkin hieman muita vahvemmin.

Muistisairaahan ihmisen ja hänen omaishoitajansa palvelujen järjestäminen edellyttää moniammatillista ja toimialoja ylittävää yhteistyötä. Ryhmävastausten osuus nousi tällä kertaa suureksi (40%), mitä pidämme positiivisena viestinä kyselyyn paneutumisesta. Yleisimmin ryhmävastauksen antoi alueen vastaava johtaja yhdessä muistihoitajan kanssa.

Vastaajien paneutumista kyselyyn kuvasi myös tyhjien vastausten vähäinen määrä. Myös viimeisiin avomuotoisiin kysymyksiin ja avoimeen palautteeseen kyselystä oli vastattu hyvin. Muistibarometrikysely sai kiitosta sisällöstään toiminnan kehittämistä ohjaavana työkaluna. Jonkun verran palautteissa nousi esiin myös kyselyn vaativuus ja laaja-alaisuus. Tähän tulee seuraavaa barometriä suunniteltaessa kiinnittää huomiota. Potilas- ja omaisjärjestölle avoin palaute toi viestin kyselystä vahvana vaikuttamistyön välineenä.

Strategioiden ohjausvaikutus

2000-luvun Valtioneuvoston sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmissa kuntia kannustettiin valmistelevaan hyvinvointistrategioita ja -ohjelmia, jotka nähtiin keskeisinä välineinä alueellisen ja paikallisen hyvinvointipolitiikan edistämisessä. Vuoden 2005 alussa sektorikohtaiset strategiat tai erillisohjelmat olivat selvästi laajoja, kunnallisia tai seudullisia strategioita yleisempiä. Sosiaalibarometri 2005:n mukaan selvästi yleisimpiä tuolloin tarkastelluista strategioista olivat vanhuspoliittiset ohjelmat. Tämän arvioitiin kuvastavan kunnissa tiedostettua ikärakenteen muutosta ja vanhustenhuollon kasvavia palvelutarpeita. Kahdessa kolmasosassa kunnista vanhuspoliittinen ohjelma oli jo voimassa, lisäksi viidennes kunnista valmisti ohjelmaa. (Sosiaalibarometri 2005, Dementiabarometri 2005)

Sosiaalitoimen johto arvioi voimassa olevien sektorikohtaisten ohjelmien vaikutuksen suureksi sosiaalitoimen ohjauksessa. Selvimpänä ja vahvimpana strategioita laatineissa kunnissa pidettiin vanhuspoliittisten ohjelmien ohjaavaa vaikutusta. Niiden ohjausvaikutuksen arvioi suureksi kaksi kolmesta. Vain joka kymmenes katsoi vanhuspoliittisten ohjelmien ohjausvaikutuksen kunnassaan pieneksi. Laajempia alueita koskevilla hyvinvointistrategioilla koettiin jo selvästi vähäisempi ohjausvaikutus; pienimpänä pidettiin maakunnallisten hyvinvointistrategioiden ohjaavuutta. Kuitenkin seudullisia tai maakunnallisia kokonaisstrategioita merkityksellisempänä pidettiin seudullisia erillisohjelmia. (Sosiaalibarometri 2005)

Sosiaalibarometrin (2010) palveluja koskevat arviot vahvistavat, että parhaimmiksi arvioidaan niiden väestöryhmien palvelut, joita suojaavat vahvat oikeudet. Samalla kuluneen 20 vuoden kehityksestä todetaan, että niin valtakunnallisessa tavoitteenasettelussa kuin käytännön tasollakin ihmisten oma vastuu itsestään ja valinnoistaan on lisääntynyt. Tämä suuntaus on edetessään huolestuttava muistisairaiden ihmisten oikea-aikaisten, riittävien ja asiakkaan tilanteeseen parhaiten soveltuvien palvelujen saatavuuden kannalta. Muistisairas ei sairauden edetessä kykene yksin päättämään ja valitsemaan palveluitaan. Häntä ei kuitenkaan saa asettaa perustuslain mukaan (6§) sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevissa päätöksissä muita heikompaan asemaan sairautensa vuoksi. Muistisairaahan ihmisen palveluissa tarvitaan erityisen hyvää koordinaatiota, tukea ja vastuunkantoa. Koordinaation puute on koettu ongelmaksi muistisairaiden ihmisten perheissä. Muistibarometrin vastaajista puolet arvioi palvelujen koordinoinnin toteutuvan nykyisellään vähintään jokseenkin hyvin ja puolet koki koordinoinnin olevan puutteellista.

Lyhytkestoisemmassa paikallistason sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelussa on nähtävissä vuoden 2008 syksyllä käynnistyneen taantuman johdosta näkemysten selvä synkistyminen vuotta 2010 koskien: kunnissa ennakoidaan kyettävän huolehtimaan sosiaali- ja perusterveydenhuollon palveluista selvästi aiempaa heikommin (Sosiaalibarometri 2010, 84, 88). Kielteiset arviot nojaavat palveluissa jo toteutuneisiin karsintoihin vuonna 2009. Sosiaali- ja terveydenhuollon johdosta 17 prosenttia kertoi palvelujen ja osin sosiaaliturvaetuuksien supistamisesta vuonna 2009. Vuodelle 2010 karsintoja ennakoi jo neljännes vastaajista. Vähennyksiä ennakoitiin ennen kaikkea harkinnanvaraisiin palveluihin, erityisesti vanhuspalveluihin, lapsiperheiden palveluihin sekä yksittäisistä palvelumuodoista kuljetuspalveluihin. Jossain määrin kerrottiin myös omaishoidon tukeen kohdistuneista leikkauksista ja palvelujen myöntämiskriteerien tiukentamisesta. Perusterveydenhuollossa mainitut vähennykset ovat kohdistuneet laajasti eri palveluihin. Vuoden 2010 aikana osalla alueita palvelukarsinnoissa on otettu jälleen käyttöön myös ns. juustohöyläperiaate. Lisäksi vähennystä on tehty mm. siivous- ja asumispalveluihin. Palvelujen supistamista on perusteltu kuntien heikolla taloudellisella tilanteella.

Muistibarometrikyselyssä näkyy omaishoitajien tuen saatavuuden heikkeneminen. Parhaiten kotihoidon tukipalveluista on saatavilla ateriapalvelua, kylvetyspalvelua ja vaatehuoltoon liittyvää palvelua. Yli puolet barometrin vastaajista arvioi myös kuljetuspalvelun ja siivouksen saatavuuden vähintään jokseenkin hyväksi. Toisaalta samaan aikaan siivouspalvelun saatavuuden arvioi vähintään jokseenkin huonoksi 25% ja kuljetuspalvelun 12% vastaajista.

Palvelutarjonnan kartoittaminen ja priorisointi

Muistibarometri 2010 on osa Muistiliiton laajempaa Muistintila 2010 selvityskokonaisuutta. Tämän kunnille suunnatun barometrin tuloksiin tullaan yhdistämään jäsenyhdistyskyselymme tuloksia sekä muistisairaille ja heidän läheisilleen suunnattujen kyselyjen tuloksia. Kokonaisuuden hahmottamisessa tarvitaan sekä palvelujen tarjoajien että käyttäjien näkemyksiä. Alueelliset palautetilaisuudet selvityksen tuloksista järjestetään keväällä 2011.

Sosiaalibarometrin (2010) mukaan kuntien ja yhteistoiminta-alueiden palvelutarjonnassa¹⁷ on eroja, ja erilaistuva palvelurakenne näyttää monimutkaistavan tilannetta niin valtakunnallisen ohjauksen kuin palveluntarvitsijan tiedon- ja palvelunsaannin kannalta (esim. Sosiaalibarometri 2008). Vuoden 2010 alussa sosiaalijohto ja lautakuntien puheenjohtajat arvioivat alueensa vanhuspalvelut myönteisemmin kuin neljä vuotta aiemmin. Erilaisten vanhuspalvelujen alueen asukkaiden tarpeisiin vastaavuutta pidettiin myös selvästi useimpia muita arvioinnin kohteena olleita palveluja parempana. Neljä viidestä vastaajasta piti vanhusten laitospalvelujen, palveluasumisen ja kotipalvelujen tarpeisiin vastaavuutta hyvänä tai melko hyvänä. Sosiaalihuollosta vastaava johto arvioi yhtä myönteisesti myös omaishoidon tuen, kun taas siinä lautakuntien näkemys oli kielteisempi. Luottamushenkilöt arvioivat myös vanhusten palveluasumisen ja laitoshoidon vastaavan hieman alan johtoa heikommin asukkaiden tarpeisiin. Palvelujen käyttäjien suhtautuminen on valtakunnallisen Kansalaisbarometrin mukaan kuitenkin näissä palveluissa selvästi kriittisempi. (Sosiaalibarometri 2010, Kansalaisbarometri 2009)

Palvelujen erilaistumista osoittaa se, että siinä missä esimerkiksi juuri vanhuspalveluista monissa kunnissa karsitaan, on taas monissa kunnissa toteutettu puolestaan näiden palvelujen priorisointia. Sosiaali- ja terveyspalvelujen priorisoinnilla on ensisijaisesti pyritty vastaamaan

¹⁷ Sosiaalibarometreissa ei ole käsitelty erikseen muistisairaiden ihmisten palveluja. Koska monessa kunnassa ja yhteistoiminta-alueella muistisairaiden ihmisten palvelutarpeet on huomioitu vanhuspalvelujen osana, nostetaan Sosiaalibarometriä tuoreimmista tuloksista havainnot vanhusten palveluista.

kasvaviin palvelutarpeisiin ja lainsäädännön edellyttämiin muutoksiin. Osa sosiaalibarometrin (2010) vastaajista mainitsi perusteluna myös ehkäisevien toimenpiteiden tärkeyden, sosiaalipalvelujen kehittämistarpeet ja toiminnan tehostamisen. Etusijalle on asetettu tyypillisimmin vanhuspalvelut, varsinkin vanhusten kotipalvelut, ja toisaalta lapsille, nuorille ja lapsiperheille suunnatut ehkäisevät palvelut. Priorisointia on toteuttanut vuonna 2009 vastanneista alueista runsas kolmannes sosiaalipalveluissa ja neljännes perusterveydenhuollossa.

Väestön ikääntymisen myötä muistisairaiden ihmisten määrä tulee kasvamaan huomattavasti lähivuosina. Muistisairaudet ovat nousseet kansantaudiksi ja ovat myös kustannuksiltaan kaltein yksittäinen sairausryhmä (Suhonen ym 2008). Monissa kunnissa on ollut tämän vuoksi välttämätöntä priorisoida muistisairaiden ihmisten hoitoketjujen ja palvelujen kehittämistä ja muistisairauksien ennaltaehkäisemistä. Muistibarometrin vastaajista yli puolet arvioikin uusien toimintatapojen kehittämisen toteutuneen muistisairaiden palveluissa vähintään jokseenkin hyvin.

Muistityö strategioissa ja ohjelmissa

Yli puolet Muistibarometriin vastanneista arvioi, että strategiatasolla on huomioitu vähintään jokseenkin hyvin muistisairaiden ihmisten varhainen tutkimuksiin ohjaaminen ja diagnosointi, palveluasuminen sekä pitkäaikaisen ympärivuorokautisen hoidon järjestäminen. Varhaisen tutkimuksiin ohjaamisen ja diagnoosin tavoite näkyy selkeästi muistipoliklinikoiden määrän kasvuna ja diagnoosin saamisen parantumisena. Samoin ensivaiheen neuvonnan arvioi vähintään jokseenkin hyväksi yli puolet vastaajista. Varhaisen diagnoosin saaminen asettaa kuitenkin edelleen haasteita kunnissa muistisairaiden ihmisten määrän kasvaessa. Tämä osa-alue nousi esiin myös kysyttäessä alueen merkittävimpiä haasteita muistisairaana ja omaisen kannalta. Kunnat ovat resursoineet merkittävästi muistipoliklinikoihin ja muistihoitajien toimiin, mutta tätä resursoinnin lisäämistä tullaan edelleen tarvitsemaan muistisairauksiin sairastuvien ihmisten määrän kasvun vuoksi.

Heikoimmin strategiat huomioivat muistisairauksien ennaltaehkäisyn ja lääkinnällisen kuntoutuksen sekä päivätoiminnan tarpeet. Palvelujen saatavuutta kysyttäessä havaitaan, että muistisairaille suunnatussa päivätoiminnassa on hienoista lisääntymistä vuoden 2005 tilanteeseen verrattuna, mutta edelleenkin sitä ei ole tarjolla lainkaan neljäsosassa kuntia.

Ikääntymis- tai vanhuspoliittiset strategiat ovat hieman yleistyneet viiden viime vuoden aikana ja 80%:ssa vastanneista kunnista on voimassa oleva tai valmisteilla oleva ikääntymispoliittinen strategia/vanhuspoliittinen strategia. Valtakunnallisen linjauksen mukaisesti ikääntymispoliittisiin strategioihin tulisi sisällyttää muistisairaana ihmisen palvelukokonaisuutta koskeva osio. On erityisen tärkeää turvata joustavat, muistisairaana ihmisen toimintakyvyn muutokseen sopeutetut palvelut koko hoito- ja palvelujatkumolla. Tämä edellyttää että kunnat ja yhteistoiminta-alueet asettavat omissa ikääntymispoliittisissa strategioissaan / muistiohjelmissaan kuntakohtaiset tavoitteet palveluille paikallisten voimavarojen pohjalta.

Ympäri vuorokautinen hoito

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa (2008) korostuu pitkäaikaishoivan uudistamisen näkökulma. Pitkäaikainen hoiva tulisi laatusuosituksen mukaan järjestää kotona tai kodinomaisessa ympäristössä ja uusia hoivapalvelukonsepteja tulisi kehittää perinteisen vanhainkotihoidon ja terveyskeskuksen vuodeosastohoidon tilalle.

Palvelujärjestelmää on kunnissa lähdetty kehittämään niin että pääpaino on kotona asumista mahdollistavissa ja tukevista palveluissa valtakunnallisen laatusuosituksen mukaisesti. Palvelujen saatavuus on kehittynyt useissa kotona asumista tukevista palveluissa myönteiseen suuntaan vertailtaessa Muistibarometrin tuloksia viisi vuotta aikaisempaan. Valtakunnallisena tavoitteena vuoteen 2012 mennessä on, että 75 vuotta täyttäneistä henkilöistä 3 prosenttia on hoidossa vanhainkodeissa tai pitkäaikaisessa hoidossa terveystieteiden vuodeosastoilla. Muistibarometriin vastanneiden mukaan ympärivuorokautisten hoito- ja hoivakotipalvelujen saatavuus on lisääntynyt ja vanhainkotihoitoon sekä terveystieteiden vuodeosastohoidon saatavuus vähentynyt edelliseen kyselyyn verrattuna. Ympärivuorokautisen vanhainkotihoitoon saatavuus omalla muistisairaille tarkoitetulla osastolla on säilynyt suunnilleen ennallaan.

Ympärivuorokautisen hoidon laadun Muistibarometrin vastaajat arvioivat erittäin positiivisesti. Vastaajista 87 prosenttia piti laatua hyvänä tai joihinkin hyvänä ja 10 prosenttia kohtalaiseksi. Kyseessä on palveluja tarjoavien tahojen arviointi, joka saattaa olla myönteisempi kuin palveluja käyttävien tahojen arviointi. Haastetta on tulevaisuudessa myös arviointijärjestelmien kehittämisessä niin, että huomioidaan tarjoajataso ja käyttäjätasot arvioinnit ja pyritään yhdenmukaiseen arviointiin eri puolilla Suomea.

Ympärivuorokautisen hoidon henkilöstön ammatillinen osaaminen arvioitiin positiivisesti. Eri-tyyppisesti muistioireiden tunnistamisessa ja muistisairaiden ihmisten kohtaamisessa hoitohenkilöstön osaamista pidettiin vahvana. Terveystieteiden keskuksessa ja kotihoitoon työskenteleviä myönteisempänä koettiin osaaminen ympärivuorokautisessa hoidossa muistisairaiden ihmisten käyttäytymisen kohtaamisessa ja hoitamisessa, psyykkisessä ja kuntoutumisen tukemisessa sekä muistioireiden tunnistamisessa.

Hoitotyö on aina perustunut ihmisen kohtaamiseen, mikä on hoitajan tärkein työväline. Muistisairaahan ihmisen kohtaaminen on haastavaa, ja ko. osa-aluetta pohditaan usein myös työyhteisön voimin ja työnohjauksessa. Tieto muistisairauksista ja varhaisesta reagoinnista oireisiin on lisääntynyt. Lääkehoitoa on yleisesti kehitetty valtakunnassa ”Turvallinen lääkehoito”-oppaan (STM 2005) myötä.

Kuntoutumisen tukeminen

Kuntoutussuunnitelmien tekeminen näyttäisi yleistyneen hiukan viime vuosina, mutta edelleen ainoastaan 18% vastaajista arvioi saatavuuden siltä osin hyväksi tai joihinkin hyväksi. Kuntoutussuunnitelman sisältävän hoito- ja palvelusuunnitelman saatavuuden arvioi vähintään joihinkin hyväksi 38% vastaajista. Kuntoutussuunnitelmien puute on selkeä uhka hyvän hoidon ja kuntoutuksen toteutumiselle. Ilman kokonaisvaltaista suunnitelmaa hoito on parhaimmillaankin sarja yksittäisiä toimenpiteitä.

Varhaisvaiheen ryhmämuotoisesta kuntoutuksesta ensitieto- ja sopeutumisvalmennuskursseja järjestetään enemmän kuin vuonna 2005, mutta huonoksi tai joihinkin huonoksi arvioi saatavuuden edelleen ensitiedon osalta 37% ja sopeutumisvalmennuksen osalta 49% vastaajista. Ryhmämuotoinen varhaisvaiheen kuntoutus tarjoaa mahdollisuuden vertaistukeen, jonka monet sairastuneet kokevat erittäin merkityksellisenä tukena sairauden muuttamassa elämäntilanteessa. Kuntoutumisen käynnistymistä tulisi heti diagnoosin jälkeen tukea kaikin keinoin, jotta sairastunut ja hänen läheisensä motivoituisivat tavoittelemaan hyvää elämää muistisairauden kanssa. Ennenaikaisen toimintakyvyn ja elämänlaadun romahtamisen ehkäisemiseksi tulisi lisätä kuntoutussuunnitelmien käyttöönottoa ja järjestää ensitieto- ja sopeutumisvalmennustoimintaa kaikille niistä tarvitseville.

Kuntoutumisen tukemisessa ja työikäisten muistisairaiden erityistarpeiden huomioimisessa ammattihenkilöstön osaaminen arvioitiin muita osa-alueita heikommaksi. Kuntoutumisen tukemisessa osaavimmaksi arvioitiin tässä kyselyssä ympärivuorokautisen hoidon työntekijät. Laitospaikkoja on vähennetty ja painopistettä pyritty siirtämään avopalveluihin ja erityisesti kotona asumisen tukemiseen. Vastaavasti tarvitaan jatkossa henkilöstön osaamisen kehittämistä kuntoutumisen tukemisessa erityisesti terveyskeskuksissa ja kotihoidossa. Sairauden alkuvaiheessa muistisairas ja hänen perheensä tarvitsevat erityistä motivointia ja tukea omaehtoiseen toimintakyvyn ylläpitämiseen.

Omaishoidon vaihe

Muistisairaahan ihmisen omaishoitaja tarvitsee erityistä joustavuutta läheisensä tilapäisten hoitopaikkojen järjestelyissä. Huolestuttavaa on, että ilta- ja yöhoitoa sekä kotilomitusta on barometrin mukaan huonosti saatavilla yli puolessa kunnista tai yhteistoiminta-alueista. Erityisesti huomiota kiinnittää kotilomitus/kotimiestoiminnan saatavuuden heikkeneminen viimeisten viiden vuoden aikana. Tähän lienee vaikuttanut alueellisten yhdistysten tarjoamien Raha-automaattiyhdistyksen tukemien kotilomituspalvelujen väheneminen.

Omaishoidon tuen piirissä olevien omaishoitajien määrä on lisääntynyt viimeisten vuosien aikana. Vuonna 2006 omaishoidon tukea sai Suomessa 30 211 ja vuonna 2009 vastaavasti 35 238 ihmistä (Sotkanet tilastot 2006-2009). Näyttäisi siltä, että muistisairaiden ihmisten omaishoitajille ei ole pystytty järjestämään tukea kasvanutta tarvetta vastaavasti. Omaishoitajien rahallisen tuen arvioi alueellaan vähintään jokseenkin hyväksi 53% vastaajista ja tuen palvelujen muodossa ainoastaan 36%. Vastaavasti omaishoitajien kuntoutuksen saatavuuden arvioi hyväksi ainoastaan 11% vastaajista. Näiden tukimuotojen osalta saatavuus onkin heikentynyt vuoden 2005 tasosta.

Ajassa henkii murroksen vaihe. Kalliita laitospalveluita on jo karsittu, mutta monimuotoisten kotiin tarjottavien palvelujen kehittämisessä ollaan vasta alkutaipaleella. Kotona asumisen vaiheeseen tarjolla olevat palvelut eivät tue riittävästi muistisairaahan ihmisten toimintakyvyn ylläpitämistä ja omaishoitajan jaksamista. Muistisairaille suunnattua päivätoimintaa ei ole saatavilla kaikkialla eikä tilapäisiin tarpeisiin ole helppoa saada apua, esimerkiksi hoitajaa kotiin.

Vuoden 2005 dementia barometrin suositusten toteutuminen

Vuonna 2005 toteutetun dementia barometrin tulosten pohjalta laadittiin muistisairaiden ja heidän läheistensä palveluita, ammatillista koulutusta ja yhdistysten toimintaa koskevia suosituksia. Vuonna 2005 nähtiin keskeiseksi haasteeksi laadukkaan ensitiedon, kuntoutussuunnitelmien, kuntoutuksen ja joustavien kotona asumista tukevien palveluiden kehittäminen sekä omaishoitajien tarpeiden huomioiminen. Näissä asioissa on edelleen huomattavia puutteita ja kehittämisen tarvetta. Ympärivuorokautisen hoidon osalta suositeltiin muistisairaille suunnattua tehostettua palveluasumista ja eriytettyä vanhainkotihoitoa. Hoitopaikkojen saatavuus muistisairaille suunnatuissa erityisyksiköissä ei ole kuitenkaan lisääntynyt vuoden 2005 jälkeen.

Vuoden 2005 barometrin pohjalta suositeltiin myös muistihäiriö- ja dementia koulutuksen lisäämistä. Ammattihenkilöstön osaaminen arvioitiin nyt paremmaksi kuin vuonna 2005. Ammatillinen täydennyskoulutustarjonta on laajentunut monissa oppilaitoksissa. Osaltaan osaa-

misen kehittymiseen on ollut vaikuttamassa myös RAY:n rahoittamien ja muistiyhdistysten ylläpitämien maakunnallisten Muistiluotsi asiantuntija- ja tukikeskusverkostojen perustaminen. Kunnat kuvaavat koulutuksen ja asiantuntijatuen keskeiseksi yhteistyömuodoksi Muistiyhdistysten kanssa.

Muistibarometri 2010 tulosten valossa voidaan todeta, että muistihäiriö- ja dementia-työn omat ohjelmat ja strateginen suunnittelu ovat lisääntyneet kunnissa. Jotta muistisairauksien asettamiin haasteisiin pystytään vastaamaan tulevana vuosina, tarvitaan alueellisen suunnittelun tueksi myös kansallista Muistiohjelmaa linjaamaan aivoterveystyön edistämisen, muistisairauksien ennaltaehkäisemisen ja hyvän hoidon ja kuntoutuksen käytäntöjä.

Liitteet

1. Muistityö strategioissa ja ohjelmissa

Liite 1. Alueen muistihäiriö- ja dementiatyön ohjelman / ikääntymispoliittisen strategian kyky huomioida aivoterveiden edistämisen ja muistisairaiden ihmisten tarpeet erällä osa-alueilla.

	ei lainkaan %	huonosti %	jokseenkin huonosti %	kohta- laisesti %	jokseenkin hyvin %	hyvin %
Muistisairauksien ennaltaehkäisy 2010	7	4	20	39	26	3
Tutkimuksiin ohjaaminen ja diagnoosin saaminen 2005	6	7	15	34	27	12
2010	6	3	6	23	46	17
Kotihoito ja tukipalvelut 2005	2	3	4	24	52	15
2010	4	0	6	33	39	19
Päivätoiminta 2010	10	1	16	30	29	14
Palveluasuminen 2005	0	1	7	24	45	23
2010	4	3	7	23	39	23
Lyhytaikainen ympärivuorokautinen hoito 2010	3	0	10	36	33	19
Pitkäaikainen ympärivuorokautinen hoito 2010	4	0	9	26	39	22
Lääkinnällinen kuntoutus 2010	6	6	26	39	19	6

2. Muistisairaille suunnattujen palvelujen saatavuus

Liite 2. Muistisairauden alkuvaiheeseen liittyvän neuvonnan ja palvelujen saatavuus.

	ei lainkaan %	huonosti %	jokseenkin huonosti %	kohta- laisesti %	jokseenkin hyvin %	hyvin %
Ensivaiheen neuvonta 2005	1	4	10	36	34	16
2010	0	0	5	41	43	11
Diagnosointi 2005	1	2	8	37	34	18
2010	0	1	0	32	44	23
Diagnoosikohtainen neuvonta 2005	1	4	15	42	27	12
2010	0	0	3	48	35	15
Tukea antava neuvonta 2005	1	4	10	41	31	14
2010	0	0	5	41	39	15
Ennakoiva ohjaus ja neuvonta edunvalvonnasta ja hoitotahdosta 2010	1	3	16	48	26	6
Ensitetokurssit 2005	23	8	31	23	8	8
2010	12	5	20	28	20	15
Sopeutumisvalmennus 2005	22	11	36	22	8	2
2010	14	16	19	37	14	1
Kuntoutussuunnitelmat 2005	10	7	28	38	12	6
2010	7	7	20	49	15	3

Liite 3. Muistisairaiden ihmisten kotona asumista tukevien palvelujen saatavuus.

	ei lainkaan %	huonosti %	jokseenkin huonosti %	kohta- laisesti %	jokseenkin hyvin %	hyvin %
Hoito- ja palvelusuunnitelma, joka sisältää kuntoutussuunnitelman						
2010	5	0	14	43	28	10
Palveluohjaus						
2005	2	1	12	36	33	16
2010	1	1	10	32	39	16
Kotihoito						
2005	11	2	15	42	31	0
2010	0	0	5	25	48	21
Kotilomitus/kotimiestoiminta						
2005	12	10	19	35	20	4
2010	26	8	29	21	13	3
Päivätoiminta/päiväsairaala						
2005	13	7	14	27	26	13
2010	8	8	16	23	28	17
Muistisairaille suunnattu oma päivätoiminta						
2005	37	13	10	21	8	11
2010	26	10	16	18	19	12
Iltahoito						
2005	16	15	22	27	15	7
2010	22	8	22	27	15	7
Yöhoito						
2005	30	13	14	18	19	7
2010	27	11	20	24	12	5
Viikonloppuhoito						
2005	12	12	17	26	23	10
2010	16	8	19	30	21	6
Lomahoito						
2005	6	3	30	42	20	0
2010	1	0	10	34	34	22
Lyhytaikainen ympärivuorokautinen hoito						
2005	1	3	4	25	49	18
2010	1	3	8	30	34	23
Kriisihoito						
2005	3	7	14	31	31	15
2010	1	3	16	30	31	19
Yksilölliset terapiat						
2010	7	15	34	27	16	1

Liite 4. Muistisairaiden ihmisten muiden tukipalvelujen saatavuus.

	ei lainkaan %	huonosti %	jokseenkin huonosti %	kohta- laisesti %	jokseenkin hyvin %	hyvin %
Ateriapalvelu						
2005	0	0	1	4	28	68
2010	0	0	0	4	35	61
Kuljetuspalvelu						
2005	1	4	7	28	34	26
2010	0	1	11	32	37	19
Asumismuutostyöt						
2010	3	1	7	43	34	12
Muistamisen apuvälineet ja turvateknologia						
2005	0	1	1	39	37	23
2010	0	3	28	39	22	8
Kylvetyspalvelu						
2010	1	1	1	23	41	32
Siivouspalvelu						
2010	8	6	11	23	26	26
Vaatehuolto						
2010	3	4	12	20	28	32

Liite 5. Muistisairaiden ihmisten omaisten tuen ja palvelujen saatavuus.

	ei lainkaan %	huonosti %	jokseenkin huonosti %	kohta- laisesti %	jokseenkin hyvin %	hyvin %
Muistisairaiden ihmisten omaisten ja läheisten tukiryhmät						
2010	7	7	16	36	23	11
Omaishoidon tuki rahana						
2005	0	1	4	39	36	21
2010	0	3	12	32	39	14
Omaishoidon tuki palveluna						
2005	7	2	9	37	35	11
2010	10	0	16	38	29	7
Omaishoidon tuki palvelusetelinä						
2010	53	3	5	24	12	3
Omaishoitajien kuntoutus						
2005	15	18	29	32	6	1
2010	11	19	30	29	8	3

Liite 6. Muistisairaiden ihmisten palveluasumisen saatavuus.

	ei lainkaan %	huonosti %	jokseenkin huonosti %	kohta- laisesti %	jokseenkin hyvin %	hyvin %
Palveluasuminen						
2005	17	1	9	29	27	17
2010	7	4	12	36	28	13
Tehostettu palveluasuminen						
2005	15	4	11	23	26	22
2010	3	4	11	31	38	14
Tehostettu palveluasuminen muisti- sairaille tarkoitettussa yksikössä						
2005	21	5	9	19	22	23
2010	7	4	17	24	28	20

Liite 7. Muistisairaiden ihmisten ympärivuorokautisen hoidon saatavuus.

	ei lainkaan %	huonosti %	jokseenkin huonosti %	kohta- laisesti %	jokseenkin hyvin %	hyvin %
Vanhainkotihoito						
2005	25	3	9	23	23	17
2010	32	4	7	21	24	11
Vanhainkotihoito, jossa muistisairaille tarkoitettu osasto/yksikkö						
2005	38	4	7	18	19	13
2010	38	6	4	26	11	15
Terveyskeskuksen vuodeosasto/ terveyskeskussairaala						
2005	4	3	8	27	41	17
2010	8	0	8	40	29	15
Hoito/ hoivakoti tms						
2005	31	5	10	18	26	10
2010	10	4	7	38	30	11
Dementiayksikkö						
2005	23	8	13	20	24	13
2010	14	7	10	35	22	13

3. Muistisairaille ihmisille suunnattujen palvelujen laatu**Liite 8.** Muistisairauden alkuvaiheeseen liittyvän neuvonnan ja palvelujen laatu.

	huono %	jokseenkin huono %	kohtalainen %	jokseenkin hyvä %	hyvä %	eos %
Neuvonta ja ohjaus						
2010	1	1	27	34	37	0
Sopeutumisvalmennus						
2005	27	30	27	13	4	-
2010	5	16	26	26	44	16
Kuntoutussuunnitelmat						
2005	13	19	41	21	6	-
2010	5	15	38	19	10	14

Liite 9. Muistisairaiden ihmisten kotona asumista tukevien palvelujen laatu.

	huono %	jokseenkin huono %	kohtalainen %	jokseenkin hyvä %	hyvä %	eos %
Hoito- ja palvelusuunnitelma, joka sisältää kuntoutussuunnitelman						
2010	3	5	40	36	12	4
Palveluohjaus						
2005	2	6	34	42	17	-
2010	3	4	23	45	25	0
Kotihoito						
2005	10	1	16	46	28	-
2010	0	0	15	51	33	0
Kotilomitus/kotimiestoiminta						
2005	16	18	36	22	8	-
2010	15	7	23	19	9	28
Päivätoiminta/päiväsairaala						
2005	12	10	32	32	15	-
2010	10	7	18	22	35	10
Muistisairaille suunnattu oma päivätoiminta						
2005	35	14	19	21	11	-
2010	14	10	13	24	21	18
Iltahoito						
2005	19	15	34	23	10	-
2010	10	11	14	26	19	19
Yöhoito						
2005	30	16	21	22	12	-
2010	16	11	11	20	20	21
Viikonloppuhoito						
2005	11	15	29	32	13	-
2010	10	11	13	24	25	17
Lomahoito						
2005	3	3	28	47	19	-
2010	3	3	18	32	43	1
Lyhytaikainen ympärivuorokautinen hoito						
2005	1	2	26	51	20	-
2010	3	1	14	34	45	3
Kriisihoito						
2005	6	11	37	32	15	-
2010	4	7	19	41	24	5
Yksilölliset terapiat						
2010	3	16	20	22	16	23

Liite 10. Muistisairaiden ihmisten muiden tukipalvelujen laatu.

	huono %	jokseenkin huono %	kohtalainen %	jokseenkin hyvä %	hyvä %	eos %
Ateriapalvelu						
2005	0	0	12	38	50	-
2010	0	0	10	27	62	1
Kuljetuspalvelu						
2005	3	8	23	43	23	-
2010	1	1	15	37	40	6
Siivouspalvelu						
2010	3	3	7	30	38	20

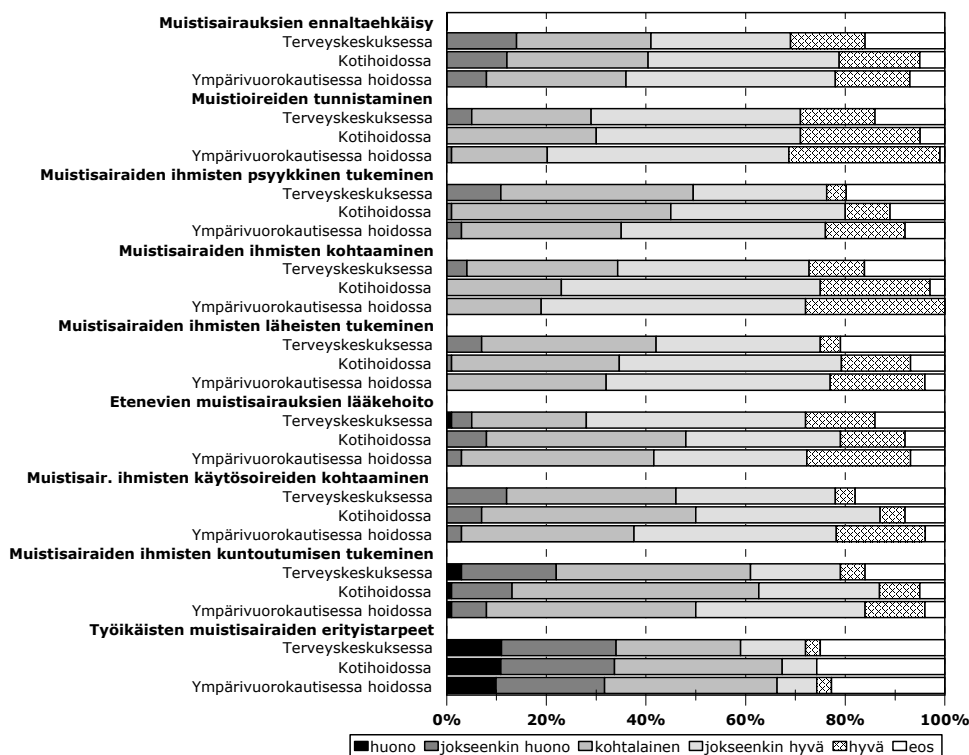
Liite 11. Muistisairaiden ihmisten omaisten tuen ja palvelujen, palveluasumisen ja ympärivuorokautisen hoidon laatu.

	huono %	jokseenkin huono %	kohtalainen %	jokseenkin hyvä %	hyvä %	eos %
Muistisairaiden ihmisten omaisten tuen ja palvelujen laatu	1	1	38	47	10	3
Muistisairaiden ihmisten palveluasumisen laatu	0	1	12	41	43	3
Muistisairaiden ihmisten ympärivuorokautisen hoidon laatu	0	1	11	49	37	1

4. Ammattihenkilöstön osaaminen

Liite 12. Ammattihenkilöstön osaaminen.

	huono %	melko huono %	kohtalai- nen %	melko hyvä %	hyvä %	ei osaa sanoa %
Muistisairauksien ennaltaehkäisy						
Terveyskeskuksessa	0	14	27	28	15	16
Kotihoidossa	0	12	28	38	16	5
Ympäri vuorokautisessa hoidossa	0	8	28	42	15	7
Muistioireiden tunnistaminen						
Terveyskeskuksessa	0	5	24	42	15	14
Kotihoidossa	0	0	30	41	24	5
Ympäri vuorokautisessa hoidossa	0	1	19	48	30	1
Muistisairaiden ihmisten psyykinen tukeminen						
Terveyskeskuksessa	0	11	39	27	4	20
Kotihoidossa	0	1	44	35	9	11
Ympäri vuorokautisessa hoidossa	0	3	32	41	16	8
Muistisairaiden ihmisten kohtaaminen						
Terveyskeskuksessa	0	4	30	38	11	16
Kotihoidossa	0	0	23	52	22	3
Ympäri vuorokautisessa hoidossa	0	0	19	53	28	0
Muistisairaiden ihmisten läheisten tukeminen						
Terveyskeskuksessa	0	7	35	33	4	21
Kotihoidossa	0	1	34	45	14	7
Ympäri vuorokautisessa hoidossa	0	0	32	45	19	4
Etenevien muistisairauksien lääkehoito						
Terveyskeskuksessa	1	4	23	44	14	14
Kotihoidossa	0	8	40	31	13	8
Ympäri vuorokautisessa hoidossa	0	3	39	31	21	7
Muistisairaiden ihmisten käytösoireiden kohtaaminen ja hoitaminen						
Terveyskeskuksessa	0	12	34	32	4	18
Kotihoidossa	0	7	43	37	5	8
Ympäri vuorokautisessa hoidossa	0	3	35	41	18	4
Muistisairaiden ihmisten kuntoutumisen tukeminen						
Terveyskeskuksessa	3	19	39	18	5	16
Kotihoidossa	1	12	49	24	8	5
Ympäri vuorokautisessa hoidossa	1	7	42	34	12	4
Työikäisten muistisairaiden erityistarpeet						
Terveyskeskuksessa	11	23	25	13	3	25
Kotihoidossa	11	23	34	7	0	26
Ympäri vuorokautisessa hoidossa	10	22	35	8	3	23



Liite 13. Ammattihenkilöstön osaaminen.

Liite 14. Ammattihenkilöstön osaaminen.¹⁸

	huono %	kohtalainen %	hyvä %
Muistisairauksien ennaltaehkäisy			
Terveyskeskuksessa	16	32	52
Kotihoidossa	13	30	57
Ympäri vuorokautisessa hoidossa	9	30	61
Muistioireiden tunnistaminen			
Terveyskeskuksessa	6	28	66
Kotihoidossa	0	31	67
Ympäri vuorokautisessa hoidossa	1	9	79
Muistisairaiden ihmisten psyykkinen tukeminen			
Terveyskeskuksessa	13	48	38
Kotihoidossa	2	49	49
Ympäri vuorokautisessa hoidossa	3	35	62
Muistisairaiden ihmisten kohtaaminen			
Terveyskeskuksessa	5	36	59
Kotihoidossa	0	24	76
Ympäri vuorokautisessa hoidossa	0	19	81
Muistisairaiden ihmisten läheisten tukeminen			
Terveyskeskuksessa	9	44	48
Kotihoidossa	1	36	62
Ympäri vuorokautisessa hoidossa	0	33	67
Etenevien muistisairauksien lääkehoito			
Terveyskeskuksessa	7	26	67
Kotihoidossa	9	44	47
Ympäri vuorokautisessa hoidossa	3	42	55
Muistisairaiden ihmisten käytösoireiden kohtaaminen ja hoitaminen			
Terveyskeskuksessa	15	41	44
Kotihoidossa	7	47	46
Ympäri vuorokautisessa hoidossa	3	37	61
Muistisairaiden ihmisten kuntoutumisen tukeminen			
Terveyskeskuksessa	26	47	27
Kotihoidossa	14	51	34
Ympäri vuorokautisessa hoidossa	9	44	48
Työikäisten muistisairaiden erityistarpeet			
Terveyskeskuksessa	45	34	21
Kotihoidossa	46	46	9
Ympäri vuorokautisessa hoidossa	40	46	14

Liite 15. Ammattihenkilöstön osaaminen eri osaamisalueilla (summattu henkilöstön osaaminen terveyskeskuksessa, kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa hoidossa).

	huono %	jokseenkin huono %	kohtalainen %	jokseenkin hyvä %	hyvä %
Muistisairauksien ennaltaehkäisy	0	10	34	40	16
Muistioireiden tunnistaminen	0	0	29	48	23
Muistisairaiden ihmisten psyykkinen tukeminen	0	3	42	44	11
Muistisairaiden ihmisten kohtaaminen	0	0	22	61	17
Muistisairaiden ihmisten läheisten tukeminen	0	1	38	48	12
Etenevien muistisairauksien lääkehoito	0	6	38	42	14
Muistisairaiden ihmisten käytösoireiden kohtaaminen ja hoitaminen	0	4	45	42	10
Muistisairaiden ihmisten kuntoutumisen tukeminen	1	11	52	29	7
Työikäisten muistisairaiden erityistarpeet	12	30	42	13	3

¹⁸

Jakaumista on poistettu ei osaa sanoa -vastaukset ja lopputulos on luokiteltu kolmiluokkaiseksi.

5. Kyselyn saatekirjeet ja kyselylomakkeet

Liite 16. Ensimmäisen kyselykierroksen saate suomeksi.

HYVÄ VASTAANOTTAJA

Muistisairaiden ihmisten määrä tulee kasvamaan lähivuosina jokaisessa Suomen kunnassa. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollossa on viime vuosina valmisteltu ja toteutettu runsaasti muutoksia. Muistibarometri 2010:n tavoitteena on koota ajankohtaista tietoa muistisairaiden ihmisten ja heidän omaishoitajiensa palvelujen saatavuudesta ja laadusta, ammattihenkilöstön osaamisesta sekä julkisen ja kolmannen sektorin yhteistyöstä. Viiden vuoden välein tehtävä barometri auttaa suuntaamaan kehittämistyötä vastaamaan lisääntyvää palvelutarvetta. Vuoden 2005 barometrin suositusten pohjalta on mm. käynnistetty Raha-automaattiyhdistyksen rahoittama maakunnallinen asiantuntija- ja tukikeskusverkosto Muistiluotsi.

Oheinen Muistibarometri 2010 -kysely kattaa laajasti muistisairaille ihmisille ja heidän läheisilleen suunnatut avo- ja laitoshoidon palvelut. Pyydämmekin, että käytätte hetken kiireisestä ajastanne ja kerrotte näkemyksenne muistisairaiden ja heidän läheistensä ajankohtaisesta tilanteesta kunnassanne tai yhteistoiminta-alueellanne. Tarvittaessa voitte ohjata kyselyn henkilölle, joka voi parhaiten koota yhteisen näkemyksen hoidon kokonaisuudesta.

Linkki kyselyyn:

Jokainen vastaus on tärkeä. Pyydämme Teitä vastaamaan 14.5. mennessä. Vastaukset käsitellään luotamuksellisesti. Mikäli vastaatte mieluummin paperilomakkeella, sen saa tilata tämän sähköpostin lähettäjältä.

Jokaiselle kyselyyn vastanneelle lähetetään kiitoksena tuloksista raportoiva Muisti-lehti. Lisäksi vastaajien kesken arvotaan 2 paikkaa Muistiliiton Muistihoitajaseminaariin (à 180,00 e) sekä yksi kylpyläviikonloppu (à 300,00 e)

Tulosten pohjalta kootaan Muistibarometri 2010 -julkaisu. Samaan aikaan keräämme myös tietoa kolmannen sektorin resursseista ja alueellisista toimintamahdollisuuksista. Keväällä 2011 järjestämme alueelliset palautetilaisuudet barometrien tuloksista. Julkaisun avulla haluamme nostaa kentän ammattilaisten kokemukset muistisairaiden ajankohtaisesta tilanteesta sosiaali- ja terveystalouteen keskusteluun ja päätöksentekoon. Tuloksia tullaan hyödyntämään myös valtakunnallisen Muistiohjelman suunnittelussa.

Yhteistyöterveisin,

Susann Mörck
Toiminnanjohtaja
Muistiliitto

Anna Tamminen
Järjestöjohtaja
Muistiliitto

Muistibarometrin toteuttaa Muistiliitto yhteistyössä Sosiaali- ja terveysturvan keskusliiton (STKL):n kanssa. Lisätietoja: Anna Tamminen, järjestöjohtaja, Muistiliitto, anna.tamminen@muistiliitto.fi

Liite 17. Ensimmäisen kyselykierroksen saate ruotsiksi

BÄSTA MOTTAGARE

Antalet minnessjuka kommer under de närmaste åren att öka i alla finländska kommuner. Inom kommunernas social- och hälsovård har man under de senaste åren berett och genomfört många förändringar. Målet för Minnesbarometern 2010 är att sammanställa aktuell information om tillgången till och kvaliteten på tjänsterna för minnessjuka och deras närståendevårdare samt om den yrkesutbildade personalens kompetens och samarbetet mellan den offentliga sektorn och den tredje sektorn. Barometern, som genomförs med fem års mellanrum, hjälper till att rikta in utvecklingsarbetet så att det svarar mot det ökande behovet av tjänster. På basis av rekommendationerna i barometern år 2005 har man bl.a. startat ett regionalt nätverk av expert- och stödcentra, Minneslotsen, som finansieras av Penningautomatföreningen.

Den bifogade enkäten Minnesbarometern 2010 täcker i stor utsträckning de öppen- och slutenvårdstjänster som riktar sig till minnessjuka och deras närstående. Därför ber vi er att använda en stund av er upptagna tid till att berätta om era åsikter om den aktuella situationen för de minnessjuka och deras närstående i era kommuner eller samarbetsområden. Vid behov kan ni skicka vidare enkäten till den person som bäst kan sammanställa en gemensam syn på vården som helhet.

Länk till enkäten:

Varje svar är viktigt. Vi ber er besvara enkäten före 14.5. Svaren behandlas konfidentiellt. Om ni hellre svarar på en pappersblankett, kan en sådan beställas av avsändaren av detta e-postmeddelande.

Till var och en som har besvarat enkäten sänder vi som tack tidningen Muisti, som rapporterar om resultaten. Bland enkättagarna lottar vi dessutom ut två platser till Alzheimer Centralförbundets seminarium för minnesskötare (å 180,00 euro) och ett veckoslut på en badinrättning (å 300,00 euro).

På basis av resultaten sammanställs publikationen Minnesbarometern 2010. Samtidigt samlar vi också in information om den tredje sektorns resurser och regionala verksamhetsmöjligheter. Våren 2011 kommer vi att ordna regionala responsmöten om barometerns resultat. Med hjälp av publikationen vill vi i den social- och hälsopolitiska debatten och beslutsfattandet på området lyfta fram de erfarenheter yrkesfolket på fältet har av den aktuella situationen för de minnessjuka. Resultaten kommer också att utnyttjas i planeringen av det nationella Minnesprogrammet.

Med samarbetshälsningar

Susann Mörck
Verksamhetsledare
Alzheimer Centralförbundet

Anna Tamminen
Organisationschef
Alzheimer Centralförbundet

Minnesbarometern genomförs av Alzheimer Centralförbundet i samarbete med Centralförbundet för Soci-alskydd och Hälsa.

Ytterligare information: Anna Tamminen, organisationschef, Alzheimer Centralförbundet,
anna.tamminen@muistiliitto.fi

Liite 18. Toisen kyselykierroksen saate suomeksi.

HYVÄ KYSELYN VASTAANOTTAJA!

Kutsumme Teidät vastaamaan Muistibarometri 2010 -kyselyyn!

Kyselyn tulokset julkistetaan syyskuussa Maailman Alzheimer-päivän yhteydessä. Raportti käsittelee Muistisairaiden ihmisten ja heidän läheistensä palvelujen tilaa uuden vuosikymmen kynnyksellä.

Jos olette tällä välin jo vastannut kyselyyn, kiitämme lämpimästi vastauksestanne.

Linkki kyselyyn:

Pyydämme Teitä vastaamaan mahdollisimman pian. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Tulokset raportoidaan laajoina kokonaisuuksina, joista yksittäisen vastaajan näkemykset eivät ole tunnistettavissa. Kaikille vastaajille lähetetään Muistiliiton julkaisema Muisti-lehti, jossa raportoidaan barometrin keskeisimmistä tuloksista. Vastaajien kesken arvotaan myös 2 paikkaa Muistiliiton järjestämille valtakunnallisille Muistihoitajapäiville sekä kylpyläviikonloppu.

Mikäli lomakkeen täyttämisessä on teknisiä ongelmia, lähetämme kyselyn postitse. Lomakepyynnöt: Anna Tamminen, muistiliitto anna.tamminen@muistiliitto.fi

Kiitokset osallistumisestanne!

Susann Mörck
Toiminnanjohtaja
Muistiliitto

Anna Tamminen
Järjestöjohtaja
Muistiliitto

Muistibarometrin toteuttaa Muistiliitto yhteistyössä Sosiaali- ja terveysturvan keskusliiton kanssa. Tavoitteena on nostaa ajankohtaiset muistisairaiden ihmisten ja heidän läheistensä kysymykset sosiaali- ja terveystieteiden keskusteluun. Valtakunnallisesti kattava kysely lähetetään sosiaali- ja /tai vanhustyön johdolle. Lisätietoja: Muistiliitto ry, järjestöjohtaja Anna Tamminen, anna.tamminen@muistiliitto.fi.

Liite 19. Toisen kyselykierroksen saate ruotsiksi.

BÄSTA MOTTAGARE AV ENKÄTEN

Välkomna att delta i enkäten Minnesbarometern 2010!

Resultaten av enkäten kommer att publiceras i september i samband med Internationella Alzheimerdagen. Rapporten behandlar situationen i fråga om tjänsterna för minnessjuka och deras närstående på tröskeln till ett nytt decennium.

Om ni redan har hunnit besvara enkäten tackar vi er varmt för era svar.

Länk till enkäten:
#codelink

Vi ber er besvara enkäten så snart som möjligt. Svaren behandlas konfidentiellt. Resultaten kommer att rapporteras som breda helheter där enskilda svarspersoners åsikter inte kan identifieras. Alla som besvarat enkäten kommer att få Alzheimer Centralförbundets tidning Muisti, där de viktigaste resultaten av barometern rapporteras. Bland enkätdeltagarna lottas vi också ut två platser till Alzheimer Centralförbundets seminarium för minnesskötare samt ett veckoslut på en badinrättning.

Om det uppstår tekniska problem med att fylla i blanketten sänder vi enkäten per post. Begäran om blankett: Anna Tamminen, Alzheimer Centralförbundet anna.tamminen@muistiliitto.fi

Tack för er medverkan!

Susann Mörck
Verksamhetsledare
Alzheimer Centralförbundet

Anna Tamminen
Organisationschef
Alzheimer Centralförbundet

Minnesbarometern genomförs av Alzheimer Centralförbundet i samarbete med Centralförbundet för Socialskydd och Hälsa. Målet är att i den social- och hälsopolitiska debatten lyfta upp aktuella frågor som rör

minnessjuka och deras närstående. Enkäten täcker hela landet och den sänds till ledningen för social- och/eller äldrearbetet. Ytterligare information: Alzheimer Centraförbundet rf, organisationschef Anna Tamminen, anna.tamminen@muistiliitto.fi.

liite 19

Asiantuntijataustaryhmän jäsenet

Arja Isola, Oulun yliopisto
Eevaliisa Virnes, Kuntaliitto
Maija Välimäki, Etelä-Pohjanmaan Muistiyhdistys
Päivi Voutilainen, Sosiaali- ja terveysministeriö
Päivi Topo, Terveystieteiden tutkimuskeskus
Riitta Korhonen, Muistiliiton hallitus
Sirkkaliisa Heimonen, Ikäinstituutti
Susann Mörck, Muistiliitto

MUISTIBAROMETRI 2010

Kysely on lähetetty kuntiin/yhteistoiminta-alueille valtakunnallisesti kattavasti. **Pyydämme arvioimaan muistisairaiden ihmisten ja heidän omaishoitajiensa palveluja koskevia kysymyksiä koko maantieteellisen vastualueenne kannalta.** Muistisairauksilla tarkoitamme tässä kyselyssä eteneviä neurologisia, dementiaan johtavia sairauksia.

Kunnasta tai laajemmasta toiminta-alueesta käytetään kyselyssä nimitystä **alue**.

Pyydämme teitä ympyröimään alueenne tilannetta tai käsityksiänne vastaavan vaihtoehdon tai kirjoittamaan vastauksen sille varatulle riville.

I TAUSTATIEDOT

1. Kunnan / yhteistoiminta-alueen nimi: _____

2. Kyselyn vastaamiseen osallistuneiden virka-asetat tai nimikkeet:

II MUISTISAIRAUDET ALUEENNE SOSIAALI- JA TERVEYSPOLITIIKASSA

3. Onko alueellanne muistihäiriö- ja dementia-työn ohjelma / muistiohjelma?

- | | |
|----|--|
| 29 | kyllä; milloin viimeisin on laadittu tai päivitetty? |
| 12 | ei vielä, valmistellaan |
| 22 | ei vielä, suunnitelmassa |
| 37 | ei |

4. Onko alueellanne ikääntymispoliittinen / vanhuspoliittinen strategia?

- | | |
|----|--|
| 80 | kyllä; milloin viimeisin on laadittu tai päivitetty? |
| 14 | ei vielä, valmistellaan |
| 3 | ei vielä, suunnitelmassa |
| 4 | ei |

5. Miten alueenne muistihäiriö- ja dementia-työn ohjelma / ikääntymispoliittinen strategia huomioi aivoterveysten edistämisen ja muistisairaiden ihmisten tarpeet seuraavilla osa-alueilla?

	ei lainkaan	huonosti	jokseenkin huonosti	kohta- laisesti	jokseenkin hyvin	hyvin
Muistisairauksien ennaltaehkäisy	7	4	20	39	26	3
Tutkimuksiin ohjaaminen ja diagnoosin saaminen	6	3	6	23	46	17
Kotihoito ja tukipalvelut	4	0	6	33	39	19
Päivätoiminta	10	1	16	30	29	14
Palveluasuminen	4	3	7	23	39	23
Lyhytaikainen ympärivuorokautinen hoito	3	0	10	36	33	19
Pitkäaikainen ympärivuorokautinen hoito	4	0	9	26	39	22
Lääkinnällinen kuntoutus	6	6	26	39	19	6

6. Onko näitä asioita huomioitu alueellanne jossain muussa strategiassa?

70

ei

30

kyllä, missä? _____

7. Onko palvelujen suunnittelun pohjana käytetty arviota muistisairaiden määrästä alueellanne?

28

ei

72

kyllä

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

III MUISTISAIRAILLE IHMISILLE SUUNNATTUJEN PALVELUJEN SAATAVUUS JA LAATU

9. Onko alueenne perusterveydenhuollossa muistipoliklinikka / muistineuvola?

36

ei

64

kyllä, kuinka monta? _____

10. Onko alueellanne muistihoitaja?

13

ei

45

kyllä, osa-aikainen muistihoitaja, kuinka monta? _____

35

kyllä, kokopäivätoiminen muistihoitaja, kuinka monta? _____

11. Onko alueellanne muistikoordinaattori?

74

ei

11

kyllä, osa-aikainen muistikoordinaattori; kuinka monta? _____

15

kyllä, kokopäivätoiminen muistikoordinaattori; kuinka monta? _____

Kysymyksissä 12-23 tiedustellaan muistisairaille ihmisille, heidän läheisilleen ja omaishoitajilleen suunnattujen palveluiden **saatavuutta** suhteessa alueen muistisairaiden määrään sekä näiden palvelujen **laatua**.

Huomioikaa vastauksissanne kuntanne/yhteistoiminta-alueenne järjestämät, ostamat tai yhteistyössä toteuttamat palvelut.

A. Sairauden alkuvaiheen neuvonnan ja palvelujen saatavuus ja laatu

12. Millaiseksi arvioitte muistisairaudesta alkuvaiheeseen liittyvän neuvonnan ja palvelujen **saatavuuden** alueellanne?

	ei lainkaan	huono	jokseenkin huono	kohta- lainen	jokseenkin hyvä	hyvä
Ensivaiheen neuvonta (tiedottaminen, ohjaus tutkimuksiin ja palveluihin)	0	0	5	41	43	11
Diagnosointi (sairaudesta määrittäminen, jatko-tutkimukset)	0	1	0	32	44	23
Diagnoosikohtainen neuvonta (tiedollinen ja henkinen tuki)	0	0	3	48	35	15
Tukea antava neuvonta (myös käytännöllinen tuki, ohjaus palveluihin)	0	0	5	41	39	15
Ennakoiva ohjaus ja neuvonta edunvalvonnasta ja hoitotahdosta	1	3	16	48	26	6
Ensietokurssit	12	5	20	28	20	15
Sopeutumisvalmennus	14	16	19	37	14	1
Kuntoutussuunnitelmat	7	7	20	49	15	3

13. Millaiseksi arvioitte muistisairauden alkuvaiheeseen liittyvien neuvonnan ja palvelujen **laadun** alueellanne?

	huono	jokseenkin huono	kohtalainen	jokseenkin hyvä	hyvä	en osaa sanoa
Neuvonta ja ohjaus	1	1	27	34	37	0
Sopeutumisvalmennus	5	16	26	26	11	16
Kuntoutussuunnitelmat	5	15	38	19	10	14

B. Kotona asumista tukevien palvelujen saatavuus ja laatu

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

	ei lainkaan	huono	jokseenkin huono	kohtalainen	jokseenkin hyvä	hyvä
Hoito- ja palvelusuunnitelma, joka sisältää kuntoutussuunnitelman	5	0	14	43	28	10
Palveluohjaus (koordinointi ja neuvonta)	1	1	10	32	39	16
Kotihoito	0	0	5	25	48	21
Kotilomitus / kotimiestoiminta	26	8	29	21	13	3
Päivätoiminta / päiväsauala	8	8	16	23	28	17
Muistisairaille suunnattu oma päivätoiminta	26	10	16	18	19	12
Iltahoito	22	8	22	27	15	7
Yöhoito	27	11	20	24	12	5
Viikonloppuhoito	16	8	19	30	21	6
Lomahoito (tilapäinen laitoshoidojakso)	1	0	10	34	34	22
Lyhytaikainen ympärivuorokautinen hoito (säännöllinen koti- ja laitoshoidon vuorottelu esim. 2 viikkoa kotona, 2 viikkoa laitoksessa)	1	3	8	30	34	23
Kriisihoito (äkillinen tarve esim. omaisen sairastuessa, käytösoireiden hoidossa)	1	3	16	30	31	19
Yksilölliset terapiat, esim. fysio-/toimintaterapia	7	15	34	27	16	1

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

	huono	jokseenkin huono	kohtalainen	jokseenkin hyvä	hyvä	en osaa sanoa
Hoito- ja palvelusuunnitelma, joka sisältää kuntoutussuunnitelman	3	5	40	36	12	4
Palveluohjaus (koordinointi ja neuvonta)	3	4	23	45	25	0
Kotihoito	0	0	15	51	33	0
Kotilomitus/kotimiestoiminta	15	7	23	19	9	28
Päivätoiminta/päiväsauala	10	7	18	22	35	10
Muistisairaille suunnattu oma päivätoiminta	14	10	13	24	21	18
Iltahoito	10	11	14	26	19	19
Yöhoito	16	11	11	20	20	21
Viikonloppuhoito	10	11	13	24	25	17
Lomahoito (tilapäinen laitoshoidojakso)	3	3	18	32	43	1
Lyhytaikainen ympärivuorokautinen hoito (säännöllinen koti- ja laitoshoidon vuorottelu esim. 2 viikkoa kotona, 2 viikkoa laitoksessa)	3	1	14	24	45	3
Kriisihoito (äkillinen tarve esim. omaisen sairastuessa, käytösoireiden hoidossa)	4	7	19	41	24	5
Yksilölliset terapiat, esim. fysio-/toimintaterapia	3	16	20	22	16	23

C. Muiden tukipalvelujen saatavuus ja laatu

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

	ei lainkaan	huono	jokseenkin huono	kohtalainen	jokseenkin hyvä	hyvä
Ateriapalvelu	0	0	0	4	35	61
Kuljetuspalvelu (myös saattajapalvelu)	0	1	11	32	37	19
Asumismuutostyöt	3	1	7	43	34	12
Muistamisen apuvälineet ja turva-teknologia	0	3	28	39	22	8
Kylvetyspalvelu	1	1	1	23	41	32
Siivouspalvelu	8	6	11	23	26	26
Vaatehuolto	3	4	12	20	28	32

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

	huono	jokseenkin huono	kohtalainen	jokseenkin hyvä	hyvä	en osaa sanoa
Ateriapalvelu	0	0	10	27	62	1
Kuljetuspalvelu (myös saattajapalvelu)	1	1	15	37	40	6
Siivouspalvelu	3	3	7	30	38	20

D. Omaisten tuen ja palvelujen saatavuus ja laatu

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

	ei lainkaan	huono	jokseenkin huono	kohtalainen	jokseenkin hyvä	hyvä
Muistisairaiden ihmisten omaisten ja läheisten tukiryhmät	7	7	16	36	23	11
Omaishoidon tuki rahana	0	3	12	32	39	14
Omaishoidon tuki palveluna	10	0	16	38	29	7
Omaishoidon tuki palvelusetelinä	53	3	5	24	12	3
Omaishoitajien kuntoutus	11	19	30	29	8	3

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

1	huono
1	jokseenkin huono
38	kohtalainen
47	jokseenkin hyvä
10	hyvä
3	en osaa sanoa

E. Palveluasumisen saatavuus ja laatu

20. Millaiseksi arvioitte muistisairaiden ihmisten palveluasumisen **saatavuuden** alueellanne?

	ei lainkaan	huono	jokseenkin huono	kohtalainen	jokseenkin hyvä	hyvä
Palveluasuminen (ei yövalvontaa)	7	4	12	36	28	13
Tehostettu palveluasuminen (yöpäivävuorokautinen valvonta)	3	4	11	31	38	14
Tehostettu palveluasuminen muistisairaille tarkoitettussa yksikössä (hoitaja paikalla yksikössä myös öisin)	7	4	17	24	28	20

21. Millaiseksi arvioitte muistisairaiden ihmisten palveluasumisen **laadun** alueellanne?

- 0 huono
- 1 jokseenkin huono
- 12 kohtalainen
- 41 jokseenkin hyvä
- 43 hyvä
- 3 en osaa sanoa

F. Ympäri vuorokautisen hoidon saatavuus ja laatu

22. Millaiseksi arvioitte muistisairaiden ihmisten ympärivuorokautisen hoidon **saatavuuden** alueellanne?

	ei lainkaan	huono	jokseenkin huono	kohtalainen	jokseenkin hyvä	hyvä
Vanhainkotihoito (ei eriytettyjä osastoja)	32	4	7	21	24	11
Vanhainkotihoito, jossa muistisairaille tarkoitettu osasto/yksikkö	38	6	4	26	11	15
Terveyskeskuksen vuodeosasto / terveyskeskussairaala	8	0	8	40	29	15
Hoito-/hoivakoti tai muu vastaava paikka	10	4	7	38	30	11
Dementiayksikkö (potilailla muistisairaudesta diagnosoitu, erityishoidon tarve esim. käytös- oireiden hoito, työikäisyys)	14	7	10	35	22	13

23. Millaiseksi arvioitte muistisairaiden ihmisten ympärivuorokautisen hoidon **laadun** alueellanne?

- 0 huono
- 1 jokseenkin huono
- 11 kohtalainen
- 49 jokseenkin hyvä
- 37 hyvä
- 1 en osaa sanoa

Palvelut yleensä ja asiakaspalautteet

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

- 0 huonosti
- 11 jokseenkin huonosti
- 37 kohtalaisesti
- 37 jokseenkin hyvin
- 16 hyvin

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

	huonosti	jokseenkin huonosti	kohtalaisesti	jokseenkin hyvin	hyvin	en osaa sanoa
Palvelujen koordinointi	0	8	35	34	20	3
Uusien toimintatapojen kehittäminen	1	15	26	41	16	1
Asiakkaiden osallistumismahdollisuudet palveluiden suunnitteluun	3	22	38	28	10	0

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

52 ei (Voitte siirtyä kysymykseen **28.**)

21 kyllä, satunnaisesti; missä palveluissa? _____

27 kyllä, systemaattisesti; missä palveluissa? _____

27. Mikäli keräätte asiakaspalautetta, miten sitä hyödynnetään?

IV AMMATTIHENKILÖSTÖN OSAAMINEN

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

	huono				hyvä	en osaa sanoa
Terveyskeskuksessa	0	5	24	42	15	14
Kotihoidossa	0	0	30	41	24	5
Ympäri vuorokautisessa hoidossa	0	1	19	48	30	1

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

	huono				hyvä	en osaa sanoa
Terveyskeskuksessa	0	5	24	42	15	14
Kotihoidossa	0	0	30	41	24	5
Ympäri vuorokautisessa hoidossa	0	1	19	48	30	1

30. Millaiseksi arvioitte alueenne ammattihenkilöstön osaamisen muistisairaiden ihmisten **psykyssä tukemisessa**?

	huono				hyvä	en osaa sanoa
Terveyskeskuksessa	0	11	39	27	4	20
Kotihoidossa	0	1	44	35	9	11
Ympäri vuorokautisessa hoidossa	0	3	32	41	16	8

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

	huono				hyvä	en osaa sanoa
Terveyskeskuksessa	0	4	30	38	11	16
Kotihoidossa	0	0	23	52	22	3
Ympäri vuorokautisessa hoidossa	0	0	19	53	28	0

32. Millaiseksi arvioitte alueenne ammattihenkilöstön osaamisen muistisairaiden ihmisten **läheisten tukemisessa**?

	huono				hyvä	en osaa sanoa
Terveyskeskuksessa	0	7	35	33	4	21
Kotihoidossa	0	1	34	45	14	7
Ympäri vuorokautisessa hoidossa	0	0	32	45	19	4

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

	huono				hyvä	en osaa sanoa
Terveyskeskuksessa	1	4	23	44	14	14
Kotihoidossa	0	8	40	31	13	8
Ympäri vuorokautisessa hoidossa	0	3	39	31	21	7

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

	huono				hyvä	en osaa sanoa
Terveyskeskuksessa	0	12	34	32	4	18
Kotihoidossa	0	7	43	37	5	8
Ympäri vuorokautisessa hoidossa	0	3	35	41	18	4

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

	huono				hyvä	en osaa sanoa
Terveyskeskuksessa	3	19	39	18	5	16
Kotihoidossa	1	12	49	24	8	5
Ympäri vuorokautisessa hoidossa	1	7	42	34	12	4

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

	huono				hyvä	en osaa sanoa
Terveyskeskuksessa	11	23	25	13	3	25
Kotihoidossa	11	23	34	7	0	26
Ympäri vuorokautisessa hoidossa	10	22	35	8	3	23

V TULEVAISUUS

37. Mitkä ovat mielestänne alueenne merkittävimmät haasteet muistisairaiden ja heidän omaisten kannalta?

38. Mitkä ovat mielestänne alueenne merkittävimmät haasteet muistisairaiden palvelujärjestelmän kannalta?

39. Miten palveluseteli soveltuu mielestänne muistisairaiden ihmisten palveluihin?

3	ei lainkaan
10	huonosti
7	jokseenkin huonosti
33	kohtalaisesti
30	jokseenkin hyvin
17	hyvin

VI YHTEISTYÖ MUISTI-, ALZHEIMER- JA DEMENTIAYHDISTYKSEN KANSSA

40. Onko alueenne sosiaali- ja terveystoimella yhteistyötä Muistiyhdistyksen kanssa tällä hetkellä?

22 ei

78 kyllä; mitkä ovat mielestänne yhteistyön keskeisimmät sisällöt? _____

41. Millaisia odotuksia teillä on paikalliselle Muistiyhdistykselle?

42. Millaisia odotuksia teillä on valtakunnalliselle Muistiliitolle?

43. Palaute kyselystä, vapaa sana.

KIITOS VASTAUKSESTANNE!

Kaikille kyselyyn vastanneille lähetetään kiitoksena tuloksista raportoiva Muisti-lehti vuoden lopulla.

Mikäli haluatte saada lehden, pyydämme täyttämään yhteystietonne:

Nimi:

Postiosoite:



MINNESBAROMETER 2010

Denna enkät har skickats till kommuner och samarbetsområden i hela landet. **Enkäten gäller tjänster för personer med demenssjukdom och deras närståendevårdare. Vi ber er beakta hela ert geografiska ansvarsområde när ni besvarar enkäten.** Med demenssjukdomar avser vi i denna enkät progressiva neurologiska sjukdomar som leder till demens.

Kommuner eller större samarbetsområden kallas i enkäten **områden**.

Vi ber er ringa in det alternativ som bäst beskriver situationen i ert område eller bäst stämmer överens med er uppfattning om situationen och/eller i tillämpliga fall skriva ert svar på den tomma raden.

I BAKGRUNDSFAKTA

1. Kommunens/samarbetsområdets namn: _____
2. Tjänsteställning eller tjänstebeteckning för dem som besvarat enkäten:

II DEMENSSJUKDOMARNA INOM SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSPOLITIKEN I ERT OMRÅDE

3. Finns det ett program för arbete med minnesstörningar och demens eller ett demensprogram för ert område?
 - 1 Ja. När har det senaste utarbetats eller uppdaterats? _____
 - 2 Inte ännu, ett program är under beredning
 - 3 Inte ännu, ett program ingår i planerna
 - 4 Nej
4. Finns det en strategi för åldrandepolitiken eller åldringsspolitiken i ert område?
 - 1 Ja. När har det senaste utarbetats eller uppdaterats? _____
 - 2 Inte ännu, ett program är under beredning
 - 3 Inte ännu, ett program ingår i planerna
 - 4 Nej

5. Hur väl beaktas hjärnhälsan och de demenssjukas behov i ert områdes program för minnesstörningar och demens eller strategi för äldre inom följande delområden?

	inte alls	dåligt	ganska dåligt	medel- måttigt	ganska bra	bra
Förebyggande av demenssjukdomar	1	2	3	4	5	6
Dirigering till undersökning och erhållande av diagnos	1	2	3	4	5	6
Hemvård och stödtjänster	1	2	3	4	5	6
Dagverksamhet	1	2	3	4	5	6
Serviceboende	1	2	3	4	5	6
Kortvarig heldygnsvård	1	2	3	4	5	6
Långvarig heldygnsvård	1	2	3	4	5	6
Medicinsk rehabilitering	1	2	3	4	5	6

6. Har dessa frågor beaktats i någon annan strategi för ert område?

1 Nej

2 Ja. Var? _____

7. Har man som underlag för planeringen av servicen använt en uppskattning av antalet personer med demenssjukdom i ert område?

1 Nej

2 Ja

8. Hur har behovet av service bland personer i **arbetsför ålder** med demenssjukdom beaktats i social- och hälsovårdspolitiken i ert område?

III TILLGÅNG PÅ TJÄNSTER FÖR PERSONER MED DEMENSSJUKDOM OCH TJÄNSTERNAS KVALITET

9. Ingår en demensmottagning / demensrådgivning i primärvården i ert område?

1 Nej

2 Ja. Hur många? _____

10. Har ni demensskötare i ert område?

1 Nej

2 Ja, deltidsarbetande demensskötare. Hur många? _____

3 Ja, heltidsarbetande demensskötare. Hur många? _____

11. Finns det en demenskoordinator för ert område?

1 Nej

2 Ja, deltidsarbetande demenskoordinator. Hur många? _____

3 Ja, heltidsarbetande demenskoordinator. Hur många? _____

Frågorna 12-23 handlar om **tillgången** och **kvaliteten** på tjänster för personer med demenssjukdom och deras familjemedlemmar och närståendevårdare i förhållande till antalet demenssjuka. Beakta i era svar såväl de tjänster som kommunen/samarbetsområdet ordnar själv som de tjänster som köps eller ordnas genom samarbete.

A. Tillgång på rådgivning och andra tjänster under sjukdomens initialskede samt dessa tjänsters kvalitet

12. Hur bedömer ni **tillgången** på rådgivning och andra tjänster för demenssjuka under sjukdomens initialskede i ert område?

	inte alls	dålig	ganska dålig	medelmåttig	ganska bra	bra
Rådgivning i initialskedet (information, dirigerande till undersökningar och tjänster)	1	2	3	4	5	6
Diagnostisering (bestämning av sjukdom, fortsatta undersökningar)	1	2	3	4	5	6
Rådgivning enligt diagnos (kunskapsmässigt och mentalt stöd)	1	2	3	4	5	6
Stödjande rådgivning (även praktiskt stöd, handledning till tjänster)	1	2	3	4	5	6
Föregripande handledning och rådgivning om intressebevakning och viljeyttring	1	2	3	4	5	6
Introduktionskurser	1	2	3	4	5	6
Anpassningsträning	1	2	3	4	5	6
Rehabiliteringsplaner	1	2	3	4	5	6

13. Hur bedömer ni **kvaliteten** på rådgivning och tjänster för demenssjuka under sjukdomens initialskede i ert område?

	dålig	ganska dålig	medelmåttig	ganska bra	bra	kan inte säga
Rådgivning och handledning	1	2	3	4	5	6
Anpassningsträning	1	2	3	4	5	6
Rehabiliteringsplaner	1	2	3	4	5	6

B. Kvalitet och tillgång på service som stöder boende i eget hem

14. Hur bedömer ni **tillgången** på tjänster som gör det lättare för personer med demenssjukdom att bo hemma i ert område?

	inte alls	dålig	ganska dålig	medelmåttig	ganska bra	bra
Vård- och serviceplan, som inbegriper rehabiliteringsplan	1	2	3	4	5	6
Servicehandledning (koordinering och rådgivning)	1	2	3	4	5	6
Hemvård	1	2	3	4	5	6
Avbytar-service för husvakt / husvaksverksamhet	1	2	3	4	5	6
Dagverksamhet/dagsjukhus	1	2	3	4	5	6
Särskild dagverksamhet för personer med demenssjukdom	1	2	3	4	5	6
Kvällsvård	1	2	3	4	5	6
Nattvård	1	2	3	4	5	6
Veckoslutsvård	1	2	3	4	5	6
Avlastningsvård (tillfällig vårdperiod på institution)	1	2	3	4	5	6
Kortvarig heldygnsvård (växelvård, t.ex. 2 veckor hemma, 2 veckor på institution)	1	2	3	4	5	6
Krisvård (plötsligt behov t.ex. när anhörig insjuknar eller vid vård för beteendestörningar)	1	2	3	4	5	6
Individuella terapier, t.ex. fysioterapi eller verksamhetsterapi	1	2	3	4	5	6

15. Hur bedömer ni **kvaliteten** på de tjänster som ska göra det lättare för personer med demenssjukdom att bo hemma i ert område?

	dålig	ganska dålig	medelmåttig	ganska bra	bra	kan inte säga
Vård- och serviceplan, som inbegriper rehabiliteringsplan	1	2	3	4	5	6
Servicehandledning (koordinering och rådgivning)	1	2	3	4	5	6
Hemvård	1	2	3	4	5	6
Avbytar-service för husvakt / husvaksverksamhet	1	2	3	4	5	6
Dagverksamhet/dagsjukhus	1	2	3	4	5	6
Särskild dagverksamhet för personer med demenssjukdom	1	2	3	4	5	6
Kvällsvård	1	2	3	4	5	6
Nattvård	1	2	3	4	5	6
Veckoslutsvård	1	2	3	4	5	6
Avlastningsvård (tillfällig vårdperiod på institution)	1	2	3	4	5	6
Kortvarig heldygnsvård (växelvård, t.ex. 2 veckor hemma, 2 veckor på institution)	1	2	3	4	5	6
Krisvård (plötsligt behov t.ex. när anhörig insjuknar eller vid vård för beteendestörningar)	1	2	3	4	5	6
Individuella terapier, t.ex. fysioterapi eller verksamhetsterapi	1	2	3	4	5	6

C. Tillgång och kvalitet på andra stödtjänster

16. Hur bedömer ni **tillgången** på andra stödtjänster för personer med demenssjukdom i ert område?

	inte alls	dålig	ganska dålig	medelmåttig	ganska bra	bra
Mattjänst	1	2	3	4	5	6
Färdtjänst (även ledsagartjänst)	1	2	3	4	5	6
Bostadsanpassning	1	2	3	4	5	6
Minneshjälpmedel och säkerhetsteknik	1	2	3	4	5	6
Badtjänst	1	2	3	4	5	6
Städtjänst	1	2	3	4	5	6
Klädvård	1	2	3	4	5	6

17. Hur bedömer ni **kvaliteten** på andra stödtjänster för personer med demenssjukdom i ert område?

	dålig	ganska dålig	medelmåttig	ganska bra	bra	kan inte säga
Mattjänst	1	2	3	4	5	6
Färdtjänst (även ledsagartjänst)	1	2	3	4	5	6
Städtjänst	1	2	3	4	5	6

D. Tillgång och kvalitet på stöd och tjänster för anhöriga

18. Hur bedömer ni **tillgången** på stöd och tjänster för anhöriga till personer med demenssjukdom i ert område?

	inte alls	dålig	ganska dålig	medelmåttig	ganska bra	bra
Stödgrupper för familjemedlemmar och närstående till demenssjuka	1	2	3	4	5	6
Ekonomiskt stöd för närståendevård	1	2	3	4	5	6
Stöd för närståendevård i form av tjänster	1	2	3	4	5	6
Stöd för närståendevård i form av servicesedlar	1	2	3	4	5	6
Rehabilitering av närståendevårdare	1	2	3	4	5	6

19. Hur bedömer ni **kvaliteten** på stödet och tjänsterna för anhöriga till personer med demenssjukdom i ert område?

- 1 dålig
- 2 ganska dålig
- 3 medelmåttig
- 4 ganska bra
- 5 bra
- 6 kan inte säga

E. Tillgång och kvalitet på serviceboende

20. Hur bedömer ni tillgången på **serviceboende** för personer med demenssjukdom i ert område?

	inte alls	dålig	ganska dålig	medel- måttig	ganska bra	bra
Vanligt serviceboende (utan övervakning nattetid)	1	2	3	4	5	6
Effektiviserat serviceboende (övervakning dygnet runt)	1	2	3	4	5	6
Effektiviserat serviceboende i en enhet avsedd för personer med demenssjukdom (vårdare finns vid enheten även nattetid)	1	2	3	4	5	6

21. Hur bedömer ni **kvaliteten** på serviceboendet för personer med demenssjukdom i ert område?

- 1 dålig
- 2 ganska dålig
- 3 medelmåttig
- 4 ganska bra
- 5 bra
- 6 kan inte säga

F. Tillgång på heldygnsvård och vårdens kvalitet

22. Hur bedömer ni **tillgången** på heldygnsvård för personer med demenssjukdom i ert område?

	inte alls	dålig	ganska dålig	medel- måttig	ganska bra	bra
Vård på äldreboende (inga särskilda avdelningar)	1	2	3	4	5	6
Vård på äldreboende med avdelning eller enhet för demenssjuka	1	2	3	4	5	6
Vårdavdelning vid hälsovårdscentral eller hälsocentralsjukhus	1	2	3	4	5	6
Vårdhem eller liknande	1	2	3	4	5	6
Demensenhet (patienterna har diagnos på demenssjukdom, behov av specialvård t.ex. för beteendestörningar, arbetsför ålder)	1	2	3	4	5	6

23. Hur bedömer ni **kvaliteten** på heldygnsvården för personer med demenssjukdom i ert område?

- 1 dålig
- 2 ganska dålig
- 3 medelmåttig
- 4 ganska bra
- 5 bra
- 6 kan inte säga

Generella omdömen om servicen samt klienternas kommentarer

24. I hur hög grad är tillgången på service för personer med demenssjukdom och deras anhöriga **jämlig i olika delar av ert område?**

- 1 dåligt
- 2 ganska dåligt
- 3 medelmåttigt
- 4 ganska bra
- 5 bra

25. Hur väl fungerar servicen för personer med demenssjukdom och deras familjemedlemmar och närståendevårdare i följande avseenden?

	dåligt	ganska dåligt	medelmåttigt	ganska bra	bra	kan inte säga
Koordinering av tjänsterna	1	2	3	4	5	6
Utveckling av nya tillvägagångssätt	1	2	3	4	5	6
Möjlighet för klienterna att delta i planeringen av tjänsterna	1	2	3	4	5	6

26. Samlar ni in kommentarer om servicen bland de demenssjuka och deras familjemedlemmar och närståendevårdare i ert område?

- 1 Nej (Ni kan gå vidare till fråga 28.)
- 2 Ja, sporadiskt. Vilka tjänster gäller det? _____
- 3 Ja, systematiskt. Vilka tjänster gäller det? _____

27. Om ni samlar in kommentarer från klienterna, på vilket sätt används de?

IV PERSONALENS KOMPETENS

28. Hur bedömer ni den yrkesutbildade personalens kompetens i fråga om att **förebygga demenssjukdomar** ert område?

	dålig				bra	kan inte säga
På hälsocentralen	1	2	3	4	5	6
Inom hemvården	1	2	3	4	5	6
Inom heldygnsvården	1	2	3	4	5	6

29. Hur bedömer ni personalens kompetens i fråga om att **identifiera minnesstörningar** i ert område?

	dålig				bra	kan inte säga
På hälsocentralen	1	2	3	4	5	6
Inom hemvården	1	2	3	4	5	6
Inom heldygnsvården	1	2	3	4	5	6

30. Hur bedömer ni personalens kompetens i fråga om att ge personer med demenssjukdom **mentalt stöd** i ert område?

	dålig				bra	kan inte säga
På hälsocentralen	1	2	3	4	5	6
Inom hemvården	1	2	3	4	5	6
Inom heldygnsvården	1	2	3	4	5	6

31. Hur bedömer ni personalens kompetens i fråga om att **möta personer med demenssjukdom** i ert område?

	dålig				bra	kan inte säga
På hälsocentralen	1	2	3	4	5	6
Inom hemvården	1	2	3	4	5	6
Inom heldygnsvården	1	2	3	4	5	6

32. Hur bedömer ni personalens kompetens i fråga om att **stödja närstående** till personer med demenssjukdom i ert område?

	dålig				bra	kan inte säga
På hälsocentralen	1	2	3	4	5	6
Inom hemvården	1	2	3	4	5	6
Inom heldygnsvården	1	2	3	4	5	6

33. Hur bedömer ni personalens kompetens i fråga om **läkemedelsbehandlingen av demenssjukdomar** i ert område?

	dålig				bra	kan inte säga
På hälsocentralen	1	2	3	4	5	6
Inom hemvården	1	2	3	4	5	6
Inom heldygnsvården	1	2	3	4	5	6

34. Hur bedömer ni personalens kompetens att **möta och ge vård för beteendestörningar** hos personer med demenssjukdom i ert område?

	dålig				bra	kan inte säga
På hälsocentralen	1	2	3	4	5	6
Inom hemvården	1	2	3	4	5	6
Inom heldygnsvården	1	2	3	4	5	6

35. Hur bedömer ni personalens kompetens att **stödja rehabiliteringen** av personer med demenssjukdom i ert område?

	dålig				bra	kan inte säga
På hälsocentralen	1	2	3	4	5	6
Inom hemvården	1	2	3	4	5	6
Inom heldygnsvården	1	2	3	4	5	6

36. Hur bedömer ni personalens kompetens i fråga om **särskilda behov hos personer i arbetsför ålder med demens** i ert område?

	dålig				bra	kan inte säga
På hälsocentralen	1	2	3	4	5	6
Inom hemvården	1	2	3	4	5	6
Inom heldygnsvården	1	2	3	4	5	6

V FRAMTIDEN

37. Vilka är enligt er de viktigaste utmaningarna i ert område med hänsyn till de demenssjuka och deras anhöriga?

38. Vilka är enligt er de viktigaste utmaningarna i ert område med hänsyn till servicesystemet för personer med demenssjukdom?

39. Hur väl anser ni att system med servicesedlar fungerar när det gäller tjänster för personer med demenssjukdom?

- | | |
|---|---------------|
| 1 | inte alls |
| 2 | dåligt |
| 3 | ganska dåligt |
| 4 | medelmåttigt |
| 5 | ganska bra |
| 6 | bra |

VI SAMARBETE MED ALZHEIMER- OCH DEMENSFÖRENINGAR

40. Samarbetar social- och hälsovårdsförvaltningen i ert område för närvarande med någon demensförening?

- | | |
|---|--|
| 1 | Nej |
| 2 | Ja. Vilka är enligt er de viktigaste komponenterna i samarbetet? _____ |

41. Vilka förväntningar ställer ni på den lokala demensföreningen?

42. Vilka förväntningar ställer ni på det riksomfattande Alzheimer Centralförbundet?

43. Har ni synpunkter på enkäten? Ordet är fritt.

TACK FÖR ERA SVAR!

Till var och en som har besvarat enkäten sänder vi som tack tidningen Muisti på hösten.

Om ni vill ha tidningen, ber vi er att fylla era kontaktuppgifter:

Namn: _____

Postadress: _____

Lähteet

- Eloniemi-Sulkava Ulla, Saarenheimo Marja, Laakkonen Marja-Liisa, Pietilä Minna, Savikko Niina ja Pitkälä Kaisu (toim.) (2006). Omaishoito yhteistyönä. Iäkkäiden dementiaiperheiden tukimallin vaikuttavuus. Vanhustyön keskusliitto. Tutkimusraportti 14.
- Kansalaisbarometri 2009 (2009). Suomalaisten arvioita hyvinvoinnista, palveluista ja Parasuudistuksesta. Aki Siltaniemi, Anne Perälähti, Anne Eronen, Riitta Särkelä ja Pia Londén. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, Helsinki.
- Käypä hoito –suositus 2010. Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito. Käypä hoito 13.8.2010. Duodecim. www.kaypahoito.fi
- Sotkanet tilastot 2006-2009. www.sotkanet.fi
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2005. Turvallinen lääkehoito. Sosiaali- ja terveysministeriön op-paita 2005:32.
- Sosiaalibarometri 2005. Hyvinvointipalvelujen tuottajien ajankohtainen tilanne ja näkemys kansalaisten hyvinvoinnista (2005). Eronen, Anne; Londén, Pia; Perälähti, Anne; Siltaniemi, Aki & Särkelä, Riitta. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, Helsinki.
- Sosiaalibarometri 2008. Ajankohtainen arvio kansalaisten hyvinvoinnista, palveluista ja palvelujärjestelmän muutoksesta (2008). Eronen, Anne; Londén, Pia; Perälähti, Anne; Siltaniemi, Aki & Särkelä, Riitta. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, Helsinki.
- Sosiaalibarometri 2009. Ajankohtainen arvio kansalaisten hyvinvoinnista, palveluista ja palvelujärjestelmän muutoksesta (2009). Eronen, Anne; Londén, Pia; Perälähti, Anne; Siltaniemi, Aki & Särkelä, Riitta. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, Helsinki.
- Sosiaalibarometri 2010. Ajankohtainen arvio palveluista, palvelujärjestelmän muutoksesta ja kansalaisten hyvinvoinnista (2010). Eronen, Anne; Londén, Pia; Perälähti, Anne; Siltaniemi, Aki & Särkelä, Riitta. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, Vaasa.
- Suhonen Jaana, Alhainen Kari, Eloniemi-Sulkava Ulla, Juhela Pirjo, Juva Kati, Löppönen Minna, Makkonen Markku, Mäkelä Matti, Pirttilä Tuula, Pitkälä Kaisu, Remes Anne, Sulkava Raimo, Viramo Petteri, Erkinjuntti Timo 2008. Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa. Suomen Lääkärilehti 10/2008 vsk63.
- Tervonen, Sari. (2005.) Dementiabarometri 2005. Alzheimer-keskusliiton julkaisuja 1/2005.
- Tervonen, Sari. (2001.) Muistihäiriö- ja dementia työ Suomen kunnissa 2000. Sosiaali- ja terveysviranomaisten arvioita palveluiden saatavuudesta ja laadusta sekä Alzheimer- ja dementia yhdistysten toiminnan merkityksestä sekä muistihäiriö- ja dementia työ tulevaisuudesta. Alzheimer-keskusliiton julkaisuja 1/2002.