



MUISTISAIRAIDEN PALVELUJEN JÄRJESTÄMINEN
KANSALLISTEN SUOSITUSTEN MUKAISESTI

2015



Sisällysluettelo

1 ARVIOINNIN TAUSTATIEDOT	3
1.1 Arvioinnin tavoite ja laajuus.....	3
1.2 Arvioinnin kohde ja taustatiedot	3
1.3 Arviointikysymykset ja -kriteerit	5
1.4 Arvioinnin aineistot ja menetelmät	6
2 HAVAINNOT	6
2.1 Muistisairaiden palvelut Helsingissä.....	6
2.1.1 Muistisairauksien diagnosointi	6
2.1.2 Muistisairaiden palvelut	8
2.2 Kansallisten suositusten toteutuminen.....	14
2.2.1 Muistipoliklinikan palvelujen moniammatillisuus	15
2.2.2 Kuntoutusta painottava palveluketju ja muuttuviin tilanteisiin varautuminen	17
2.2.3 Asumisen ja yksilölliset palvelut sisältävien vaihtoehtojen määrän lisääminen	23
2.2.4 Muistisairaalan oikeuksien turvaaminen ja palveluntuottajien osaaminen.....	26
2.2.5 Apuvälineiden saatavuus ja informaatioteknologian hyödyntäminen	28
2.2.6 Muistisairaalan ja omaisten tukeminen sairauden eri vaiheissa	30
2.3 Kokoavat havainnot ja kehittämistä vaativat asiat.....	34
2.3.1 Arvioinnin osakysymyksiin vastaaminen.....	34
2.3.2 Kehittämistä vaativat asiat.....	36
3 JOHTOPÄÄTÖKSET	40
4 TOIMENPIDE-ESITYS JA LISÄTIEDOT	41
LÄHTEET	41
LIITTEET	43



1 ARVIOINNIN TAUSTATIEDOT

1.1 Arvioinnin tavoite ja laajuus

Tavoitteena on arvioida, turvaako kaupunki kansallisen muistiohjelman 2012–2020 suositusten mukaisesti muistisairaalle ihmiselle ja hänen läheiselleen toimivan ja koordinoitun tuen, hoidon ja palvelujen kokonaisuuden oireiden tunnistamisesta aina tukeen ja hoitoon kuoleman lähestyessä.

Koska muistisairaiden palvelut ovat käytännössä lähes samoja kuin kaikki vanhusten palvelut, eli varsin laaja kokonaisuus, arviointi rajattiin koskemaan kansallisen muistiohjelman suosituksia, joiden toteutumista selvitettiin saatavilla olevan aineiston mukaisesti.

1.2 Arvioinnin kohde ja taustatiedot

Tärkein vanhenemiseen liittyvä toiminnanvajausta aiheuttava sairausryhmä on muistisairaudet. Muistisairauksilla tarkoitetaan yleensä eteneviä sairauksia, jotka tavalla tai toisella rapauttavat aivojen älyllistä toimintakykyä. Tutkimukset eri puolilla maailmaa ovat osoittaneet muistisairauksien olevan tärkein laitoshoitoon johtava syy. Yhteistä muistisairauksille on niiden pitkäkestoisuus, etenevä toiminnanvajauksen kautta kuolemaan johtava sairauden kulku ja suuri palveluiden tarve sairauden loppuvaiheessa. Toinen eri muistisairauksille yhteinen tekijä on pitkään kestävä ajanjakso, jolloin täysin itsenäinen tai vain vähäistä tukea edellyttävä arkielämä on mahdollista ja voi jatkua pitkäänkin, jos olosuhteet ovat optimaaliset.¹

Alzheimerin tauti on etenevien muistioireiden ja dementian syynä ainakin 70 prosentilla muistisairaista. Aivoverenkiertosauteen liittyvä vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen on syynä 15–20 prosentilla. Alzheimerin tauti ja samanaikainen aivoverenkiertosairaus on merkittävä muistisairauden muoto vanhemmissa ikäryhmissä. Se saattaa olla tulevaisuudessa yleisin etenevän muistisairauden alatyypin. Lewyn kappale -sairauksien osuus on 10–15 prosenttia.²

Muistisairauksiin sairastuneiden ihmisten määrä kasvaa nopeasti. Vuosittain yli 13 000 ihmistä, 36 suomalaista päivässä, sairastuu johonkin dementoivaan sairauteen. Muistisairaudet eivät kosketa vain iäkkäitä ihmisiä, sillä arviot työikäisistä muistisairaista vaihtelevat 5 000–7 000 välillä.³

Helsingissä keskivaikean dementian esiintymisasteen on arvioitu olevan kuvi-
on 1 mukainen.

¹ Vanhenemiseen varautuva kaupunki 2012

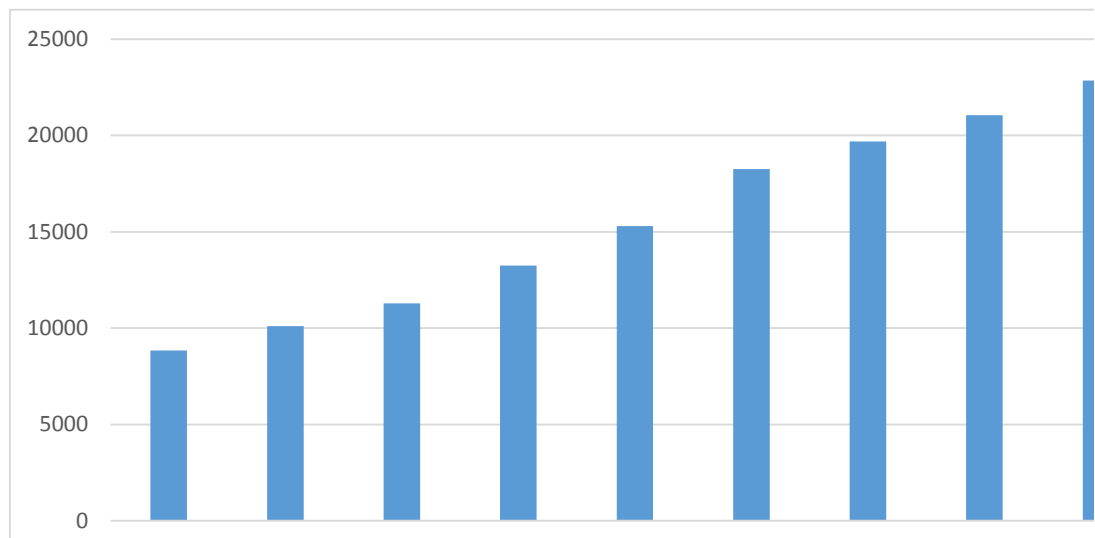
² Muistisairauksien käypä hoito -suositus

³ Kansallinen muistiohjelma 2012–2020



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen ja
Jari J. Ritari

16.2.2016



Kuvio 1. Vähintään keskivaikkea muistisairautta sairastavat 65 vuotta täyttäneet helsinkiläiset. Väestö 2010 ja 2015 sekä ennuste vuosille 2010–2050.⁴

Helsingin strategiaohjelmassa 2013–2016 tavoitteena on, että ”Ikääntynyt ja alle 65-vuotias toimintakyvyltään alentunut asukas saa tarvitsemansa hoidon, kuntoutuksen ja palvelut viiveettä oikeassa paikassa”. Tämän toimenpiteenä mainitaan, että kasvava muistisairaiden määrä palvelujen järjestämisessä otetaan huomioon.

Sosiaali- ja terveysviraston strategiassa ”iäkkäiden ja alle 65-vuotiaiden toimintakyvyltään alentuneiden kotiin annettavat ja kotona asumista tukevat palvelut lisääntyvät ja laitoshoido vähenee”. Tämän toimenpiteenä mainitaan, että ”kehitetään toimintamalleja muistisairaiden kotona asuvien henkilöiden hoitamiseksi ja heidän omaistensa tai läheistensä tukemiseksi, erityisesti työikäiset muistisairaajat huomioiden”.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (vanhuspalvelulaki) tuli voimaan asteittain 1.7.2013 alkaen. Sitä toteutetaan Stadin ikäohjelmalla 2015–2016, joka on valmisteltu laajapohjaisesti eri virastojen välisessä verkostossa. Suunnitelma sisältää osion ”muistiystävällinen Helsinki”, jonka toimenpiteinä mainitaan

- Aivoterveysten edistäminen
- Oikeat asenteet aivoterveysten, muistisairauksien hoitoon ja kuntoutukseen
- Hyvän elämänlaadun varmistaminen muistisairaille ihmisille ja heidän läheisilleen oikea-aikaisen tuen, hoidon, kuntoutuksen ja palvelujen turvin
- Muistiongelmien ennaltaehkäisy ja varhainen tunnistaminen tuetuiksi kaikille

⁴ Helsingin kaupungin tietokeskus 16.2.2016



- Kaupunkirakenne on muistiystävällinen ja palvelut järjestyvät
- Osaamisen vahvistaminen hyödyntämällä saatavilla olevaa monipuolista materiaalia ja keinoja.⁵

Toimenpiteistä erityisesti kolmas vastaa kansallisen muistiohjelman suositusten sisältöä, jotka ovat yksityiskohtaisemmin tämän arvioinnin kohteena.

1.3 Arviointikysymykset ja -kriteerit

Arvioinnin pääkysymys oli: Turvaako kaupunki muistisairaalle ihmiselle ja hänen läheiselleen toimivan ja koordinoitun tuen, hoidon ja palvelujen kokonaisuuden oireiden tunnistamisesta aina tukeen ja hoitoon kuoleman lähestyessä kansallisen muistiohjelman 2012–2020 suositusten mukaisesti?

Suosituksista johdetut arvioinnin osakysymykset olivat:

1. Tuotetaanko alueelliset perusterveydenhuollon muistipoliklinikan palvelut niin, että käytettävissä on lääketieteen, hoito- ja sosiaalityön sekä kuntoutuksen ja psykologian asiantuntemus?
2. Onko laadittu ja otettu käyttöön suosituksiin perustuva muistisairaalle ihmisen hoito- ja palveluketju, jossa eri toimijoiden vastuut määritellään selkeästi ja dokumentoidaan? Onko hoito- ja palveluketjussa kiinnitetty erityistä huomiota kuntoutukseen? Onko hoito- ja palveluketjua suunniteltaessa varauduttu myös muistisairaiden ihmisten muuttuviin tilanteisiin ja äkillisiin avuntarpeisiin sekä hyvään hoitoon kuoleman lähestyessä? Arvioidaanko ketjun toimivuutta ja laatua säännöllisesti?
3. Onko muistisairaiden ihmisten ympärivuorokautinen hoito järjestetty valtakunnallisten linjausten ohjaamana laitoshoidon vähentäen ja asumisen ja yksilölliset palvelut sisältävien palveluvaihtoehtojen määrää lisäten?
4. Turvataanko ympärivuorokautista hoitoa ja hoivaa hankittaessa muistisairaalle ihmisen oikeudet ja varmistetaanko, että palveluntuottajilla on riittävä osaaminen muistisairaiden ihmisten hoidosta?
5. Onko apuvälinepalveluja saatavilla, ovatko ne laadukkaita ja onko varmistettu, että apuvälineiden ja informaatioteknologian mahdollisuuksia hyödynnetään muistisairaalle ihmisen toimintakyvyn sekä mielekkään ja turvallisen arjen tukena?
6. Onko yhdessä kolmannen sektorin toimijoiden kanssa turvattu muistisairauteen sairastuneen ihmisen omaisten tuki hoito- ja palveluketjun eri vaiheissa: sairauden varmistuttua ensitieto, sopeutuminen tilanteeseen ja riittävä tieto kuntoutusmahdollisuuksista (julkinen terveydenhuolto, Kela)? Onko sairauden edetessä hyödynnetty tutkimustietoa ja jo olemassa olevia hyviä käytäntöjä kustannusvaikuttavan tuen varmistamiseksi? Onko perheen tukena palvelujen

⁵ Stadin ikäohjelma 2015–2016 ja Vanhuspalvelulain mukainen suunnitelma ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista, Kh 24.8.2015.



kokonaisuutta koordinoiva työntekijä ja hänen tukenaan työparina toimiva lääkäri sekä onko omaishoitajille järjestetty tavoitteellinen vertaisryhmätoiminta?

1.4 Arvioinnin aineistot ja menetelmät

Arviointiaineistona käytettiin sähköpostitiedustelua muistisairaiden palvelusta vastaaville⁶, sähköistä kyselyä eräille muistisairaiden kanssa työskenteleville työntekijäryhmille, tilastoja sekä vanhusten palveluista tehtyjä asiakas- ja omaiskyselyjä vuosilta 2010 ja 2012. Lisäksi Helsingin Alzheimer -yhdistykselle tehtiin aiheeseen liittyvä kysely. Arviointiin liittyen tehtiin arviointikäynti sosiaali- ja terveysviraston kuntoutuksen osaamiskeskuksen neurologiselle poliklinikalle, johon kutsuttiin myös muita muistisairaiden palvelujen edustajia.

Sähköinen kysely tehtiin

- kotihoidon ja sosiaali- ja lähityön muistikoordinaattoreille (12 henkilöä)
- kotihoitotiimien terveydenhoitajille/sairaanhoitajille (306 henkilöä)⁷
- sairaaloiden ja kotihoidon muistisairauksiin erikoistuneille lääkäreille (yhteensä noin 20 henkilöä)⁸
- geriatrian ja neurologian poliklinikan lääkäreille ja sairaanhoitajille (10 henkilöä)
- terveysasemien muistivastuuhoitajille (20 henkilöä)
- SAS-yksikön ostopalvelutiimin suunnittelijoille (2 henkilöä)
- vanhuspsykiatrian konsultaatiopoliklinikalle (6 henkilöä)
- päivätoiminnan, lyhytaikaisyksikön ja arviointi- ja kuntoutusyksiköiden henkilökunnalle monipuolisissa vanhustenpalvelukeskuksissa (palvelukeskusten johtajien valitsemille työntekijöille, yhteensä (88 henkilöä).

2 HAVAINNOT

2.1 Muistisairaiden palvelut Helsingissä

2.1.1 Muistisairauksien diagnosointi

Muistisairauksien diagnosointia ja hoitoa varten on laadittu Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja erikoislääkäriyhdistysten asettaman työryhmän toimesta elokuussa 2010 muistisairauksien käypä hoito -niminen suositus. Suosituksen tavoitteena on edistää yleisimpien muistisairauksien ehkäisyä, vaaratekijöiden tunnistamista ja hoitoa sekä tehostaa ja yhdenmukaistaa muistioireista ja etenevistä muistisairauksista kärsivien diagnostiikkaa ja lääkehoitoa

⁶ Henkilöt valittu sosiaali- ja terveysviraston sairaala- kuntoutus- ja hoivaosaston osastopäällikön ja geriatrisen muistipoliklinikan va. ylilääkärin haastattelussa 13.5.2015

⁷ Tieto sosiaali- ja terveysvirasto, kehittämisen ja toiminnan tuki 24.9.2015

⁸ Kysely mennyt johtalääkärin kautta ylilääkäreille, joiden kautta se on välitetty mahdollisille vastaajille



osana kokonaisvaltaista hoitoa ja kuntoutusta. Suositus on tarkoitettu lääkäreille ja muille terveydenhuollon, sosiaalityön ja apteekkialan ammattiryhmille, sosiaali- ja terveydenhuollon päätöksentekijöille sekä soveltuvin osin (potilasohjeet ja suosituksen potilasversio) muistipotilaille ja heidän läheisilleen.⁹

Yleisimmät etenevät muistisairaudet ovat suosituksen mukaan Alzheimerin tauti (AT), aivoverenkiertosairaudet (AVH: isojen suonien tauti, pienten suonien tauti ja kognitiivisesti kriittiset infarktut), AT+AVH, Lewyn kappale -patologiaan liittyvät sairaudet, kuten Lewyn kappale -tauti (LKT), Parkinsonin taudin muistisairaus (PT-muistisairaus) sekä otsa-ohimolohkorappeumat (frontotemporaalinen dementia=FTD, etenevä sujumaton afasia ja semanttinen dementia).¹⁰

Suosituksen mukaan potilaan ilmaisemia muistioireita selvitetään lääkärin tekemällä kliinisellä haastattelulla ja tutkimuksella, muistikyselyllä ja -testeillä, laboratoriotutkimuksilla ja aivojen magneettikuvantamisella. Työikäiset ohjataan suosituksen mukaan neurologian muistipoliklinikkaan. Jos todetaan viitteitä etenevästä muistisairaudesta eikä diagnoosia voida vielä tehdä, potilasta tulee seurata kuuden-kahdentoista kuukauden välein. Kun diagnoosiksi on tullut muistisairaus, tulee aina harkita kohdennettua oireenmukaista hoitoa muistisairauslääkkeillä. Lääkitys on osa muistisairauden kokonaisvaltaista hoitoa. Sen onnistuminen edellyttää saumatonta hoitoketjua sekä yksilöllistä kuntoutus- ja palvelusuunnitelmaa, jota tarkistetaan säännöllisesti taudin edetessä.¹¹

Mini-Mental State Examination (MMSE) on lyhyt muistin ja tiedonkäsittelyn arviointiin tarkoitettu niin sanottu minitesti. Sen suorittaminen vie aikaa 10–15 minuuttia. MMSE on helppo ja vakiintunut testi yleiseen käyttöön, joka antaa helposti dokumentoitavan numeerisen arvon tulokseksi. Se soveltuu edenneen dementia-asteisen muistisairauden seulontaan ja seurantaan. Testi ei sovellu varhaisen tai lievän muistisairauden seulontaan.¹²

MMSE ei kuitenkaan tunnista riittävän herkästi Alzheimerin taudin varhaisimpia vaiheita eikä muita demensioita. Tätä varten voidaan tehdä CERAD-tehtäväsarja. Tehtäväsarjalla arvioidaan kognitiivisia toimintoja muun muassa muistin osalta, asioiden hahmottamista, kielellistä sujuvuutta ja perustoimintoja kuten nimeämistä sekä visuaalista muistia. Kognitiivisten toimintojen testausten ohella esimerkiksi päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen mittaaminen on tärkeä osa muistihäiriöpotilaan tutkimista.¹³

Tutkimukset voi käynnistää terveyskeskuslääkäri tai yksityislääkäri. MMSE-testiä tekevät myös kotisairaanhoidajat ja muut terveydenhuollon työntekijät, ja

⁹ <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset>

¹⁰ <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset>

¹¹ <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset>

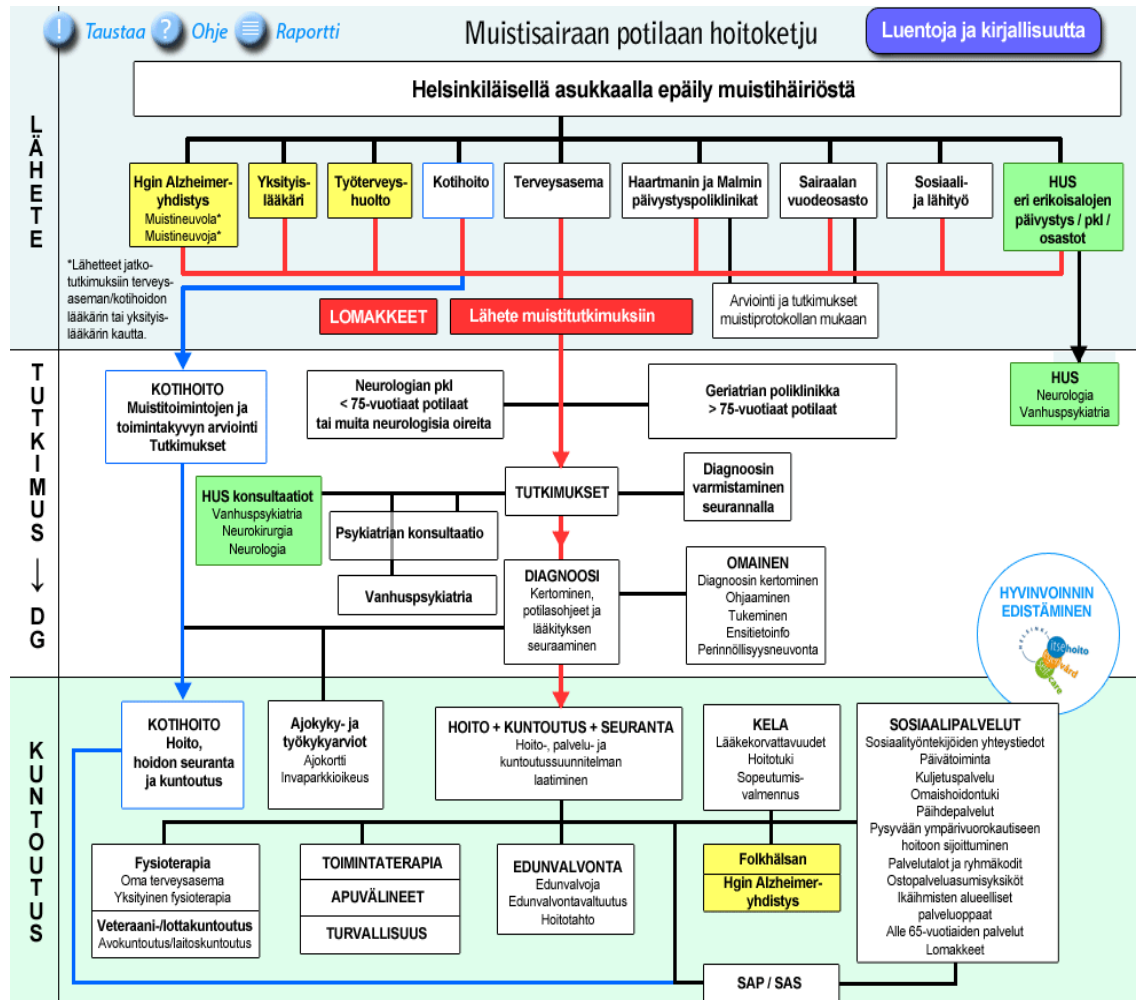
¹² <http://www.muistiasiantuntijat.fi/media-files/testit/MMSE.pdf>

¹³ www.cerad.fi



CERADia monet muistihoitajat. Testeihin voi hakeutua jo ennen lääkärin vastaanottoa¹⁴.

Helsingissä on laadittu vuonna 2009 muistisairaalan potilaan hoitoketju (kuvio 2) kuvaamaan, miten eri tahot tutkivat, ohjaavat ja antavat hoitoa tai palvelua muistisairaille.



Kuvio 2 Muistisairaalan potilaan hoitoketju

2.1.2 Muistisairaiden palvelut

Muistisairas saa samoja palveluja kuin muutkin kaupunkilaiset, jonka lisäksi heille on tarjolla muistikoordinaattoreiden ja muistipoliklinikan palveluita. Keskeisiä muita muistisairaiden käyttämiä palveluja ovat terveysasemat, kotihoito, päivätoiminta, palveluasuminen ja ympärivuorokautinen hoito. Näiden lisäksi tarjolla on sosiaalipalveluja kuten kuljetustukea ja omaishoitoa sekä terveyspalveluja kuten toimintaterapia, fysioterapia, apuvälinepalvelut. Vapaaehtois-

¹⁴ www.muistiliitto.fi



järjestöjen kanssa yhdessä järjestetään muistineuvola- ja muistikahvilatoimintaa ja sopeutumisvalmennusta. Lisäksi liikuntavirastolla ja työväenopistoilla on ikääntyneille suunnattua toimintaa. Kaupunki tarjoaa myös edunvalvojapalvelua. Koska muistisairaudet tunnetaan ikääntyvien sairauksina, muistisairaille ihmisille suunnatut palvelut on useimmiten suunniteltu iäkkäille. Ikääntyneet muistisairaat voivat käyttää myös muita vanhusten palveluja, nuorille muistisairaille palveluja on vähemmän. Helsingissä laadittiin vuonna 2009 muistisairaalan potilaan hoitoketju, jota on päivitetty vuosittain. Hoitoketjun kuvaus on liitteessä 2.

Terveysasemat

Muistisairaalan hoidon prosessin omistajuus on osoitettu terveysasemille, jossa voidaan tehdä perustutkimukset sekä muistitutkimus.¹⁵ Kullekin terveysasemalle on määritetty muistivastuuhoitaja.

Helsingin kotihoidossa ja sosiaali- ja lähityössä toimii 12 muistikoordinaattoria. Muistikoordinaattori on muistisairaalan ihmisen ja hänen perheensä tukemiseen koulutettu terveydenhuollon tai sosiaalialan ammattilainen, joka toimii yhteistyössä muistipotilaan ja hänen perheensä sekä muiden hoitoon osallistuvien kanssa. Työikäisen muistisairaalan lähete muistitutkimuksiin tulee usein työterveyshuollosta. Myös muut tahot tekevät lähetteitä.

Omaishoito

Omaishoidon tuella tarkoitetaan omaishoidon tuesta annetun lain (937/2005) 2 §:n mukaan vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön kotona tapahtuvan hoidon tai muun huolenpidon turvaamiseksi annettavaa hoitopalkkiota ja palveluja, jotka määritellään hoidettavan hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Omaishoidon asiakkaina oli vuonna 2014 1 610 vanhusperhettä (75 vuotta täyttäneet). Omaishoidon tuen koko vuoden asiakasosuus vastaavassa 75 vuotta täyttäneiden ikäryhmässä oli 2,6 prosenttia.¹⁶

Raskashoitoista omaista kotonaan hoitava läheinen voi saada lomitusta siten, että hoidettava sijoitetaan lyhytaikaishoitoon. Lyhytaikaishoidon tavoitteena on ylläpitää ja edistää asiakkaan toimintakykyä niin, että se tukee asiakkaan kotona selviytymistä ja siirtää pysyvän pitkäaikaisen hoidon tarvetta. Keskeinen tehtävä on turvata omaishoitajien lakisääteiset vapaapäivät ja tukea hoitavan omaisen jaksamista.¹⁷

Kotihoito

¹⁵ Muisti pulmana, sosiaali- ja terveysviraston internet -sivut

¹⁶ Kuuden suurimman kaupungin vanhusten sosiaali- ja terveyspalvelujen ja kustannusten vertailu 2014

¹⁷ Helsingin sosiaali- ja terveysviraston intranet -sivut



Sosiaalihuoltolain¹⁸ 14 §:n mukaan kotipalvelut kuuluvat kunnan lakisääteisiin sosiaalipalveluihin. Lain 20 §:n mukaan kotihoidolla tarkoitetaan kotipalvelun ja terveydenhuoltolain 25 §:ään sisältyvien kotisairaanhoidon tehtävien muodostamaa kokonaisuutta. Lain 19 §:n mukaan kotipalvelulla tarkoitetaan asuminen, hoitoon ja huolenpitoon, toimintakyvyn ylläpitoon, lasten hoitoon ja kasvatukseen, asiointiin sekä muihin jokapäiväiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista tai niissä avustamista. Kotipalveluun sisältyvinä tukipalveluina annetaan ateria-, vaatehuolto- ja siivouspalveluja sekä sosiaalista kanssakäymistä edistäviä palveluja.

Kiireetön palvelutarpeen arviointi ja palvelusuunnitelman laadinta tulee vanhuspalvelulain¹⁹ mukaan toteuttaa ”ilman aiheetonta viivytystä”. Lain mukaan myös palvelut on annettava ilman aiheetonta viivytystä, määräajaksi on määriteltä ”kolmen kuukauden kuluttua päätöksen teosta”. Määräaika palvelutarpeen arvioimisesta (seitsemän vuorokautta) koskee 75 vuotta täyttäneitä.²⁰

Vanhuspalvelulain²¹ 14 §:n mukaan ”Kunnan on toteutettava iäkkään henkilön pitkäaikainen hoito ja huolenpito ensisijaisesti hänen yksityiskotiinsa tai muuhun kodinomaiseen asuinpaikkaansa järjestettävillä sosiaali- ja terveystalve- luilla, jotka sovitetaan sisällöltään ja määrältään vastaamaan iäkkään henkilön kulloisiakin palveluntarpeita.” Jos tarve ei ole tilapäinen tai satunnainen, asiakkaalle tulee laatia palvelusuunnitelma, jossa kuvataan asiakkaalle annettavat palvelut.²²

Kotihoito kuuluu sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalveluosaston alaisuuteen. Seitsemän alueellista kotihoitoyksikköä kuuluvat neljän palvelualueen alaisuuteen (etelä, itä, länsi ja pohjoinen). Kaupunki myöntää kotihoitoa henkilölle, joka tarvitsee apua päivittäisissä toiminnoissa (syöminen, peseytyminen, pu- keutuminen, sängystä ja tuolista siirtyminen, kävely, WC-käynnit). Asiakkaat saavat myös tarvitsemansa terveyden- ja sairaanhoidon kotiin, jos sen järjes- täminen muilla tavoin ei ole järkevää. Asiakkaalle tehdään yksilöllinen hoito- ja palvelusuunnitelma, jossa sovitaan kotihoidon antamista palveluista. Suunni- telmaa arvioidaan säännöllisin väliajoin ja/tai tarpeen mukaan.²³

Vuonna 2014 Helsingissä oli 75 vuotta täyttäneitä 42 733. Säännöllisen koti- hoidon asiakkaiden (6 262) osuus 75 vuotta täyttäneistä oli 12,4 prosenttia vuonna 2014 ja kasvoi edellisistä vuosista. Kotihoidon käynnit 75 vuotta täyt-

¹⁸ Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301

¹⁹ 28.12.2012/980

²⁰ Tarkastusviraston arviointimuistio 2014: päihde-, mielenterveysongelmaisten ja aikuisiän diabeetikkojen hoitoon pääsy sekä ikääntyvien pääsy kotihoitoon

²¹ 980/2012

²² Tarkastusviraston arviointimuistio 2014: päihde-, mielenterveysongelmaisten ja aikuisiän diabeetikkojen hoitoon pääsy sekä ikääntyvien pääsy kotihoitoon

²³ Tarkastusviraston arviointimuistio 2014: päihde-, mielenterveysongelmaisten ja aikuisiän diabeetikkojen hoitoon pääsy sekä ikääntyvien pääsy kotihoitoon



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen ja
Jari J. Ritari

16.2.2016

tänyttä asiakasta kohti lisääntyivät edelliseen vuoteen verrattuna, vuonna 2014 oli 181 käyntiä/asiakas.²⁴

Kotihoidon tarvetta arvioidaan pääasiassa Arjessa selviytymisen profiili -lomakkeen avulla, joka täytetään kotikäynnin yhteydessä. Tällöin usein päädytään sopimaan siitä, tarvitaanko jotakin palvelua. Mikäli asiakas on huonokuntoinen, voidaan käyttää Rava -arviointia²⁵ ja muistiongelmia epäiltäessä MMSE muistitestistä.

Kotihoidon lääkärin seurannassa olevien potilaiden muistitutkimuksista vastaa kotihoidon geriatri ja muistikoordinaattori. Kotihoidon lääkärin yli 70-vuotiaiden potilaiden osalta todettuun muistisairauteen laaditaan kotihoidossa hoito- ja kuntoutussuunnitelma.

Muistipoliklinikat

Vuonna 2005 perustettiin ensimmäiset geriatriset muistipoliklinikat, jotka yhdistettiin Laaksoon 2014. Muistisairaiden palveluja vahvistettiin vuoden 2014 käyttösuunnitelman mukaisesti. Keskittämisen lisäksi poliklinikan toimintakäytäntöjä yhtenäistettiin ja poliklinikoilla aloitettiin itsenäinen hoitajavastaanotto-toiminta. Muistipoliklinikan koordinoimana tiivistettiin muistikoordinaattoriverkoston toimintaa ja tarkennetaan tehtäväkuvia ja toimintakäytäntöjä. Muistisairaille ja heidän puolisoilleen järjestetään uutena toimintana Omahoitovalmennus -ryhmäkuntoutusta, joka toteutetaan muistipoliklinikan ja monipuolisten palvelukeskusten yhteistyönä.

Vuonna 2015 muistipoliklinikkatoiminnan tilalle perustettiin geriatrian poliklinikka yhdeksi jaokseksi kuntoutuksen osaamiskeskukseen.²⁶ Helsingissä toimii siis kaksi erikoislääkärivetoista muistipoliklinikkaa osana kuntoutuksen osaamiskeskusta. Neurologian poliklinikan tehtävänä on 65 vuotta täyttäneiden helsinkiläisten neurologinen tutkimus ja hoito, alle 75-vuotiaiden muistisairaiden potilaiden tutkimus ja hoito, neurologinen kuntoutus sekä kaupungin sairaaloiden ja muiden ympärivuorokautisten yksiköiden neurologiset konsultaatiot. Geriatrisella muistipoliklinikalla tehdään 75 vuotta täyttäneiden muistisairaiden diagnostisia selvittelyjä, arvioidaan hoitomahdollisuudet sekä kartoitetaan tukitoimenpiteiden tarve.

Sosiaali- ja terveystieteiden vuoden 2014 toiminnallisen tilinpäätöksen mukaan kuntoutuksen osaamiskeskuksessa oli geriatrian poliklinikalla hoitoasioinnin sisältäviä käyntejä 3 798 (2 587 käyntiä vuonna 2013) ja pelkkiä käyntejä 3 032 (2 046 käyntiä vuonna 2013). Molempien käyntityyppien määrä lisääntyi siten lähes 50 prosentilla vuodesta 2013. Neurologian poliklinikalla oli 9 258 hoitoasioinnin sisältävää käyntiä vuonna 2014 (6 996 käyntiä vuonna 2013).

²⁴Kuuden suurimman kaupungin vanhusten sosiaali- ja terveystieteiden ja kustannusten vertailu 2014

²⁵ Rava on päivittäisen avun, erityisesti hoivan tarvetta ja asiakkaan fyysistä toimintakykyä kuvaava mittari

²⁶ Tarkastuslautakunnan 2. jaoston käynti geriatrian poliklinikalla 3.11.2015



Pelkkiä käyntejä neurologian poliklinikalla oli 7 084 (4 629 käyntiä vuonna 2013). Hoitoasiointiin sisältävät käynnit kasvoivat noin kolmanneksella ja pelkät käynnit 53 prosenttia vuodesta 2013.

Sosiaali- ja terveysviraston internet-sivujen mukaan (29.10.2015) geriatrian poliklinikalla tehdään lääkärin läheteellä yli 75-vuotiaille helsinkiläisille muistihäiriön diagnostisia selvittelyjä. Tutkittavat kutsutaan geriatrian poliklinikalle läheisensä, tarvittaessa kotihoiton hoitajan, kanssa. Tutkimuksissa selvitetään tutkittavan muistitoimintoja ja arjen toimintakykyä sekä mahdollisia psyykkisiä oireita. Usein tutkittavalle tehdään jatkoselvittelynä aivojen kuvantaminen. Tutkittavan kokonaislääkitys arvioidaan ja hänelle laaditaan hoito- ja kuntoutussuunnitelma arjen toimintakyvyn edistämiseksi.

Kaupunginsairaala

Kaupunginsairaala vastaa somaattisen akuuttisairaanhoidon ja siihen liittyvän jatkokuntoutuksen palveluista poliklinikoilla ja vuodeosastoilla. Kaupunginsairaalan alaisuudessa toimivat Laakson sairaala, Malmin sairaala, Suursuon sairaala sekä Kotisairaala. Sairaaloihin potilaat tulevat pääsääntöisesti päivystyspoliklinikoilta tai HYKS:n eri klinikoilta. Kotisairaalat hoitavat sairaalatasoista hoitoa tarvitsevia potilaita heidän kotonaan. Kotisairaala toimii ympärivuorokautisesti.²⁷ 75 vuotta täyttäneitä oli terveyskeskussairaalan perussairaanhoidossa 624 potilasta, lyhytaikaishoidossa 553 ja pitkäaikaishoidossa 71.²⁸

Monipuoliset palvelukeskukset

Ikääntyneiden päivätoiminta²⁹

Ikääntyneiden päivätoiminta on tarkoitettu helsinkiläisille 65 vuotta täyttäneille kotona asuville muistisairaille tai omaisen hoidossa oleville henkilöille. Päivätoiminta on ennaltaehkäisevää ja kuntoutumista tukevaa toimintaa, jolla edistetään ikääntyneiden henkilöiden toimintakykyä, henkistä vireyttä ja sosiaalisia suhteita.

Päivätoiminnan tavoitteena on tukea ensisijaisesti muistisairaiden asiakkaiden ja/tai omaishoidettavien kotona asumista ylläpitää omatoimisuutta ja itsenäistä tai tuettua selviytymistä. Lisäksi päivätoiminnalla tuetaan omaisten ja omaishoitajien jaksamista. Päivätoiminta on tavoitteellista toimintaa, siksi kullekin asiakkaalle tehdään yksilöllinen hoito- ja palvelusuunnitelma. Asiakkaan toimintakykyä ylläpidetään päivittäisellä liikunnalla, ulkoilulla ja sosio-kulttuurisella toiminnalla. Palvelua haetaan oman asuinalueen sosiaali- ja lähi-työstä.

²⁷ Sosiaali- ja terveysviraston intranet-sivut

²⁸ Kuuden suurimman kaupungin vanhusten sosiaali- ja terveyspalvelujen ja kustannusten vertailu 2014

²⁹ Sosiaali- ja terveysviraston internet-sivut



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen ja
Jari J. Ritari

16.2.2016

Ikääntyneiden päivätoimintaa järjestetään kaupungin omissa yksiköissä, joita ovat monipuoliset palvelukeskukset, palvelutalot ja palvelukeskukset sekä ostopalveluyksiköissä. Ruotsinkielistä päivätoimintaa järjestetään yhdessä toimipisteessä. Asiakasmaksu on tällä hetkellä 16,10 euroa sisältäen edestakaisen ryhmäkuljetuksen, ateriat sekä hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisen toiminnan. Asiakas voi halutessaan valita päivätoiminnan palvelusetelin.

Ympärivuorokautinen hoiva ja palveluasuminen³⁰

Tehostetun palveluasumisen, vanhainkodin ja pitkäaikaisen terveyskeskuksen vuodeosastohoidon piirissä olleiden 75 vuotta täyttäneiden osuus vastaavan ikäisestä väestöstä oli Helsingissä 9,6 prosenttia vuonna 2014. Osa ympärivuorokautisen palveluasumisen asiakkaista on kotona asumista tukevan lyhytaikaishoidon asiakkaita esimerkiksi omaishoitajan vapaan aikana.³¹

Muistisairauden diagnoosi on pitkäaikaishoitoon johtaneista diagnooseista yleisin.³² Ympärivuorokautista hoivapaikkaa haetaan oman asuinalueen sosiaali- ja lähityön yksikön sosiaalityöntekijältä. Palvelua hakevan henkilön palvelutarve arvioidaan kartoittamalla hänen toimintakykynsä ja terveydentilansa sekä muut ympärivuorokautisen hoidon tarpeeseen liittyvät tekijät. Arviointi ja päätös pitkäaikaisesta ympärivuorokautisesta hoidosta tehdään moniammatillisena yhteistyönä SAP-toimintamallin (Selvitys, Arviointi, Palveluohjaus) mukaisesti osaston SAS -toimistossa (selvitys, arviointi, sijoitus). Laitoshoidon järjestetään Kivelän, Koskelan, Myllypuron ja Kustaankartanon monipuolisissa palvelukeskuksissa. Lisäksi pitkäaikaista laitoshoidon järjestetään ostopalveluna Helsingin Seniorisäätiöllä. Pitkäaikaista ympärivuorokautista palveluasumista on Kinaporin, Kontulan, Riistavuoren, Roihuvuoren, Syystien ja Töölön monipuolisissa palvelukeskuksissa sekä Hopeatien, Itäkeskuksen, Kannelmäen, Madetojan, Munkkiniemen, Rudolfin, Puistolän ja Vuorensyrjän palvelutaloissa. Pitkäaikaista ympärivuorokautista palveluasumista järjestetään myös yksityisten palveluntuottajien palvelutaloissa ostopalveluna ja palvelusetelillä.³³

Helsingin monipuolisissa palvelukeskuksissa järjestetään palveluja pääsääntöisesti yli 75-vuotiaalle henkilölle, joka tarvitsee runsaasti ympärivuorokautista hoivaa ja apua. Lisäksi on olemassa monisairaiden palveluasumista, joka on tarkoitettu monisairaille alle 65-vuotiaille henkilöille, joilla voi olla esimerkiksi fyysisiä tai psyykkisiä toimintarajoitteita, somaattisia sairauksia tai päihdetaustaa ja jotka tarvitseva tukea ja hoivaa arkitoimissa. Roihuvuoren palvelutalossa on kolme 10-paikkaista ryhmäkotia alle 65-vuotiaille muistisairauksista tai muistihäiriöistä kärsiville henkilöille. Toiminta-ajatuksena on tarjota kodinomaista asumista vaikeasti toimintarajoitteisille asiakkaille. Asukkaiden

³⁰ Sosiaali- ja terveysviraston internet-sivut

³¹ Kuuden suurimman kaupungin vanhusten sosiaali- ja terveyspalvelujen ja kustannusten vertailu 2014

³² Vanhenemiseen varautuva kaupunki 2012

³³ Sosiaali- ja terveysviraston intranet -sivut



muistihäiriöiden taustalla voi olla esimerkiksi aivovamma, Alzheimerin tauti tai päihteidenkäyttö. Lisäksi asukkailla voi olla muita fyysisiä tai psyykkisiä sairauksia sekä liikuntarajoitteita.³⁴

Koskelan palveluasumisyksikössä on kaksi 15-paikkaista ryhmäkotia. Asukkaat ovat työikäisiä ihmisiä, joilla esiintyy eri syistä johtuvaa muistamattomuutta, psyykkistä epävakautta ja laaja-alaista somaattista sairastavuutta. Ikääntyneiden asumispalveluja tarjotaan myös ostopalveluyksiköissä. Esimerkiksi Patolakoti Oy:llä on dementia-ryhmäkodit Olkihattu ja Pohjantähti.³⁵

2.2 Kansallisten suositusten toteutuminen

Kansallisten suositusten toteutumista on arvioitu kyselyn avulla palveluista vastaaville päälliköille ja asiantuntijoille. Heidät valittiin osastopäällikön ja geriatrian poliklinikan va. ylilääkärin haastattelun avulla 13.5.2015. Vastaus pyydettiin terveysasemien, kotihoidon, sosiaali- ja lähityön, apuvälinepalveluiden, vanhusten palvelukeskusten ja SAS-arvioinnin asiantuntijoilta.

Työntekijäkysely lähti noin 464 henkilölle ja vastaus saatiin 184 henkilöltä, joten vastausprosentti oli kaiken kaikkiaan noin 40³⁶. Muistikoordinaattoreista vastasi 11 (vastausprosentti 92 %), kotihoitotiimien terveyden- tai sairaanhoitajista 86 (vastausprosentti 28 %), sairaaloiden ja kotihoidon lääkäreistä kuusi (vastausprosentti noin 30 %), geriatrian ja neurologian poliklinikan lääkäreistä ja hoitajista yhdeksän (vastausprosentti 90 %), terveysasemien muistivastuuhoidajista 11 (vastausprosentti 55 %), SAS-yksikön ostopalvelutiimin suunnittelijoista molemmat, joille kysely lähetettiin, vanhuspsykiatrian poliklinikalta ei ketään (kysely lähti kuudelle henkilölle), monipuolisista vanhusten palvelukeskuksista 32 (vastausprosentti 36 %). Lisäksi vastasi 27 ”jokin muu” -ryhmään kuuluvaa. Heistä osa oli muita kotihoidon työntekijöitä (8) ja osa olisi kuulunut ryhmään monipuolisten vanhusten palveluyksiköiden henkilöstö (12 henkilöä).

Tähän arviointiin liittyen Helsingin Alzheimer -yhdistykselle tehtiin tiedustelu arviointiin liittyvien kysymysten toteutumisesta Helsingin kaupungilla siltä osin, kun yhdistyksellä on asiasta näkemystä. Helsingin Alzheimer-yhdistys toimii muistisairaiden ja heidän läheistensä tukijärjestönä. Yhdistyksellä on toimintakeskus, jossa se järjestää hoivaa ja kuntouttaa muistisairaita. Keskuksessa on saatavilla muistitutkimuksia, arjen neuvontaa ja hoitoon ohjausta ja vertaistukitoimintaa. Yhdistys järjestää muistineuvolatoimintaa Kampin ja Myllypuron palvelukeskuksissa kaupungin kanssa yhteistyössä.

Liitteessä 2 on esitetty taulukko työntekijäkyselyn keskiarvoista ja hajonnoista asteikolla 1–5. Alla olevassa kuviossa on esitetty kaikkien kysymysten kes-

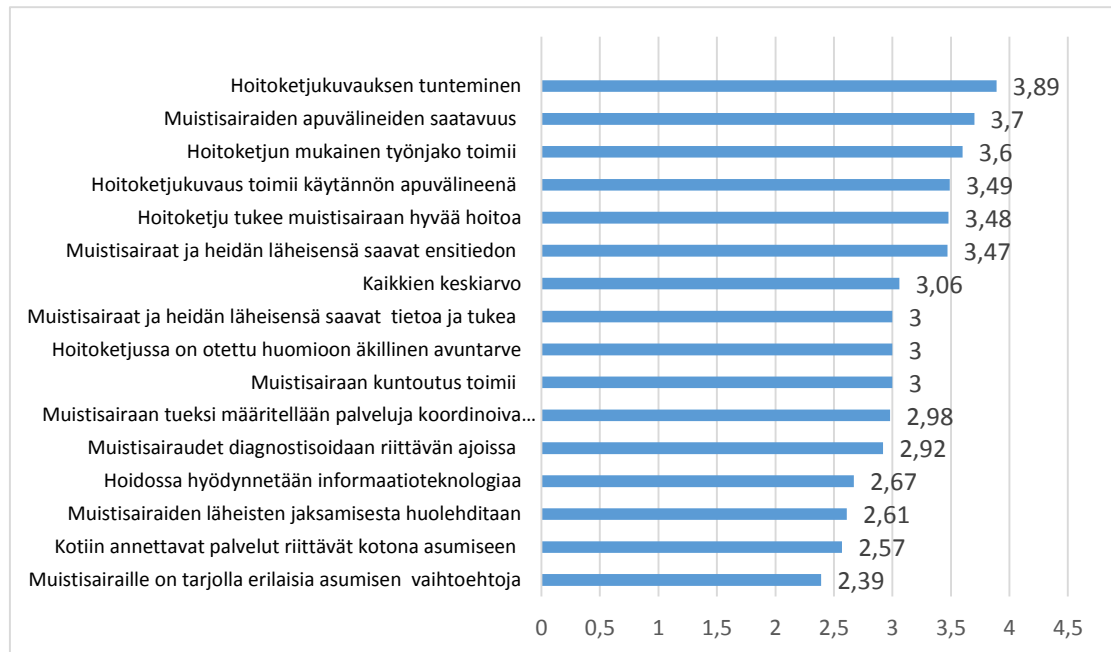
³⁴ Sosiaali- ja terveysviraston internet-sivut

³⁵ Sosiaali- ja terveysviraston internet-sivut

³⁶ sairaaloiden ja kotihoidon lääkärin kyselyt välitettiin kaupunginsairaalan johtajalääkärin kautta, joten täsmällistä vastaanottajien määrää ei ole tiedossa



kiarvot. Tuloksia on kuvattu yksityiskohtaisemmin alla olevissa luvuissa 2.2.1–2.2.6.



Kuvio 3. Työntekijäkyselyn keskiarvot kysymyksittäin

2.2.1 Muistipoliklinikan palvelujen moniammatillisuus

Kansallisessa muistiohjelmassa suositellaan, että alueelliset perusterveydenhuollon muistipoliklinikan palvelut tuotetaan niin, että käytettävissä on lääketieteen, hoito- ja sosiaalityön sekä kuntoutuksen ja psykologian asiantuntemus.

Psykologian ja sosiaalityön asiantuntemusta tarvitaan

Kun asiakas tulee geriatrian poliklinikalle tutkimuksiin, omainen tulee mukaan käynnille ja työtä tehdään lääkäri-hoitaja työparilla. Lääkitykseen ja kuntoutukseen kiinnitetään huomiota (erityisesti liikunta, ravitsemus). Myös psyykkisiin ongelmiin pyritään puuttumaan. Hoitaja päättää, annetaanko asiakkaalle ”lyhyttä” vai ”pitkää” ohjausta. Välillä asiakkaita ohjataan ensitietoiltoihin. Potilas käy 1–3 kertaa vastaanotolla Laaksossa. Suurin osa asiakkaista ohjautuu terveysaseman seurantaan. Muita tahoja ovat kotihoito (esimerkiksi lääkityksen seuranta) ja vanhusten palvelukeskukset, joissa on muistineuvontaa. Haasteellisemmassa tilanteessa muistikoordinaattori palvelee kotihoidon ohessa, vielä hankalammassa kotihoidon lääkäri. Hyvin harva jää poliklinikan omaan



seurantaan. Koska sairauden kesto on noin 10–15 vuotta, tähän mahtuu monenlaisia vaiheita.³⁷

Geriatrisen poliklinikan arvion mukaan geriatrisella poliklinikalla on käytössään lääketieteen, hoito- ja sosiaalityön sekä kuntoutuksen asiantuntemus. Neuro-psykologinen tutkimus on mahdollinen neurologisella poliklinikalla myös geriatrian poliklinikan potilaille. Sen sijaan psykologin konsultaatiota esimerkiksi depressiopotilaiden tukena ei ole. Nykyiset resurssit ovat: yksi erikoistuvan lääkärin virka, kaksi osastonlääkärin virkaa (yksi täytetty ja yksi avoinna oleva virka) ja yksi ylilääkäri, neljä sairaanhoitajaa ja yksi osastosihteeri sekä puolet osastonhoitajan työstä (yhteinen neurologian poliklinikan kanssa). Resurssit ovat niukat siihen nähden, että poliklinikka palvelee koko kaupunkia, sillä yli 75 vuotiasta väestöä on noin 44 000.³⁸

Geriatrian poliklinikalla jonotilanne oli 3.10.2015 neljä kuukautta, toukokuussa se oli jopa viisi kuukautta ja edellisvuoden maaliskuussa jopa seitsemän kuukautta. Hoitotakuu siis käytännössä ylittyy. Poliklinikalla on tehty lisätöitä ja lauantaivastaanottoja. Vastaanottokäyntien määrä on lisääntynyt koko ajan. Neurologian poliklinikalla jonotilanne vaihtelee vuodenajasta ja resursseista riippuen. Jono on saatu pidettyä kolmessa kuukaudessa, eli erikoissairaanhoidon hoitotakuu täytetään hyvin. Jaoksessa saatetaan tutkia myös iäkkämpiä, hieman sairaudesta riippuen.³⁹

Poliklinikka katsoo tarvitsevänsä nykyisten lisäksi kaksi geriatrian erikoislääkärinä ja kaksi muistihoitajaa, jolloin he pystyisivät palvelemaan koko kaupunkia siten, että potilaat pääsevät vastaanotolle lakisääteisen kolmen kuukauden sisällä. Tällöin pystyttäisiin myös tarjoamaan konsultaatiota terveysasemien lääkäreille, terveysasemien muistihoitajille ja kaikille muistikoordinaattoreille ja toimimaan muistikoordinaattori-geriatri työparina, josta on saatu myös tieteellinen vaikuttavuusnäyttö.

Geriatrian poliklinikan näkemyksen mukaan sillä on laajaa asiantuntemusta, mutta erikoislääkäreitä riittämättömästi. Nykyiset sairaanhoitajien vakanssit olisi hyvä muuttaa muistihoitajien vakansseiksi ja järjestettävä heille tarvittava koulutus. Tällä hetkellä vain yhdellä sairaanhoitajalla on muistihoitajan koulutus. Yhteistyö psykogeriatrian kanssa on tärkeää ja toteutuu nyt kohtalaisesti. Myös psykogeriatrian resurssit ovat tarpeeseen nähden riittämättömät tällä hetkellä. Sosiaali- ja lähtyön näkökulmasta geriatrisella poliklinikalle ei ole riittävästi sosiaalityön asiantuntemusta ja sitä pitäisikin lisätä.⁴⁰

Helsingin Alzheimer -yhdistyksen näkemyksen mukaan lääketieteen ja hoito- ja sosiaalityön palveluita on saatavilla kohtuullisen hyvin. Sen sijaan kuntou-

³⁷ Tarkastuslautakunnan 2. jaoston käynti geriatrian poliklinikalla 3.11.2015

³⁸ Sairaala- kuntoutus- ja hoivapalvelut -osaston vastaus sähköpostikyselyyn 31.8.2015

³⁹ Tarkastuslautakunnan 2. jaoston käynti geriatrian poliklinikalla 3.11.2015

⁴⁰ Sairaala- kuntoutus- ja hoivapalvelut -osaston vastaus sähköpostikyselyyn 31.8.2015



tuksen ja psykologian asiantuntemusta ei ole käytettävissä siinä määrin kuin olisi tarpeellista ja toivottavaa. Esimerkiksi kriisiperhetyötä yhteistyössä Helsingin Alzheimer -yhdistyksen kanssa tekevän perheterapeutin vastaanotolle olisi tulijoita enemmän kuin mitä on mahdollista ottaa vastaan. Maksimikäyntimäärä on viisi kertaa⁴¹.

2.2.2 Kuntoutusta painottava palveluketju ja muuttuviin tilanteisiin varautuminen

Kansallisessa muistiohjelmassa suositellaan, että laaditaan ja otetaan käyttöön suosituksiin perustuva muistisairaahan ihmisen hoito- ja palveluketju, jossa eri toimijoiden vastuut määritellään selkeästi ja dokumentoidaan. Hoito- ja palveluketjussa tulee kiinnittää erityistä huomiota kuntoutukseen. Muistisairaiden ihmisten muuttuviin tilanteisiin ja äkillisiin avuntarpeisiin tulee varautua, samaten hyvään hoitoon kuoleman lähestyessä. Lisäksi ketjun toimivuutta ja laatua tulee arvioida säännöllisesti.

Hoitoketju on laadittu

Helsingissä laadittiin vuonna 2009 Muistisairaahan potilaan hoitoketju -prosessin kuvaus. Osana sitä suunniteltiin muistisairaahan ihmisen hoitoon ja palveluihin liittyvää koulutusta. Muistisairauksista ja siihen liittyvistä palveluista järjestetään eri teemoilla jatkuvasti kaupungin toimesta koulutusta palvelualueiden henkilökunnalle. Itsehoitosivustoja mainostetaan kaupunkilaisille. Kotihoidon muistikoordinaattorit kouluttavat ja ohjaavat kotihoidon tiimejä muistisairaahan hoitoon ja palveluohjaukseen liittyvissä asioissa. Esimerkiksi kotihoidossa on tehty oma Muistitoimintojen arviointi kotihoidon asiakkaille sekä Muistisairaahan asiakkaan seuranta ja hoidon arviointi kotihoidossa. Niitä hyödynnetään jatkuvasti käytännön työssä. Terveysasemilla koulutusta annetaan perehdytyksen yhteydessä ja esim. terveyskeskushoitaja- ja -lääkäripäivien yhteydessä sekä asemilla pidettävissä ”pajoissa”. Hoitoportaali, josta muistisairaahan potilaan hoitoketjukuvauskin löytyy, on tukena arjen työssä hoidontarpeen arvioissa ja vastaanotoilla. Geriatrian poliklinikalla hoitoketjua käytetään päivittäin työvälineenä, johon se nähdään toimivaksi. Yleisöversio ei ole kuitenkaan niin toimiva kuin poliklinikalla toivotaan. Itsehoitosivustojen formaatti ei ole riittävän käytettävä, vaikka sisältö onkin hyvä.⁴²

Sosiaali- ja lähityön näkökulmasta nimi ”hoitoketju” viittaa enemmän terveydenhuoltoon kuin sosiaalipalveluihin, minkä vuoksi sen tunnetuksi tekeminen on ilmeisesti ollut systemaattisempaa terveydenhuollon kuin sosiaalihuollon henkilöstölle. Voi myös olla, että sosiaalipalveluissa hoitoketjua ei tämän vuoksi osata hyödyntää.⁴³

⁴¹ Helsingin Alzheimer -yhdistyksen vastaus 9.10.2015

⁴² Sairaala- kuntoutus- ja hoivapalvelut -osaston vastaus sähköpostikyselyyn 31.8.2015 ja 8.9.2015

⁴³ Sairaala- kuntoutus- ja hoivapalvelut -osaston vastaus sähköpostikyselyyn 31.8.2015 ja 8.9.2015



Osaston vastauksen mukaan hoitoketjutyöryhmä vastaa hoitoketjusta ja sen toimivuutta arvioidaan hoitoketjutyöryhmän kokousten yhteydessä. Systemaattinen päivitys tehdään vuosittain ja hoitoketjun jäsenet tarvittaessa ilmoittavat toiminnan muutoksista. Muistisairaahan potilaan hoito- ja palveluketjusta löytyy helposti paljon tietoa yhdestä ja samasta paikasta. Tietojen ajan tasalla pitäminen/päivitys on kuitenkin suuri haaste, koska tiedot vanhenevat nopeasti ja yhteyshenkilöt muuttuvat usein. Geriatrian poliklinikan mukaan hoitoketju kokonaisuudessaan ei kuitenkaan toimi kuten on suunniteltu. Laitoshoidon näkökulmasta hoitoketjussa on osittaista päällekkäisyyttä. Jonotusta ja ruuhkaa on useassa jonon pisteessä. Sujuvoittamista tulee edistää edelleen. Vastuut on määriteltävä selkeästi ja dokumentoitu, mutta hallinnon rakenne ei täysin tue toimivaa ketjutusta. Sosiaali- ja lähityön näkökulmasta, jotta muistisairaahan potilaan hoitoketju toimisi optimaalisesti, olisi tärkeä saada yhteinen ymmärrys siitä, että se on tarkoitettu sekä sosiaalialan että terveydenhuollon työntekijöille, jotka työskentelevät muistiongelmaisten ja -sairaiden kanssa. Lisäksi erityisesti sosiaalihuollon tietoja pitäisi lisätä ja tarkentaa ketjuun.⁴⁴

Hoitoketjun haasteet ovat tällä hetkellä neurologisen ja geriatrisen poliklinikan näkemyksen mukaan seuraavat:

- Hoitoketjuun pääsy voi olla haasteellista: terveysasemien toimintaa tulee vahvistaa tältä osin, jotta voidaan selvittää muita neurologiasairauksia, jotka eivät välttämättä ole muistisairauksia
- Hoito-kuntoutus-seuranta: tulisi tiivistää muistikoordinaattoreiden ja poliklinikoiden yhteistyötä
- Hoitoketjun näkyvyys esimerkiksi esitteiden ja itsehoitosivustojen parantamisen avulla
- diagnoosi tulee liian myöhään, esimerkiksi asiakkaat pääsevät geriatrian poliklinikalle myöhään vaikka MMSE -testin tulokset olisivat korkeat
- tutkimukset etenevät liian hitaasti (MRI:n eli magneettikuvauksen saatavuus on vähäistä), poliklinikoilla psyykkisiin oireisiin vastaaminen ei tällä hetkellä onnistu ja erityisesti psykogeriatrien saatavuus on erittäin vähäistä, samaten sosiaalityön asiantuntemuksesta on puute, kuntoutusohjaajaa ei ole (kuntoutushenkilökuntaa ylipäättään on kaupungissa vähän)
- poliklinikat ovat huolissaan siitä, miten jatko-ohjaus ja kuntoutus toimivat sen jälkeen, kun asiakkaat ovat olleet poliklinikan tutkimuksissa ja seurannassa
- muistin apuvälineiden ja turvalaitteiden tunnetuksi tekeminen ja käyttöönotto ovat vasta alkuvaiheessa
- hoitoketjun kuvaus kaipaasi päivitystä (resurssipula).⁴⁵

Kuntoutus haasteena

⁴⁴ Sairaala- kuntoutus- ja hoivapalvelut -osaston vastaus sähköpostikyselyyn 31.8.2015 ja 8.9.2015

⁴⁵ Tarkastuslautakunnan 2. jaoston käynti geriatrian poliklinikalla 3.11.2015



Kuntoutus toteutuu eri palveluissa pääosin osana hoitotyötä. Kotihoidossa on käytössä liikkumissopimus, joka koskee myös muistisairaita. Sen tavoitteena on lisätä arkiliikkumista kotona hoitotyön/omaisten tukemana. Palveluasumisessa ja laitoshoidossa tehdään hoitajan ja fysioterapeutin toimesta kuntoutussuunnitelma. Kotihoidossa on niin sanottuja nimikkofysioterapeutteja, jotka tekevät kotihoidon hoitotiimien kanssa yhteistyötä myös muistisairaiden osalta tekemällä kotikäyntejä ja ohjaamalla sekä asiakkaita että hoitotyön tekijöitä. Kotihoidon toimintaterapeutit tekevät kotikäyntejä myös muistisairaille. Ensimmäisessä kuntoutus pyritään järjestämään muistisairaille kotona, mutta tarvittaessa voidaan järjestää arviointi- ja kuntoutusjakso monipuolisten palvelukeskusten yhteydessä toimivilla arviointi- ja kuntoutusosastoilla. Palvelualueilla on käynnistetty virtuaalikuntoutusta. Terveysasemilla kuntoutuksen näkökulma tulee esille lähinnä hoitoyhteenvedoissa ja epikriiseissä, mutta sen toteutumista on vaikea arvioida terveysaseman näkökulmasta.⁴⁶

Geriatrian poliklinikalla aloitetaan lääkitys diagnoosin yhteydessä ja sen lisäksi laaditaan kuntouttava hoitosuunnitelma. Fysioterapeutin arvio tasapainosta ja suunnitelma lihasvoimien parantamiseksi toteutuu useille. Arkiliikunnan suunnitelma suositetaan kotihoidossa tehtäväksi. Toimintaterapeutin ja ravitsemusterapeutin kuntoutuspalveluja järjestetään räätälöidysti. Psykkistä kuntoutusta tarjotaan ryhmätoiminnalla kaikista vaikeimmille potilaille ja perheille. Omahoitovalmennusta tarjotaan perheille, mutta tätä kuntoutusmuotoa on vielä riittämättömästi. Muistisairaiden kuntouttavia ryhmiä on, mutta niitä on edelleen riittämättömästi, vaikka ryhmiä on lisätty. Myös niiden sisältöjä ja tavoitteita tulee parantaa. Kuntoutuksen haaste on muistisairaille suuri. Muistisairaat tarvitsevat pitkäjännitteistä toistuvaa tavoitteellista kuntoutusta. Ravitsemus muistisairaahan potilaan hoidossa tiedostetaan ja ohjausta annetaan, mutta toteutusta on poliklinikan näkemyksen mukaan edelleen parannettava.⁴⁷

Sosiaali- ja lähityön näkemys on, että kuntoutuskäsitettä voisi selkeyttää. Muistisairaahan kohdalla kuntoutus pitäisi nähdä hyvin laajasti, ei esimerkiksi pelkästään erilaisina terapioina tai päivätoimintana, vaan myös arkikuntoutuksena. Muistisairaahan kohdalla monet toiminnot, joilla edistetään ihmisen kotona selviytymistä, voitaisiin nähdä arkikuntoutuksena, esimerkiksi tuettu ostoskäynti voi vaikuttaa samalla kertaa muistisairaahan fyysisen kunnon ylläpitämiseen, sosiaalisiin suhteisiin, ravitsemukseen (ruoka maistuu paremmin, kun näkee mitä on tarjolla ja mikä ruoka tänään maistuisi), kykyyn ylläpitää rahaasioiden hoitamista, elämänlaatuun yms. Myös laitoshoidossa näkemys on, että kuntoutuksessa on sisällöllistä kehittämistarvetta.⁴⁸

Helsingin Alzheimer -yhdistyksen mukaan varhaisvaiheen kuntoutus puuttuu lähes kokonaan, ja ylipäättään aika heti muistisairausdiagnoosin saamisen jäl-

⁴⁶ Sairaala- kuntoutus- ja hoivapalvelut -osaston vastaus sähköpostikyselyyn 31.8.2015 ja 8.9.2015

⁴⁷ Sairaala- kuntoutus- ja hoivapalvelut -osaston vastaus sähköpostikyselyyn 31.8.2015 ja 8.9.2015

⁴⁸ Sairaala- kuntoutus- ja hoivapalvelut -osaston vastaus sähköpostikyselyyn 31.8.2015 ja 8.9.2015



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen ja
Jari J. Ritari

16.2.2016

keen on kriittinen – siihen ei panosteta riittävästi, ja kuntoutumissuunnitelmat puuttuvat. Erityisesti alle 65-vuotiaiden asema on huono, sillä heidän palvelujaan tulkitaan vammaispalvelulain mukaisesti. Helsingin eri alueet poikkeavat tulkinnessa toisistaan.⁴⁹

Muuttuviin tarpeisiin vastaamisessa on kehitettävää

Asiakkaiden muuttuviin tilanteisiin ja äkillisiin avuntarpeisiin vastataan terveysasemilla hoidontarpeenarvion yhteydessä ja vastaanotolla. Kotihoidossa ja sosiaali- ja lähityössä, riippuen tilanteesta ja avun tarpeesta, voidaan tehdä sairaanhoitajan, terveydenhoitajan, kotihoidon lääkärin, sosiaalityöntekijän tai muistikoordinaattorin arviointikäynti. Yleensä tehdään moniammattillinen arvio. Äkillisesti muuttuviin tilanteisiin on tarjolla jonkin verran ratkaisuja, esimerkiksi muistisairas voidaan äkillisessä tilanteessa sijoittaa kriisi- tai lyhytaikaishoitopaikalle, mikäli kotona oleminen ei onnistu perheen tai kotihoidon turvin. Laitoshoidossa nähdään, että äkillisesti muuttuviin tilanteisiin on varauduttu huonosti.⁵⁰

Lyhytaikaishoito- ja arviointi- ja kuntoutus -jaksoilla pystytään parhaassa tapauksessa ennaltaehkäisemään äkillisiä kriisitilanteita. Valmistumassa oleva kriisityön suunnitelma parantaa kriisitilanteisiin valmistautumista entisestään. Geriatrian poliklinikan hoitosuunnitelmassa määritellään jatkohoitopaikka: terveysasema/kotihoidon lääkäri ja/tai kotihoito. Lisäksi annetaan muistikoordinaattorin yhteystiedot, osalla muistikoordinaattorit seuraavat tilannetta. Äkillisissä tapauksissa potilaiden suositetaan olevan yhteydessä esisijaisesti terveysasemalle, kotihoitoon tai muistikoordinaattoriin. Edunvalvontavaltuutuksesta keskustellaan yksilöidysti. Sosiaali- ja terveysviraston mukaan muistipotilaiden ohjaaminen palvelukeskusten toimintoihin on parantunut.⁵¹

Suosituksen mukaiseen hyvään hoitoon kuuluu myös saattohoito. Kotihoidossa saattohoito voidaan toteuttaa kotihoidon tiimin ja lääkärin ja tarvittaessa kotisairaalan yhteistyönä. Myös avopalvelujen työntekijät, kuten sosiaaliohjaajat ja sosiaalityöntekijät, tukevat muistisairaalan hyvää hoitoa kuoleman lähestyessä. Mikäli kotona asuva muistisairas on vielä kohtuullisen hyvässä kunnossa, hoitotahto-esitys otetaan usein esille keskusteluissa ja esitettä myös annetaan sekä asiakkaille että omaisille. Mikäli kotikäynnillä asiakkaan kanssa käytävään keskusteluun luontevasti linkittyy kuolema ja siihen liittyvät asiat, niin asiakkaan omia toivomuksia pohditaan yhdessä. Apuna on käytetty muun muassa hautajaisjärjestelyni -esitystä. Kuoleman lähestyessä myös kotihoito mahdollistaa hyvää kotikuolemaa. Ympäri vuorokautisessa hoidossa tavoite on hoitaa loppuun asti omassa hoitopaikassa tarvittaessa kotisairaalan tuella. Geriatrian poliklinikan mukaan hoitotahdosta ja edunvalvontavaltuutuksesta

⁴⁹ Helsingin Alzheimer-yhdistyksen vastaus 9.10.2015

⁵⁰ Sairaala- kuntoutus- ja hoivapalvelut -osaston vastaus sähköpostikyselyyn 31.8.2015 ja 8.9.2015

⁵¹ Katsaus asiakasosallisuudesta ja palveluprosessien kehittämisestä v.2013–2015, Henkilöstö- ja kehittämispalvelut -osasto ja Kehittämisen ja toiminnan tuki -yksikkö 14.8.2015



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen ja
Jari J. Ritari

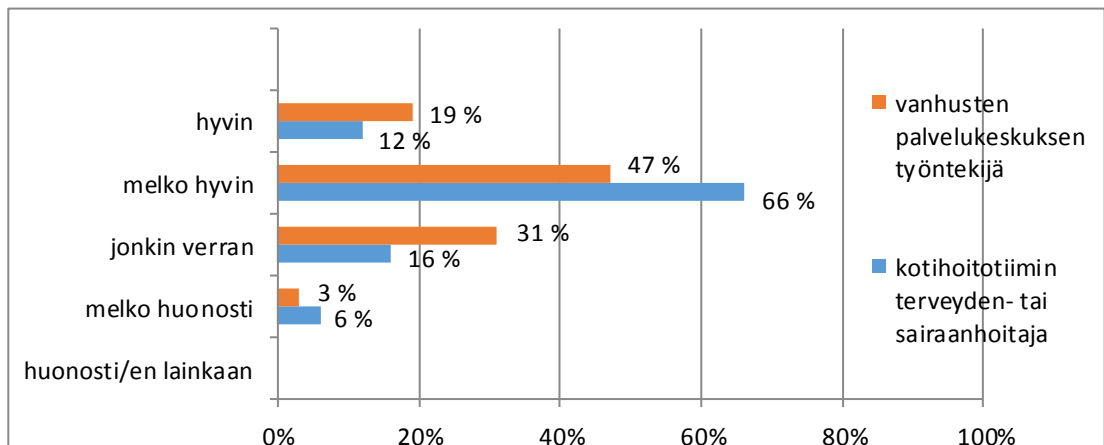
16.2.2016

keskustellaan yksilöidysti geriatrian poliklinikalla ja puhutaan ryhmätilaisuuksissa. Hoitotahtoa pyritään kartoittamaan entistä aktiivisemmin jo kotona asuttaessa ja ympärivuorokautisessa hoidossa keskustellaan hoitotahdosta ja hoitolinjauksista sinne siirryttäessä. Elämän loppuvaiheen hoitoon liittyen järjestetään säännöllisesti koulutusta.⁵²

Helsingin Alzheimer -yhdistyksen mukaan kaupunki on varautunut hyvin äkillisiin avuntarpeen muutoksiin. Käytettävissä on myös paljon tilastoja ja ennusteita tulevaisuuden suunnittelun suhteen.⁵³

Työntekijät tuntevat hoitoketjun hyvin

Hoitoketju vaikuttaa työntekijäkyselyn mukaan melko tutulta vastaajille (keskiarvo 3,89) ja toimii kohtalaisen hyvin apuvälineenä työssä (keskiarvo 3,49). Parhaiten sen tunsivat muistikoordinaattorit, sairaalan ja kotihoidon lääkärit sekä geriatrian ja neurologisen poliklinikan lääkärit ja sairaanhoitajat. Kuten alla olevasta kuviosta havaitaan, hoitoketju tunnetaan hyvin kotihoidossa ja melko hyvin monipuolisissa vanhustenpalvelukeskuksissa:



Kuvio 4. Tunnen muistisairaan hoitoketjuku

vausta käytetään myös työn apuvälineenä. Vähiten sitä käyttivät työssään monipuolisissa vanhustenpalvelukeskuksissa työskentelevät, mutta myös heistä lähes 40 prosenttia katsoi, että se toimii apuvälineenä työssä hyvin tai melko hyvin.

Hoitoketjun mukainen työnjako toimii vastaajien mukaan melko hyvin, keskiarvo oli 3,60. Vastaukset vaihtelivat työntekijäryhmittäin 3,42–3,83 välillä. Vas-

⁵² Sairaala- kuntoutus- ja hoivapalvelut -osaston vastaus sähköpostikyselyyn 31.8.2015 ja 8.9.2015

⁵³ Helsingin Alzheimer -yhdistyksen vastaus 9.10.2015



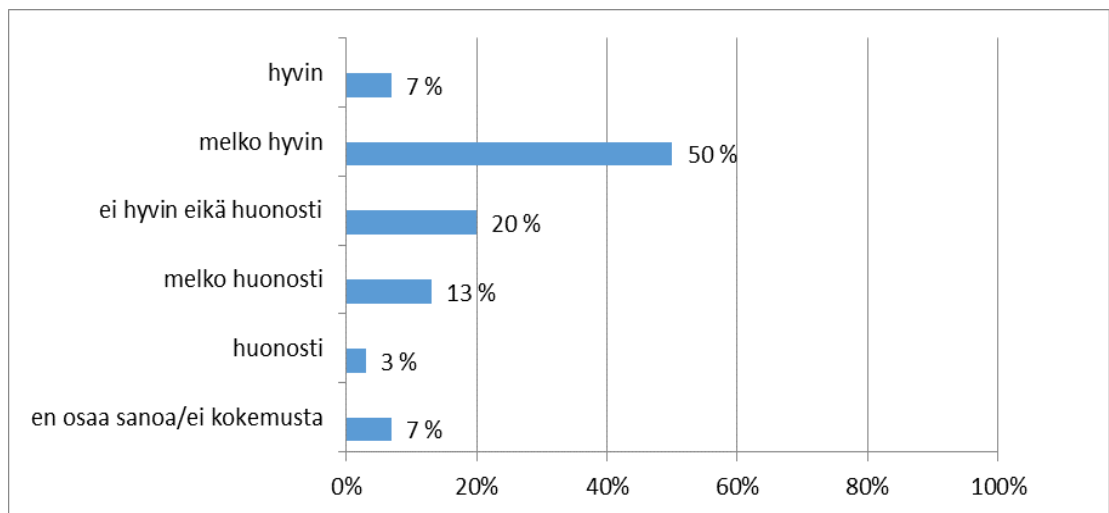
Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen ja
Jari J. Ritari

16.2.2016

taajista 57 prosenttia näki, että työnjako toimii hyvin tai melko hyvin ja vain 10 prosenttia arvioi työnjaon toimivan huonosti tai melko huonosti.

Diagnosoinnissa ja kuntoutuksessa on puutteita

Hoitoketjun katsottiin tukevan muistisairaahan hyvää hoitoa kohtalaisen hyvin (keskiarvo 3,48), terveysasemien muistivastuuhoitajien mielestä varsin hyvin (4,25). Kuviosta 5 voidaan päätellä, että vastanneista 57 prosenttia näki hoitoketjun tukevan hyvää hoitoa hyvin tai melko hyvin ja 16 prosenttia näki sen tukevan huonosti tai melko huonosti.



Kuvio 5. Mielestäni hoitoketju tukee muistisairaahan hyvää, yksilöllistä ja turvallista hoitoa

Työntekijäkyselyssä oli kysymys myös muistisairaiden diagnosoinnista. Kyselyn mukaan muistisairauksien diagnosointia ei tehdä riittävän ajoissa. Vastauksen keskiarvo oli vain 2,92. Heikoimmaksi sen arvioivat sairaaloiden ja kotihoidon muistisairauksiin erikoistuneet lääkärit (2,33) ja neurologisen ja geriatrian poliklinikan lääkärit ja sairaanhoitajat (2,67). Kaikista vastanneista sen sanoi toimivan hyvin tai melko hyvin 32 prosenttia, mutta jopa 35 prosenttia näki sen toimivan huonosti tai melko huonosti.

Kuntoutuksen arvioitiin toimivan hoitoketjussa melko huonosti, vastausten keskiarvo oli 3, joka vaihteli työntekijäryhmittäin 2,5–3,27 välillä. Poikkeuksena olivat terveysasemien muistivastuuhoitajat, jotka arvioivat sen melko hyväksi (3,57). Kaikista vastanneista kuntoutuksen näki toimivan hyvin tai melko hyvin 34 prosenttia, huonosti tai melko huonosti 28 prosenttia.

Asiakkaan äkillisiin lisääntyneisiin avuntarpeisiin vastaaminen arvioitiin myös melko heikoksi. Vastausten keskiarvo oli 3 ja vaihteli 2,67–3,36 välillä. Hyvänä tai melko hyvänä tilanteen näki 33 prosenttia, huonona tai melko huonona 31 prosenttia.



2.2.3 Asumisen ja yksilölliset palvelut sisältävien vaihtoehtojen määrän lisääminen

Palvelurakenne on kehittynyt tavoitellusti

Kansallisessa muistiohjelmassa suositellaan, että muistisairaiden ihmisten ympärivuorokautinen hoito järjestetään valtakunnallisten linjausten ohjaamana laitoshoidtoa vähentäen ja asumisen ja yksilölliset palvelut sisältävien palveluvaihtoehtojen määrää lisäten.

Helsingin palvelurakenne on kehittynyt tavoiteltuun suuntaan, eli kotihoidossa olevien osuus lisääntynyt, samaten palveluasuminen kasvanut ja laitosasuminen vähentynyt. Sekä ympärivuorokautisessa hoidossa että kotihoidossa on käytössä palveluseteli. Helsingissä tavoitellaan vahvasti sitä, että asiakkaat voitaisiin hoitaa kotona. Oletuksena on, että asiakkaat haluavat myös itse asua kotonaan. Syy on myös taloudellinen sillä ympärivuorokautinen hoito on varsin kallista.⁵⁴ Osaston vastauksessa sähköpostitiedusteluun geriatrian poliklinikan mukaan tarvitaan kuitenkin lisää vaihtoehtoja vielä hyväkuntoisille muistisairaille, jotka eivät yksin pysty asumaan kotona, mutta joille ympärivuorokautinen hoito tuntuu vielä liian raskaalta sekä nuorena sairastuneille. Eri kulttuureista tulevat muistisairaatt tulisi myös ottaa huomioon palveluita suunniteltaessa. Laitoshoidon näkemys on, että asumisen liittyviä palveluja on lisätty.⁵⁵ Laitoshoidon vähentäminen ja palveluasumisen lisääminen tai kotihoidossa olevien määrän lisääminen ovatkin olleet kaupungilla sitovina tavoitteina jo pitkään.

Muistisairaiden asuminen ongelmana

Helsingin sosiaalivirasto laati vuonna 2012 kyselyn vanhusten palvelujen omaisille. Sen mukaan suurin osa omaisista arvioi kodin parhaaksi asuinpaikaksi läheiselleen, mikäli läheisellä ei ollut muistisairautta. Muistisairaiden asiakkaiden omaisista suurin osa piti dementiaa heidän läheiselleen omaa kotia parempana paikkana.⁵⁶

Kunnat ovat lisänneet erityisesti tehostettua palvelusasumista, joka katsotaan avohoidoksi⁵⁷. Dementoituneiden palveluasuminen on yleensä tehostettua palveluasumista, joka tarkoittaa sitä, että palveluja on saatavissa ympäri vuorokauden⁵⁸. Muistisairaiden kanssa työskentely edellyttää erityistietoja ja -taitoja henkilöstöltä. Muistisairaille suunnattuja ns. dementiaa koteja on perustettu 1980-luvulta lähtien⁵⁹. Finne-Soverin ja Nurmen mukaan tehostettu pal-

⁵⁴ Tarkastuslautakunnan 2.jaoston käynti geriatrisella poliklinikalla 3.11.2015

⁵⁵ Sairaala- kuntoutus- ja hoivapalvelut -osaston vastaus sähköpostikyselyyn 31.8.2015 ja 8.9.2015

⁵⁶ Vanhusten palvelujen omaiskysely, 2012

⁵⁷ Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013

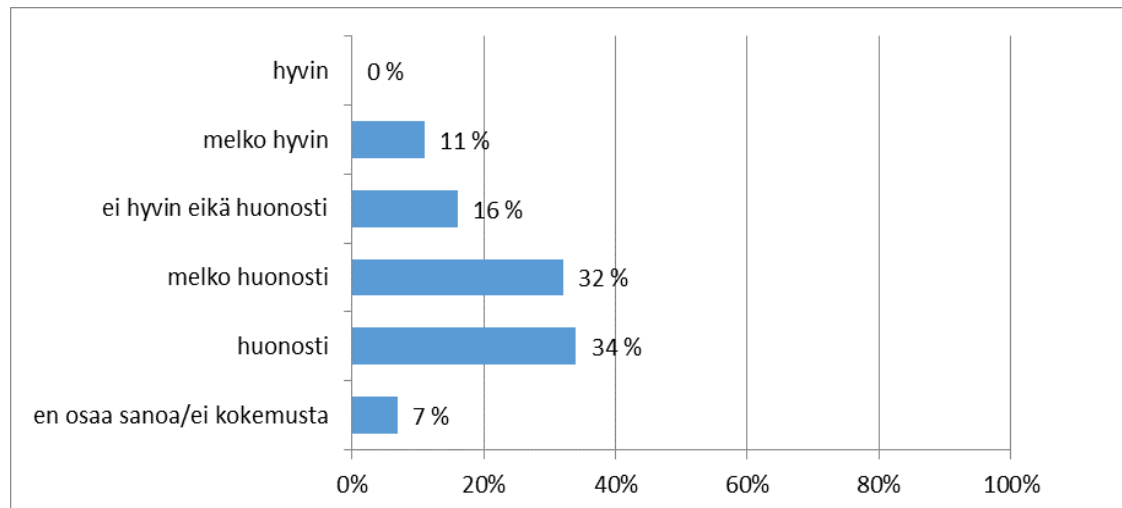
⁵⁸ Lehmuskoski & Kuusisto-Niemi 2007

⁵⁹ Uronen 2011



veluasuminen on tarkoitettu monisairaille, toimintavajeisille henkilöille, jotka hyötyvät tehostetun palveluasumisen itsenäisyydestä, asuntojen sijainnista ja muiden asukkaiden seurasta. Dementiakodissa muistisairaus voi olla yksi sairauksista, mutta asiakkaalla voi olla muita sosiaalisia taitoja ja resursseja jäljellä.⁶⁰

Tämän arvioinnin työntekijäkyselyn heikoimmat arviot liittyivät muistisairaiden asumiseen. Heikoimmat arvosanat sai ympärivuorokautiseen hoitoon pääsy. Keskiarvo vastauksista ympärivuorokautiseen hoitoon pääsystä tarvittaessa oli 2,07 ja keskiarvot vaihtelivat kotihoitotiimien negatiivisimmasta arvosta 1,78 neurologian ja geriatrian positiivisimpaan arvioon 2,6. Myös muistikoordinaattorit ja terveysasemien muistivastuuhoitajat arvioivat pääsyn varsin heikoksi. Peräti 66 prosenttia vastaajista vastasi väitteeseen ”huonosti tai melko huonosti” (kuvio 6).



Kuvio 6. Muistisairaalle järjestetty paikka ympärivuorokautisessa hoidossa tarvittaessa mielestäni

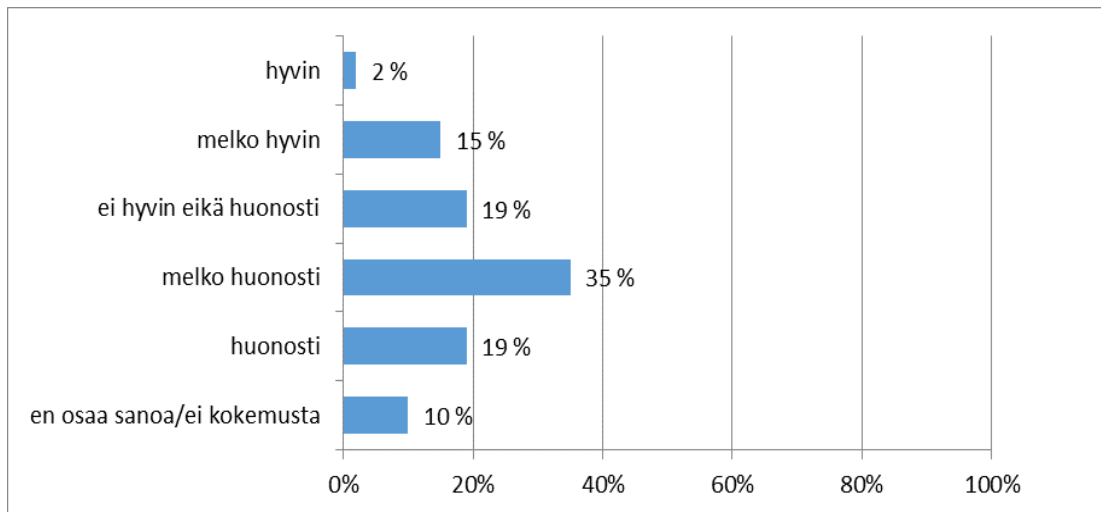
Vastakommenttina voi pitää SAS-yksikön vastanneiden näkemystä. Avovastauksen mukaan paikka voi järjestyä suhteellisen nopeasti, ”mikäli tarve hoitoon on todettu, eikä asiakkaalla/perheellä ole paljon erikoistoiveita tai vaatimuksia. Helsingin suuri koko tulee muistaa esimerkiksi jonoja tarkastellessa.” Omaisilla on kuitenkin erityisiä toiveita tai vaatimuksia, joka voidaan todeta vanhusten palvelujen omaiskyselyn tuloksista: moni omainen nimesi tietyn hoitoyksikön, johon he haluaisivat läheisensä ja monella oli selkeä näkemys siitä, minkälainen yksikkö olisi nykyistä *sopivampi*. Toiveita esitettiin siirtymisestä nykyistä pienempään yksikköön, toiseen palvelutaloon sekä palvelutalosta vanhainkotiin. Lisäksi mainittiin toiveita hoitoyksikön sijainnista. Muita yksikköön liittyviä toiveita oli muun muassa muistisairaiden hoitoon erikoistu-

⁶⁰ Finne-Soveri & Nurme 2007



neita hoitajia, enemmän valvontaa, enemmän hoivaa, kuntoutusta tai virikkeitä tarjoava yksikkö ja paremmat yleiset tilat⁶¹.

Toiseksi heikoimmat arvosanat sai väite, että muistisairaille olisi tarjolla erilaisia asumisen ja yksilölliset palvelut sisältäviä vaihtoehtoja, vastausten keskiarvo oli 2,39 ja vaihteluväli 2–3. Negatiivisimman arvion antoivat neurologian ja geriatrian lääkärit sekä sairaanhoitajat, positiivisimman sairaaloiden ja kotihoidon lääkärit. Yli puolet vastanneista oli sitä mieltä, että vaihtoehtoja on huonosti tai melko huonosti (kuvio 7).



Kuvio 7. Muistisairaille on tarjolla erilaisia asumisen ja yksilölliset palvelut sisältäviä vaihtoehtoja (esimerkiksi palveluasumista erilaisilla tukipalveluilla)

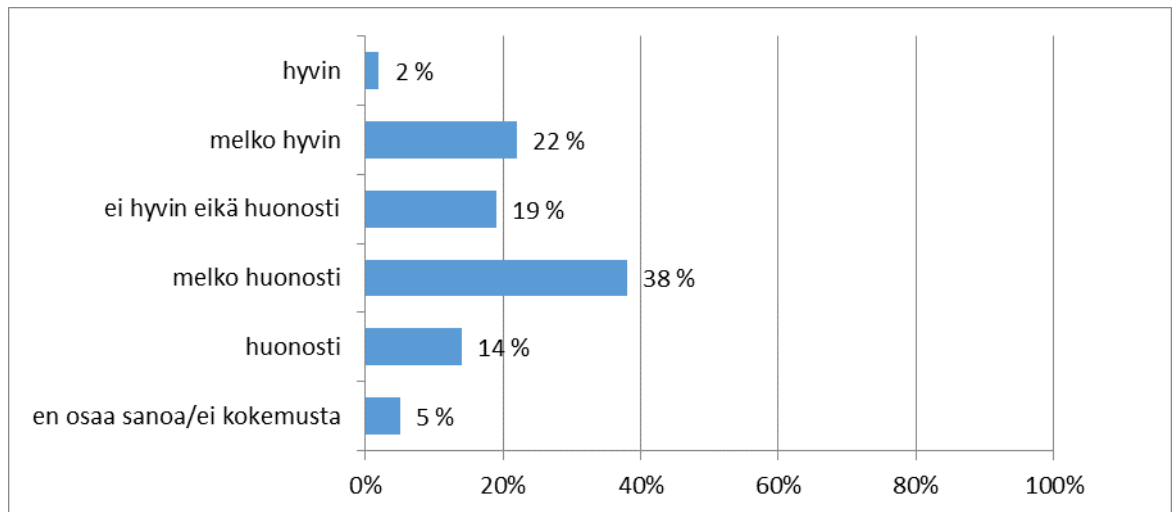
Kolmanneksi heikoimman arvosanan sai kotihoidon ja muiden kotiin annettavien palvelujen riittävyys muistisairaiden kotona asumisen tukemiseen. Negatiivisimmin tämän näkivät palvelukeskusten työntekijät ja neurologian ja geriatrian lääkärit ja sairaanhoitajat, positiivisimmin sairaaloiden ja kotihoidon lääkärit. Vastaajista yli puolet koki palvelujen riittävän huonosti tai melko huonosti.

⁶¹ Vanhusten palvelujen omaiskysely, 2012



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen ja
Jari J. Ritari

16.2.2016



Kuvio 8. Kotihoidon ja muut kotiin annettavat palvelut riittävät muistisairaiden kotona asumisen tukemiseen

Vanhusten palvelujen omaiskyselyn mukaan kotihoidossa henkilöstön vaihtuvuus koettiin hankalana erityisesti, jos kyseessä oli muistisairas asiakas. Läheiselle toivottiin enemmän erilaisia kotiin tuotavia palveluita, kuten sairaanhoitoa, kuljetusapua ja liikuntaa, erityisesti ulkoilua toivottiin paljon. Henkilöstölle esitettiin ehdotuksia erilaisista lisäkoulutuksista, esimerkiksi ruotsin kieltä, vuorovaikutuskoulutusta ja koulutusta muistisairaiden kanssa toimimiseen. Kaiken kaikkiaan toivottiin nykyistä kokonaisvaltaisempaa otetta kotona asuvan asioiden järjestämiseen sekä palveluiden säännöllistä kartoittamista.⁶²

Helsingin Alzheimer -yhdistyksen mukaan kotona asumisella on kääntöpuolensa muistisairaiden kohdalla, ja välillä kotona asumista pyritään tukemaan liiankin pitkään. Kotipalvelu saattaa käydä 3–4 kertaa päivässä ja keskittyy pitkälti turvallisuustekijöihin, ”tekniseen toteutukseen”, mutta muistisairaana elämänlaadulliset kysymykset saattavat jäädä syrjään. Muistisairaille voisi olla henkilökohtaisia avustajia enemmän. Oikean hoitopaikan löytämisellä on yleensä omaisilla suuri rooli.⁶³

2.2.4 Muistisairaana oikeuksien turvaaminen ja palveluntuottajien osaaminen

Kansallisessa muistiohjelmassa suositellaan, että ympärivuorokautista hoitoa ja hoivaa hankittaessa muistisairaana ihmisen oikeudet turvataan ja varmistetaan, että palveluntuottajilla on riittävä osaaminen muistisairaiden ihmisten hoidosta.

Päätös muistisairaana ympärivuorokautisesta hoidosta edellyttää moniammatillisen työryhmän arviota. Tiimiin kuuluvat lääkäri, joka useimmiten on kotihoi-

⁶² Vanhusten palvelujen omaiskysely, 2012

⁶³ Helsingin Alzheimer -yhdistyksen vastaus 9.10.2015



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen ja
Jari J. Ritari

16.2.2016

don lääkäri, sairaanhoitaja/terveydenhoitaja/vastuuhoitaja, alueen sosiaalityöntekijä ja SAS-toimiston sosiaalityöntekijä. Muistisairasta ja hänen omaistaan kuullaan ennen prosessin käynnistämistä. Lääkäripalveluiden osalta on yhtenäinen palvelukuvaus kaupungin ja yksityisen hoidon osalta.⁶⁴

SAS-toimisto tekee arvioinnin asiakkaan sijoittamisesta ympärivuorokautiseen hoitoon. Arviointi tehdään samalla perusteella muistisairaille kuin muillekin. Keskiössä on asiakkaan oma tahto. Arvioinnissa tarkastellaan arjen sujumista ja jäljellä olevia voimavaroja kokonaisuutena. Lisäksi tarkastellaan toimintakykyä erilaisilla mittareilla ja tehdään lääketieteellinen arvio esimerkiksi kuntoutumisen mahdollisuudesta. Noin 220 henkilöä jonottaa hoivapaikkaa. Noin 90 paikkaa vapautuu kuukausittain eli jatkuvasti on olemassa yli 100 henkilön jono. Tällä hetkellä paikkaa ei kyetä tarjoamaan kolmen kuukauden sisällä. Muistisairaiden osalta tämä harvoin ylittyy, elleivät omaisten toiveet ole liian vaikeita toteuttaa.⁶⁵

SAS-yksikkö ostaa vuosittain noin 1 000 paikkaa muistisairaiden asumista. Vuonna 2016 toteutetaan seuraava muistisairaiden ostopalvelujen kilpailutus puitesopimuksella. Koska kaupunki ostaa vain muistisairaiden ympärivuorokautista hoitoa, tarkka palvelukuvaus voidaan tehdä nimenomaan heille sopivista palveluista. Jokaisella tuottajalla on oltava omavalvontasuunnitelma. Jokainen yksikkö auditoidaan laajasti ensimmäisen kerran 2015. Myöhemmin auditoinnit tehdään teemoittain. Lisäksi tehdään tarkastus- ja valvontakäyntejä, yhteistyöpäiviä ja yhteisiä koulutuksia. Muistisairaiden asumispaikat eroavat muusta asumisesta lähinnä henkilöstön osaamisen suhteen.⁶⁶

Alzheimer -yhdistyksessä uskotaan, että hoitopaikkaa ei haeta kovin kevyin perustein. Kotihoidon näkemys on, että tarpeen havaitsemisesta prosessin käynnistymiseen ja päätökseen kuluu liian pitkä aika. Kotihoidossa ollaan sitoutuneita kotihoitoon, mutta asiakkaan tilanne voitaisiin tuoda aikaisemmin moniammatilliseen arviointiin, jolloin erilaiset tukimuodot tulisivat kartoitetuksi riittävän varhain.⁶⁷

Muistisairaista noin 50 odottaa kotona hoitopaikkaa ja noin 80 sairaalassa. Sairaalan akuuttiosastolla jonottaa noin 70. Tämä suhde tulisi saada muuttumaan, sillä koetaan, että muistisairaana tilanne saattaa heikentyä sairaalassa. Mikäli kotiin saataisiin riittävästi apua ja tukea, tilanne voisi pysyä parempana.⁶⁸

Geriatrian poliklinikan mukaan hoitoketjua tulee sujuvoittaa edelleen, ettei muistisairaiden potilaiden täytyisi odottaa ympärivuorokautista hoitopaikkaa

⁶⁴ Sairaala- kuntoutus- ja hoivapalvelut -osaston vastaus sähköpostikyselyyn 31.8.2015

⁶⁵ Tarkastuslautakunnan 2.jaoston käynti geriatriella poliklinikalla 3.11.2015

⁶⁶ Tarkastuslautakunnan 2.jaoston käynti geriatriella poliklinikalla 3.11.2015

⁶⁷ Tarkastuslautakunnan 2.jaoston käynti geriatriella poliklinikalla 3.11.2015

⁶⁸ Tarkastuslautakunnan 2.jaoston käynti geriatriella poliklinikalla 3.11.2015



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen ja
Jari J. Ritari

16.2.2016

sairaalassa, joka saattaa altistaa uusille sairauksille kuten infektiot, kaatumiset ja erinäiset sekavuustilat. Sujuvan hoitoketjun lisäksi ympärivuorokautisen hoivan järjestäjiltä tulee vaatia kuntoutuksellisia tavoitteita.⁶⁹

Mikäli muistisairaiden oikeuksia tarkastellaan siitä näkökulmasta, voivatko hänen läheisensä vaikuttaa hoitoon, tilanne ei välttämättä ole kovin hyvä. Vanhusten palvelujen omaiskyselyn 2012 mukaan omaisen mukanaolo läheisen hoidon suunnittelussa vanhusten palveluissa yleensä ei toteutunut hyvin. Palveluasumisessa ja vanhainkodeissa alle puolet omaisista oli pyydetty mukaan hoitokokoukseen läheisensä palvelujen suunnitteluun ennalta sovitusti. Arviointi- ja kuntoutusyksiköissä pyydettyjä oli kolmannes. Omaishoitajistakin alle puolet vastasi osallistuneensa läheisen hoidon tai palvelujen suunnitteluun ennalta sovitussa hoitokokouksissa. Isoa osaa ei ollut pyydetty osallistumaan, vaikka he olisivat sitä halunneet.⁷⁰

Helsingin Alzheimer -yhdistyksen näkemys on, että muistisairaana oikeuksien toteutuminen ei aina ole selvää, erityisesti alle 65-vuotiaiden osalta. Palveluntuottajien taso vaihtelee, ja kilpailutilanne on tiukka, joten ylimääräisiksi koetut asiat – vaikkapa toimintaterapeutti tai fysioterapeuttipalvelut – saatetaan jättää pois tai vähentää. Suunnitelmat hoitajamitoituksen alentamiseksi 05,;tä 0,4: potilasta kohden vaikeuttaa tilannetta.⁷¹

2.2.5 Apuvälineiden saatavuus ja informaatioteknologian hyödyntäminen

Perusapuvälineiden saatavuus on hyvä

Kansallisessa muistiohjelmassa suositellaan, että apuvälinepalveluja on saatavilla, ne ovat laadukkaita ja on varmistettu, että apuvälineiden ja informaatioteknologian mahdollisuuksia hyödynnetään muistisairaana ihmisen toimintakyvyn sekä mielekkään ja turvallisen arjen tukena.

Kotona asuvat muistisairaajat henkilöt saavat lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineet liikkumiseen ja päivittäisiin toimintoihin perusterveydenhuollosta kuten muutkin helsinkiläiset, joilla on toiminnan rajoitteita. Sama pätee erikoissairaanhoidosta järjestäviin lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineisiin (liikkumisen, kuulemisen ja näkemisen apuvälineet). Palvelut toteutuvat muistisairaille kuten muillekin helsinkiläisille. Asiakastytyväisyyskyselyn perusteella helsinkiläiset ovat hyvin tyytyväisiä saamiinsa perusapuvälinepalveluihin. Kaupunginsairaalan mukaan apuvälinepalvelut ovat pääosin hyvin järjestetyt. Sairaalasängyistä ja henkilönostureista on pulaa. Apuvälinetarve arvioidaan tarvittaessa fysioterapeutin tai toimintaterapeutin osaamista hyväksi käyttäen.⁷²

⁶⁹ Sairaala- kuntoutus- ja hoivapalvelut -osaston vastaus sähköpostikyselyyn 31.8.2015

⁷⁰ Vanhusten palvelujen omaiskysely, 2012

⁷¹ Helsingin Alzheimer-yhdistyksen vastaus 9.10.2015

⁷² Sairaala- kuntoutus- ja hoivapalvelut -osaston vastaus sähköpostikyselyyn 31.8.2015 ja 8.9.2015



Työntekijäkyselyssä apuvälineiden saatavuus nähtiin hyvänä (keskiarvo 3,7). Positiivisimmat arviot antoivat muistikoordinaattorit. Vastaajista 59 prosentin mukaan muistisairaiden erilaisten apuvälineiden saatavuus ja käyttöönotto toimi hyvin tai melko hyvin. Informaatioteknologian käyttö arvioitiin heikommaksi (2,67), heikoimpana sitä pitivät monipuolisten vanhuspalvelukeskusten työntekijät. Vastaajista kolmasosa katsoi, että informaatioteknologiaa hyödynnetään huonosti tai melko huonosti, 15 prosenttia näki asian olevan hyvin tai melko hyvin ja kolmasosa ei osannut sanoa.

Teknologia on omakustanteista

Erityisesti muistisairaille tarkoitetut apuvälineet tai teknologiat eivät sisälly lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälinepalveluun. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomuksessa⁷³ kiinnitetään huomiota siihen, että valtakunnallista linjausta muistiapuvälineiden järjestämistahosta ei ole tehty. Myös Helsingissä työnjako on sopimatta ja käytänteet ovat epäselvät. Vammaistyö on myöntänyt eräitä kotona asumisen turvallisuutta lisääviä välineitä, kuten lie-sivahteja (vammaspalvelulain perusteella myönnetään asunnonmuutostöiden lisäksi asuntoon kuuluvat laitteet ja välineet). Määristä on vaikea saada tietoa, koska niitä ei tilastoida.⁷⁴

Kotihoito puolestaan järjestää tukipalveluina muun muassa ovivahteja ja turvarannekkeita, ja muuta muistisairaitakin avustavaa teknologiaa (esimerkiksi ruokailuautomaatti). Pääasiallisesti potilas tai hänen omaisensa kustantavat ne. Lisäksi muistikoordinaattorit ja muistipoliklinikan henkilöstö suosittelevat ja esittelevät erinäisiä muistin tueksi tarkoitettuja välineitä ja teknologioita (muistilaput, kalenterit ym.), jotka potilas niin ikään kustantaa itse. Sosiaali- ja lähi-työn mukaan informaatioteknologian hankkiminen asiakkaille jää usein omaisten aktiivisuuden varaan ja riippuu paljon siitä, millainen asiakkaan taloudellinen tilanne on tai mikä on omaisten halukkuus osallistua teknologian hankkimisesta aiheutuviin kuluihin. Virtuaalihoitoa ollaan lisäämässä kotihoidossa ja osaa muistisairaista voidaan tukea hyvin virtuaalihoidon avulla, esimerkiksi seuraamalla lääkkeidenottoa. Käynnissä on jo Palmian virtuaalikotihoito, virtuaalikuntoutus sekä pilottina kotihoidon lääkärin ja hoitajan virtuaalikonsultaatio. Ovihälyttimet ja turvarannekkeet ovat arkipäivää. Laitoshoidossa käytetään orientaatiota eli toiminnan ohjaamista tukevia laitteita, paikantimia, erilaisia muistuttajia, turvallisuusteknologiaa, menu-mat -automaatteja ja elektroni-sia lääkeannostelijoita.⁷⁵

Helsingin Alzheimer -yhdistyksen mukaan muistisairaille on viime vuosina kehitelty varsin monenlaista teknologiaa, ja kaikki uusi teknologia, paikantimista alkaen, on muistisairaalle tai hänen läheistensä itse hankittava. Voitaisiin

⁷³ 3/2015; Teknisten apuvälineiden hyödyntäminen kotiin annettavissa vanhuspalveluissa

⁷⁴ Sairaala- kuntoutus- ja hoivapalvelut -osaston vastaus sähköpostikyselyyn 31.8.2015 ja 8.9.2015

⁷⁵ Sairaala- kuntoutus- ja hoivapalvelut -osaston vastaus sähköpostikyselyyn 31.8.2015 ja 8.9.2015



pohtia, että haluaisiko kaupunki lisätä apuvälinevalikoimaan myös uusia vaihtoehtoja.⁷⁶

Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomuksen mukaan yleensä kuntien ”apuvälineyksiköiden toiminta (...) näyttää vastaavan asiakkaiden tarpeisiin ja tukevan avohuollossa hoitamista lukuun ottamatta ikäänntyneitä muistisairaita”.⁷⁷

2.2.6 Muistisairaana ja omaisten tukeminen sairauden eri vaiheissa

Kansallisessa muistiohjelmassa suositellaan, että kunta on yhdessä kolmannen sektorin toimijoiden kanssa turvannut muistisairauteen sairastuneen ihmisen omaisten tuki hoito- ja palveluketjun eri vaiheissa: sairauden varmistuttua ensitieto, sopeutuminen tilanteeseen ja riittävä tieto kuntoutusmahdollisuuksista (julkinen terveydenhuolto, Kela). Sairauden edetessä on hyödynnettävä tutkimustietoa ja jo olemassa olevia hyviä käytäntöjä kustannusvaikuttavan tuen varmistamiseksi. Perheen tukena tulisi olla palvelujen kokonaisuutta koordinoiva työntekijä ja hänen tukena työparina toimiva lääkäri sekä omaishoitajille järjestetty tavoitteellinen vertaisryhmätoiminta.

Sopeutumis- ja valmennusryhmiä on lisätty

Terveysasemilla potilasta ja mahdollisesti omaista informoidaan vastaanotto-ikäntien yhteydessä. Kotihoidossa muistisairaana ja omaisen kanssa kartoitetaan palvelujen tarve kotikäynnillä sairaanhoitajan/terveydenhoitajan ja tarvittaessa sosiaalityöntekijän toimesta. Muistidiagnostiikkaa voidaan tehdä myös kotona kotihoidon geriatriin ja muistikoordinaattorin yhteistyönä. Kotihoidon muistikoordinaattorit tukevat tarvittaessa omaishoitoperheitä. Kotihoidon geriatri, tarvittaessa geriatrisen poliklinikan geriatri, toimivat muistikoordinaattoreiden tukena. Raskaimmat omaishoidettavat ovat oikeutettuja kotihoidon lääkärin hoitoon. Monipuolisissa palvelukeskuksissa järjestetään omaishoitajille vertaistukitoimintaa ja koulutusta. Päivätoiminta, lyhytaikaisjaksot, osavuorokausihoito sekä kotiaavustajapalvelu tukevat omaisen jaksamista. Monipuolisissa palvelukeskuksissa muistisairaiden avokuntoutusta ohjaavat erityistyöntekijät.⁷⁸

Geriatrisen poliklinikka järjestää ensitietotilaisuuksia säännöllisesti kaksi kertaa vuodessa ja lisäksi teemallisia ryhmätalaisuuksia noin kahdeksan vuosittain. Tämän lisäksi Helsingin Alzheimer -yhdistys ja palvelukeskukset järjestävät muistisairauksiin liittyviä tilaisuuksia. Pääkaupunkiseudun omaishoitoyhdistys Polli järjestää tilaisuuksia omaishoitajille. Sosiaali- ja terveysvirastossa on kehitetty muistisairaille ja heidän puolisoilleen omahoitovalmennusryhmät, joissa vasta diagnoosin saaneet henkilöt ohjataan puolisonsa kanssa valmennus-

⁷⁶ Helsingin Alzheimer -yhdistyksen vastaus 9.10.2015

⁷⁷ Teknisten apuvälineiden hyödyntäminen kotiin annettavissa vanhuspalveluissa 2015

⁷⁸ Sairaala- kuntoutus- ja hoivapalvelut -osaston vastaus sähköpostikyselyyn 31.8.2015 ja 8.9.2015



ryhmiin, jotka kokoontuvat palvelukeskuksissa viikoittain kahdeksan kertaa. Toiminta alkoi vuonna 2014 ja on vakiintumassa. Keväällä 2015 ryhmiä koostui kaikilla neljällä palvelualueella, syksyllä myös Kampissa ja Riistavuorella.⁷⁹ Omahoitovalmennusryhmiä oli vuositason viisi ja näihin osallistui 50 pariskuntaa. Tavoite on 80 pariskuntaa vuositason. Geriatrian poliklinikalla pidetään tärkeänä ja nähtiin positiivisena kokemus, että omaiset ovat mukana asiakkaan käydessä vastaanotolla. Yhteistyö Helsingin kaupungin ja järjestöjen kanssa on lisääntynyt viimeisen viiden vuoden aikana. Alzheimer -yhdistys uskoo vertaistuen olevan erittäin tärkeää.⁸⁰

Työntekijöitä ei ole aina tukena

Osaston vastauksen mukaan laitoshoidossa ei ole muistisairaana vastuuhoidaja-lääkäri työparia perheen tukena. Kotihoidon asiakkailla on vastuuhoidaja. Geriatrian poliklinikalla potilaalle määritellään vastuuhoidaja. Geriatrian poliklinikan mukaan tukeminen ei ole vielä riittävällä tasolla resurssien vähyyden vuoksi. Sosiaali- ja lähityön mukaan omahoitovalmennusryhmät ovat tehokasta ja tavoitteellista toimintaa. Lisäksi palvelualueilla on erilaista toimintaa omaishoitajille, kuten vapaamuotoista omaishoitajien kahvilatoimintaa ja muita ryhmiä. Lännessä on esimerkiksi miesten ryhmä, vertaistukiryhmä ja vertaistukiryhmä myös omaishoitajuuden päättäneille.⁸¹

Osaston vastauksessa laitoshoidon näkemys on, että ensitiedon jälkeen tiedon ja kuntoutuksen saanti on satunnaista ja riittämätöntä. Sosiaali- ja lähityön mukaan ihmisen kyky ottaa yhdellä kertaa vastaan tietoa on rajallinen. Muistisairaus-diagnoosi on usein sokki, sekä asiakkaalle itselleen että varsinkin omaiselle. Tästä syystä on tärkeää, että tietoa muistisairaudesta jaetaan eri vaiheissa, aluksi perustietoa ja vähitellen yksilöllisempää tietoa, kun sopeutuminen muistisairauteen pikkuhiljaa tapahtuu. Työntekijät tekevät työtä pitkälti omalla persoonallaan. Jotta toiminta olisi tasalaatuisempaa, saattaisi olla hyvä määritellä ”käypä suositus”, mitä tietoja missäkin vaiheessa annetaan muistisairaalle ja hänen omaisilleen. Muistihoitajien, muistivastuuhoidajien ja muistikoordinaattoreiden toimenkuvia olisi hyvä selkeyttää. Mikäli kotihoidon ja sosiaali- ja lähityön muistikoordinaattorit siirtyisivät geriatrian poliklinikan alaisuuteen, mahdollistaisi se myös paremman lääkäriyhteistyön ainakin muistikoordinaattoreille, jotka nykyisin toimivat sosiaali- ja lähityössä. Tällä hetkellä vain osa muistisairaista ohjautuu geriatrian poliklinikan jälkeen palvelualueilla toimiville muistikoordinaattoreille. Kaikille muistisairaille pitäisi nimetä yhdyshenkilö.⁸²

⁷⁹ Katsaus asiakasosallisuudesta ja palveluprosessien kehittämisestä v.2013–2015, Henkilöstö- ja kehittämispalvelut -osasto ja Kehittämisen ja toiminnan tuki -yksikkö 14.8.2015

⁸⁰ Tarkastuslautakunnan 2.jaoston käynti geriatrialla poliklinikalla 3.11.2015

⁸¹ Sairaala- kuntoutus- ja hoivapalvelut -osaston vastaus sähköpostikyselyyn 31.8.2015 ja 8.9.2015

⁸² Sairaala- kuntoutus- ja hoivapalvelut -osaston vastaus sähköpostikyselyyn 31.8.2015 ja 8.9.2015



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen ja
Jari J. Ritari

16.2.2016

Geriatrian poliklinikan ja laitoshoidon mukaan muistisairauden edetessä on hyödynnetty tutkimustietoa ja jo olemassa olevia hyviä käytäntöjä kustannus-vaikuttavan tuen varmistamiseksi, mutta asennemuutosta tarvitaan edelleen. Tutkimuksiin ja hoitoon tullaan edelleen liian myöhään. Voimavarat tulee tarkemmin kohdistaa tutkitun tiedon mukaisesti. Lääkkeettömiä hoitoja tulee lisätä. Tällaisia voivat olla liikunta, ravitseminen, sosiaaliset ryhmät ja tuet, erilaiset mobiilisovellutukset, pelit ja hoitokokoukset.⁸³

Helsingin Alzheimer -yhdistyksen mukaan yhteistyö Helsingin kaupungin kanssa on hyvää ja yhdistystä kuunnellaan. Ensietoa on hyvin saatavilla, ja esimerkiksi ikäihmisten päivätoiminnan koordinaattoritoiminta toimii. Muistikoordinaattoreita voisi olla enemmän. Suuri huolenaihe yhdistyksellä ovat yksinasuvat, yksinäiset muistisairaajat. Yhdistys toivoo enemmän yhteistyötä hoidon kanssa. Se tukisi muistisairaajan kokonaisvaltaista elämänhallintaa. Hoitovastuu on yhdistyksen näkemyksen mukaan pääsääntöisesti terveyskeskuksissa eli muistisairaita tukee terveyskeskuslääkäri ja -hoitaja. Paras mahdollinen työntekijäpari muistisairaajan hoidossa olisi geriatri-hoitaja-yhdistelmä.⁸⁴

Kotihoitoa tukeva päivätoiminta on hyvällä tasolla

Vanhusten palvelujen omaiskyselyssä 2012 suurin osa omaisista antoi eri vanhusten palveluille hyvän arvosanan. Kiitettävän kouluarvosanan antoi vanhainkotien ja palveluasumisen asukkaiden omaisista lähes puolet, samoin arviointi- ja kuntoutusyksiköiden omaisista. Kotona asuvan läheisen palvelut saivat hieman heikommat arvosanat.⁸⁵ Asiakkaiden tyytyväisyys päivätoimintaan 2010 – tutkimuksessa seurattiin asiakastyytyväisyyden lisäksi päivätoiminnassa käyvien muistisairaiden asiakkaiden elämänlaatua joko haastatelluin tai havainnoinnin keinoin. Päivätoiminnan tarkoituksena on tukea ensisijaisesti muistisairaiden vanhusten itsenäistä kotona selviytymistä, ylläpitää vanhuksen omatoimisuutta tai tuettua selviytymistä ja tukea omaisen tai omaishoitajan jaksamista. Haastatellut asiakkaat olivat pääsääntöisesti hyvin tyytyväisiä päivätoimintaan. Muistisairauksia sairastavien asiakkaiden elämänlaatuasteiden keskiarvoksi tuli 17,6 pistettä, mikä kertoo hyvästä elämänlaadusta. Päivätoiminnan tasoa voidaan tutkimuksen perusteella siis pitää hyvänä.⁸⁶

Helsingin Alzheimer -yhdistyksen mukaan liikkumisen vaikeuksiin olisi hyvä kiinnittää enemmän huomiota. Kuljetuspalveluiden myöntäminen on välillä varsin tiukkaa. Monella muistisairaalla on haasteita ympäristön hahmottamisen kanssa, ja turvallinen saapuminen ja poistuminen kuntouttavasta päivä-

⁸³ Sairaala- kuntoutus- ja hoivapalvelut -osaston vastaus sähköpostikyselyyn 31.8.2015 ja 8.9.2015

⁸⁴ Helsingin Alzheimer -yhdistyksen vastaus 9.10.2015

⁸⁵ Vanhusten palvelujen omaiskysely, 2012

⁸⁶ Asiakkaiden tyytyväisyys päivätoimintaan Helsingin kaupungin omissa ja ostopalveluyksiköissä 2010



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen ja
Jari J. Ritari

16.2.2016

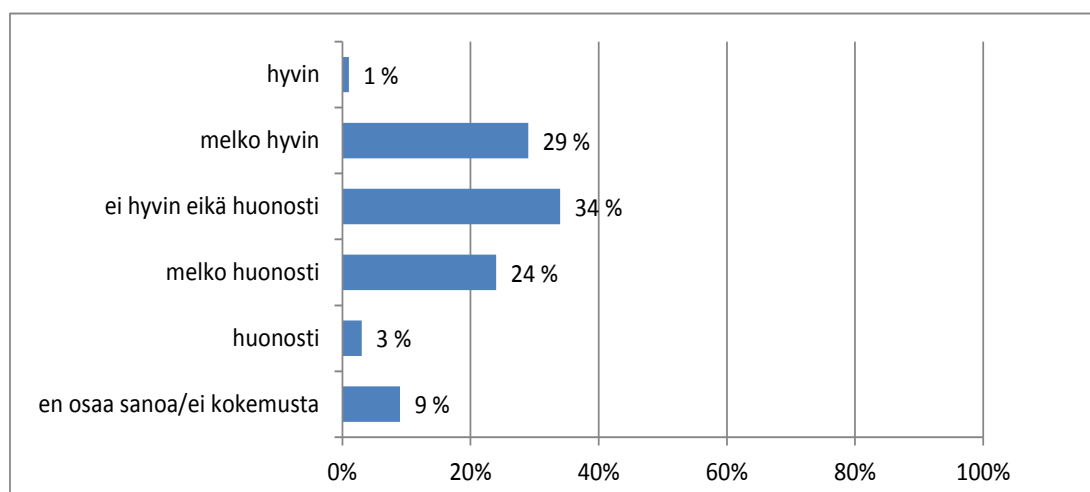
toiminnasta lisäisivät innokkuutta osallistua niihin. Henkilökohtaisista avustajista olisi myös monelle muistisairaalle paljon hyötyä.⁸⁷

Muistisairaat läheisineen tarvitsevat enemmän tukea

Työntekijäkyselyn mukaan muistisairaat ja heidän omaisensa saavat ensitiedon sairaudesta jokseenkin hyvin (3,47), joskin monipuolisissa vanhustenpalvelukeskuksissa työskentelevät arvioivat tämän vähän heikommaksi (3,27). Kaikista vastanneista 51 prosenttia näki, että muistisairaat ja heidän läheisensä saavat ensitiedon hyvin tai melko hyvin ja vain 13 prosenttia näki että huonosti tai melko huonosti.

Vaikka tietoa levitetään, vain pieni osa ihmisistä ehkä kuitenkin tavoitetaan, sillä kyseessä voi olla asenne: vain valistuneet uskaltavat ja hakevat enemmän tietoa varsinkin omaan muistisairauteen liittyen. Alzheimer -yhdistyksen viimeisessä muisti-illassa Kampissa oli 250 henkilöä, vertaistukiryhmissä on noin 20 henkilöä. Poliklinikan jaoston ensitietoilloissa käy noin 40–50 henkilöä, he ovat potilaita ja heidän omaisiaan. Alzheimer-yhdistyksen toiminnassa on mukana vain noin prosentti Helsingin muistisairaista.⁸⁸

Muistisairaiden ja heidän läheistensä tiedonsaanti sairauteen sopeutumisessa ja kuntoutuksessa on kohtalainen. Vastausten keskiarvo oli 3, mutta vaihteluväli oli työntekijäryhmittäin 2,83–3,67, jossa sairaaloiden ja kotihoidon lääkäreiden näkemys oli negatiivisin ja terveysasemien muistivastuuhoitajien näkemys positiivisin. Kaikista vastanneista melko hyvin tiedonsaannon näki toteutuvan kolmasosa, joskin kolmasosa vastasi ”ei hyvin eikä huonosti” ja 24 prosenttia näki tiedonsaannin olevan melko huonoa.



Kuvio 9. Mielestäni muistisairaat ja heidän läheisensä saavat sairauteen sopeutumiseen ja kuntoutukseen liittyvää tietoa ja tukea sairauden eri vaiheissa

⁸⁷ Helsingin Alzheimer -yhdistyksen vastaus 9.10.2015

⁸⁸ Tarkastuslautakunnan 2.jaoston käynti geriatriisella poliklinikalla 3.11.2015

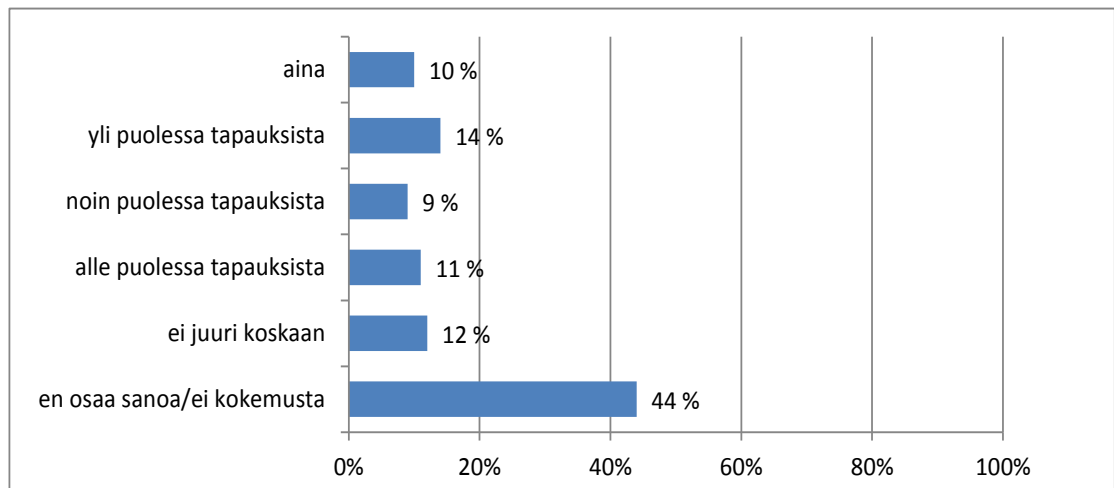


Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen ja
Jari J. Ritari

16.2.2016

Läheisten jaksamisesta huolehtiminen on tiedonsaantiakin heikommalla tasolla. Vastausten keskiarvo oli 2,61, heikoimmat arviot antoivat kotihoitotiimien terveyden- ja sairaanhoitajat ja terveysasemien muistivastuuhoitajat. Tiedon ja tuen saanti toteutuu vain 30 prosentin mielestä hyvin tai melko hyvin, 34 prosenttia vastasi ”ei hyvin eikä huonosti” ja 27 prosenttia vastasi huonosti tai melko huonosti (kuvio 9).

Muistisaira ja hänen perheensä tueksi ei ole välttämättä määritelty työntekijää tai apua antavaa yksikköä, joka koordinoi palveluja ja tiedottaa palveluista, tai asiaa ei tunnettu (kuvio 10). Vastausten keskiarvo oli 2,98, heikoimmaksi sen arvioi kotihoitotiimien terveyden- tai sairaanhoitajat (2,61) ja positiivisimmin sairaaloiden ja kotihoidon lääkärit (4,25). Vastanneista 24 prosenttia oli sitä mieltä, että työntekijä määritellään aina tai yli puolessa tapauksista, 23 prosentin mukaan alle puolessa tapauksista tai ei koskaan. Peräti 44 prosenttia vastasi, ettei osaa sanoa. Epätietoiset olivat pääasiassa kotihoitotiimeistä tai monipuolisista vanhusten palvelukeskuksista.



Kuvio 10. Muistisaira ja hänen perheensä tueksi määritellään työntekijä tai apua antava yksikkö, joka koordinoi palvelujen kokonaisuutta. Tästä myös tiedotetaan asiakkaalle ja hänen omaisilleen

2.3 Kokoavat havainnot ja kehittämistä vaativat asiat

2.3.1 Arvioinnin osakysymyksiin vastaaminen

Arvioinnin osakysymyksiin voidaan vastata seuraavalla tavalla:

1. Perusterveydenhuollon muistipoliklinikan palvelut tuotetaan niin, että käytettävissä on lääketieteen, hoito- ja sosiaalityön sekä kuntoutuksen asiantuntemusta, mutta psykologian asiantuntemusta puuttuu. Resursit ovat liian niukat suureen muistisairaiden määrään nähden.



2. Muistisairaahan ihmisen hoito- ja palveluketju on laadittu ja otettu käyttöön. Sitä myös arvioidaan ja pyritään päivittämään säännöllisesti. Eri toimijoiden vastuut on määritelty ja dokumentoitu. Hoitoketju on tuttu muistisairaiden palveluissa työskenteleville, erityisesti terveydenhuollon alalla. Myös muistikoordinaattoritoiminta ja päivätoiminta vanhusten palvelukeskuksissa palvelevat hyvin muistisairaita. Hoitoketjun voidaan sanoa turvaavan muistisairaahan hyvää hoitoa. Jonojen vuoksi hoitoketjua ei voi kuitenkaan sanoa täysin sujuvaksi. Diagnosoinnissa on puutteita. Kuntoutukseen on kiinnitetty huomiota, mutta sen ei voida sanoa toimivan kaikilta osin, mikä johtuu muun muassa erilaisista tavoista toimia ja ymmärtää kuntoutus. Muistisairaiden ihmisten muuttuviin tilanteisiin ja äkillisiin avuntarpeisiin ei ole varauduttu riittävän hyvin.
3. Muistisairaiden ihmisten ympärivuorokautinen hoito on järjestetty valtakunnallisten linjausten ohjaamana laitoshoidoa vähentäen. Vaikka palveluasumista on lisätty, asumisen ja yksilölliset palvelut sisältävien palveluvaihtoehtojen määrää esimerkiksi muistisairauden vaiheessa oleville ei ole juuri lisätty. Muistisairaiden asumiseen liittyy merkittäviä ongelmia: ympärivuorokautiseen hoitoon ei ole helppoa päästä eikä palveluasuminenkaan aina onnistu, mutta siitä huolimatta kotiin annettavat palvelut eivät riitä muistisairaahan kotona asumiseen. Vanhusten omaisten näkemys on, että paras hoitopaikka muistisairaalle vanhukselle on kodin sijasta ympärivuorokautinen hoito (dementiakoti).
4. Ympärivuorokautista hoitoa ja hoivaa hankittaessa muistisairaahan ihmisen oikeudet pyritään varmistamaan siten, että päätös muistisairaahan ympärivuorokautisesta hoidosta edellyttää moniammatillisen työryhmän arviota. Muistisairasta ja hänen omaistaan kuullaan ennen prosessin käynnistämistä, mutta omaisten ottaminen palvelun suunnitteluun ei omaisten mukaan toteudu. Palveluntuottajien riittävä osaaminen muistisairaiden ihmisten hoidosta pyritään varmistamaan.
5. Perusapuvälinepalveluja on hyvin saatavilla niin muistisairaille kuin muillekin vanhuksille. Erityisesti muistisairaille suunnattu teknologia on pääasiassa omakustanteista. Kotihoito järjestää palveluita, mutta muutoin ne ovat asiakkaiden tai omaisten oman aktiivisuuden varassa. Kotihoidossa lisätään virtuaalihoitoa ja laitoshoidossa käytetään muun muassa orientaatiota tukevia laitteita.
6. Helsinki toteuttaa yhdessä kolmannen sektorin toimijoiden kanssa muistisairauteen sairastuneen ihmisen omaisten tukea hoito- ja palveluketjun eri vaiheissa (ensitieto, sopeutuminen, tieto kuntoutusmahdollisuuksista). Vaikka yhteistyö paikallisten yhdistysten kanssa on hyvää, palveluja ei kuitenkaan voida sanoa olevan riittävästi, vaikka toimintaa on lisätty. Ensitieto sairastumisesta annetaan hyvin, mutta tämän jälkeen tiedon ja kuntoutuksen saanti on riittämätöntä eivätkä muistisai-



raat läheisineen saa riittävästi tukea. Muistisairaiden hoidossa tutkimustietoa ja hyviä käytäntöjä sovelletaan paikoin, mutta siinäkin on kehittämistä. Koska muistisairauksien diagnosointi myöhästyy, luvussa 2.1.1. kuvatun käypä hoito-suosituksen mukainen hoitokaan ei välttämättä toimi.

2.3.2 Kehittämistä vaativat asiat

Työntekijäkyselyn avovastauksissa oli runsaasti ehdotuksia toiminnan kehittämiseksi. Kehittämisesitykset on koottu tähän.

Hoitoketjua on kehitettävä edelleen

Yhteistyötä ja tiedotusta hoitoketjun työnjaosta tarvitaan lisää. Hoitoketjukuvausta pidettiin melko selkeänä työntekijöille, mutta siitä kaivattiin asiakkaille ja omaisille soveltuvaa versiota. Hoitoketjussa tulisi myös näkyä selkeämmin monipuoliset vanhustenpalvelukeskukset, joihin suurin osa muistisairaiden päivätoiminnasta, muistineuvolatoiminnasta ja palveluasumisesta keskittyy. Kotihoidon lääkäritoiminnan katsottiin puuttuvan prosessikuvauksesta. Yksinkertaistusta, selkeyttä, yhteystietoja ja tietojen ajantasaisuutta toivottiin lisää. Ongelmakohta on myös yksityislääkäreiden rooli, sillä tieto ei välttämättä kulje yksityiseltä julkiselle ja päinvastoin. Hoitoketjukuvaus sai myös paljon kiitosta avovastauksissa.

Diagnosointia on pyrittävä aikaistamaan

Muistisairaiden hakeutuminen hoitoon voisi toteutua paremmin, mikäli pystytäisiin lisäämään yleistä tietämystä asiasta ja tarjoamaan matalan kynnyksen palveluita.⁸⁹

Avovastauksissa mainittiin diagnosoinnin parantuneen viime vuosina. Asiakkaiden itse ilmaisemat kokemukset muistiongelmistä tulisi aina selvittää. Jos asiakkaalla on omaisia, riittävän varhaiseen diagnosoimiseen on mahdollisuus. Muistisairaiden varhainen diagnosointi voi myös toteutua, mikäli asiakas on kotihoidon piirissä, jossa hänelle tehdään riittävän usein muistitesti ja ohjataan saamaan diagnoosi tarvittaessa. Muutoin diagnoosin teko voi tapahtua liian myöhään vasta kun tilanne kriisiytyy (esimerkiksi päivystys, sosiaalipäivystys, poliisi). Erityisesti yksinäiset, mielenterveysongelmaiset ja päihdeongelmaiset ovat riskiryhmässä päätyä liian myöhäiseen diagnosointiin, samoin nuoret muistiongelmaiset.

Varhaista diagnosointia voitaisiin vastausten mukaan parantaa muun muassa lisäämällä säännönmukaista muistitestausta terveysasemilla 75 vuotta täyttäneille asiakkaille osana muuta työtä. Hoitoketjusta kaivattiin enemmän selko-

⁸⁹ Tarkastuslautakunnan 2. jaoston käynti geriatrian poliklinikalla 3.11.2015



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen ja
Jari J. Ritari

16.2.2016

kielistä versiota erityisesti asiakkaita varten, mikä voisi auttaa iäkkäitä ja heidän omaisiaan hakeutumaan hoidon ja palvelujen piiriin. Vastausten mukaan muistisairaiden tutkimukset olisi aloitettava aina, mikäli muistitestin tulokset osoittavat muistin heikentymistä. Odotusaikaa muistipoliklinikalle pidettiin aivan liian pitkänä. Arvioinnin perusteella voidaan todeta, että muistipoliklinikan resurssit ovat niukat kasvavaan asiakasmäärään nähden.

Yhteistyön ja tiedonkulun lisääminen

Muistisairaiden diagnosointia ja hoitoon pääsyä tulee parantaa muistipoliklinikan, terveysasemien, sairaaloiden ja kotihoidon yhteistyönä siten, että huolimatta siitä, missä asiakas on hoidossa, hän saa diagnoosin ja hoidon riittävän ajoissa. Tällä hetkellä asiakkaita siirrellään helposti muiden tahojen vastuulle. Hoitotahoja on liian paljon ja jonotilanteesta riippuen asiakas saattaa olla väärässä paikassa. Muistisairaiden diagnosointia ja lähetekäytäntöä tulisi vastausten mukaan yhtenäistää.

Terveysasemille kaivattiin enemmän osaamista muistisairauksista (herkkyttä muistitestien tekemiseen) sekä työnjaon selkiyttämistä terveysasemien sisällä. Virasto jalkauttaakin vuoden 2016 aikana geriatrikonsultteja terveysasemille⁹⁰. Muistikoordinaattoreiden asiantuntemusta tulisi hyödyntää enemmän, mutta asiakkuuksia selkiyttää kotihoidon ja sosiaali- ja lähityön välillä. Muistikoordinaattoreiden työ on tärkeä hoitoketjussa. Heidän työtään tulisi kehittää seurantaan, ohjaamiseen ja tukemiseen, sillä tällä hetkellä työ ei kohdistu oikein⁹¹. Yhteistyötä päivätoiminnan kanssa on myös lisättävä avovastausten mukaan. Sosiaalityön osaamista kaivattiin hoitotyön rinnalle

Potilas- ja asiakastietojärjestelmiä ehdotettiin kehitettäväksi siten, että muistipotilaan muistiin liittyvä seuranta voisi olla omassa osiossaan, josta kaikki yhteistyökumppanit voisivat sen tarkistaa. Käytännössä siis tietojärjestelmiä tulee yhtenäistää.

Kuntoutuksen kehittäminen

Useassa avovastauksessa mainittiin, että kuntoutusta ei juuri ole tai se ei toimi kuin aivan alkuvaiheessa. Yksi syy tähän on se, että muistisairaahan varhainen diagnosointi ei toteudu ja hoito on pirstaloitunut eri tahoille. Näkemykset kuntoutuksesta myös vaihtelivat: osa koki sen lääkityksenä ja terapiapalveluina, osa näki sen päivittäisenä, arkisena tukena.

Kotihoito saa hankittua asiakkaille apuvälineitä ja tekee liikkumissopimuksia, mutta resurssit eivät riitä arkikuntoutumiseen, vaan tarvittaisiin vapaaehtoista apua arjessa, ulkoiluttajia ja seuranpitäjiä. Terveysasemaseurannassa olevan asiakkaan kuntoutus nähtiin sattumanvaraisena. Pitkät jonotusajat esimerkiksi

⁹⁰ Tarkastuslautakunnan 2. jaoston käynti geriatrian poliklinikalla 3.11.2015

⁹¹ Tarkastuslautakunnan 2. jaoston käynti geriatrian poliklinikalla 3.11.2015



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen ja
Jari J. Ritari

16.2.2016

muistipoliklinikalle ja palveluasumiseen voivat pahentaa asiakkaan kuntoa ja tilannetta. Koettiin myös, että ruotsinkielisen kuntoutuksen saanti on hankalaa.

Positiiviset arviot kuntoutuksesta tulivat monipuolisten vanhustenpalvelukeskusten päivätoiminnasta ja ryhmäkodeista. Kuntoutusta korostava ajattelutapa ja osaaminen ovat kasvaneet. Päivätoiminnan ongelma on se, että asiakkaiden pääsy tai halu mennä vanhusten palvelukeskuksiin tuottaa vaikeuksia ja kerran viikossa tapahtuva toiminta on liian harvoin. Myös lyhytaikaisjaksoja on liian vähän tarjolla.

Muistisairaiden kuntoutukseen ehdotettiin perustettavaksi alueellisia moniammatillisia työryhmiä. Lisäksi ehdotettiin perustettavaksi kaupungin omia muistineuvoloita.

Muuttuviin tilanteisiin varautumiseen joustoa

Muuttuviin tilanteisiin varautumisesta avovastauksissa todettiin, että hoitoketjussa tämä ei juuri näy. Esimerkiksi kotihoidon mitoitus on sen verran tiukka, ettei se tue joustavuutta. Kotihoidossa tarvittaisiin resurssi äkillisesti muuttuvia tilanteita varten sekä nopea mahdollisuus konsultoida lääkäriä. Usean avovastauksen mukaan myös kriisipaikkoja tarvitaan lisää. Koska kotihoidossa olevien tarpeet voivat muuttua piankin, akuuttipaikkojen lisäksi tarvittaisiin helpotusta ympärivuorokautiseen hoitoon pääsyyn, sillä lisääntynyttä avuntarvetta voi olla muutoin mahdotonta järjestää.

Kysymykseen siitä, mitä kehitettävää ensitiedon, tuen antamisessa tai läheisten jaksamisesta huolehtimisessa on, vastattiin pääosin, että alkuvaiheessa tietoa saa, mutta tämän jälkeen asiakas omaisineen voi jäädä tyhjän päälle. Sairausten eteneminen tuo tullessaan aina uusia oireita. Omaishoitajien ja läheisten uupuminen tuotiin esille erittäin monissa vastauksissa. Muistisairaiden ja heidän omaistensa käyttöön olisi saatava tukihenkilö ja yksi puhelinnumero, josta he saavat neuvoa ja apua. Vertaisryhmistä on hyviä kokemuksia. Omaisten jaksamista voidaan helpottaa lyhytaikais- ja kriisipaikkojen lisäämisellä sekä nopeuttamalla arviointiprosessia.

Kotihoito riittää vain sairauden alkuvaiheessa

Kysymykseen siitä, missä palveluissa olisi kehitettävää, usea vastasi, että ”kaikkien”. Runsaasti mainintoja saivat kotihoidon resurssit ja kotiin vietävät muut palvelut. Lisäksi kaivattiin lisää lyhytaikaisjaksoja ja vaihtoehtoisia asuismuotoja kodin ja ympärivuorokautisen laitoshoidon välillä. Yhteistyö ja tiedonkulun lisääminen eri tahojen välille sai myös mainintoja.

Avovastauksissa korostui voimakkaasti kotihoidon työajan ja palvelujen riittämättömyys muistisairaiden hoitoon kotona. Kotona annettava palvelu voi on-



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen ja
Jari J. Ritari

16.2.2016

nistua, mikäli muistisairaus on vasta alkuvaiheessa. Koska resurssien lisääminen voi olla vaikeaa, olisi lisättävä yhteistyötä muiden tahojen tarjoamien palvelujen ja aktiviteettien kanssa. Saattaja- ja kuljetuspalvelut nähtiin tärkeänä ja muita palveluita ja vapaaehtoistyötä tulisi voida hyödyntää (arjessa selviytyminen, peseytyminen, ulkoilutus, ravitsemus, seurustelu, asiointi, muu toiminnanohjaus). Muistisairaana palvelut tulisi voida räätälöidä sen sijasta, että tarjotaan joko perushoitoa tai ohjataan tukipalveluihin. Muistisairaana hoitajan tulisi pysyä samana.

Muiden sairauksien hoito onnistuu lääkärin seurannassa

Muiden sairauksien hoidon osalta avovastauksissa todettiin, että sen jälkeen, kun muistisairaille on osoitettu ryhmäkotipaikka, hoito on laadukasta ja hyvää. Myös kotihoidossa muiden sairauksien hoito toteutuu suhteellisen hyvin, mutta henkilöllä, joka ei ole säännöllisesti jonkun lääkärin seurannassa, oireet voivat jäädä tunnistamatta ja sairaus hoitamatta. Ongelmia mainittiin olevan erityisesti psykiatristen sairauksien ja kivun hoidossa.

Apuvälineitä käyttöön riittävän ajoissa

Useassa avovastauksessa todettiin, että perusapuvälineitä on hyvin saatavilla, mutta ne tulisi vastausten mukaan saada suoraan kotiin ja asennettuna paikalleen, mikäli asiakkaalla ei ole läheistä, joka voi hakea ne apuvälineinä. Turvallisuuteen liittyvä teknologia on usein kallista eikä kaikilla työntekijöilläkään ole tietoa siitä, mitä kaikkea on mahdollista ehdottaa otettavaksi käyttöön. Apuvälineet tulisi ottaa käyttöön riittävän varhain, jotta asiakas oppii käyttämään niitä. Suurimmassa osassa vastauksista todettiin, että tämänhetkinen muistisairaiden sukupolvi ei halua eikä opi käyttämään uutta teknologiaa eikä virtuaalihoito sovi muistisairaalle.

Asumisvaihtoehtoja ja ympärivuorokautista hoitoa lisättävä

Avovastauksissa todettiin, että "Kotihoito harvoin riittää tukipalveluineen takaamaan turvallisen ja inhimillisen kotona olemisen siinä vaiheessa kun sairaus on jo jonkin verran edennyt." Kun muistisairaus on jo keskivaikeassa vaiheessa eikä asiakas pärjää kotona, tulisi olla tarjolla erilaisia vaihtoehtoja, kuten tuettua asumista, ryhmäkoteja ja pienryhmäkoteja. Ryhmäasumisessa myös turvallisuuden tunne paranee ja yksinäisyys vähenee, mikä voi parantaa toimintakykyä. Nähtiin, että yksityinen tarjonta voi olla joskus asiakkaille liian kallista, jolloin kaupungin palveluihin pääsyä tulisi helpottaa. Myös perhehoitoa ja edullisia vuokrasenioritaloja kaivattiin. Eri asumispalvelujen lisääminen hidastaa ympärivuorokautisen laitoshoidon tarvetta.

Jopa 95 avovastauksessa eli lähes kaikissa todettiin, että ympärivuorokautisen hoidon saantia tulee parantaa ja paikkoja lisätä. Arviointiprosessit tulee



aloittaa aikaisemmin ja prosessia tulee nopeuttaa ja joustavoittaa, jotta asiakas ei joudu odottamaan väärässä paikassa jopa puolta vuotta. Tällä hetkellä terveysaseman päivystyksestä voidaan joutua ohjaamaan potilas sairaalaan, vaikka hänellä ei olisi sairaanhoidollista tarvetta. Vastaajat näkivät, että kriteerit laitospaikan saamiseen ovat liian tiukat muistisairaille. Nykyisten kriteerien lisäksi huomioon tulisi ottaa asiakkaan omat toiveet, sekavuus, pelkotilat ja ahdistus yksinolosta, sillä tällaisten asiakkaiden tilanne on usein parantunut lyhy aikaishoitojaksolla, mikä tukee ympärivuorokautiseen hoitoon pääsyn tärkeyttä. Kotihoidossa koetaan, ettei heidän eikä omaisten näkemys kotona selviytymisestä vaikuta riittävästi siihen, että asiakas saisi hoitopaikan. Toisaalta todettiin, että omaisten moninaisia toiveita ei ole mahdollista ottaa huomioon.

Palvelueroja on alueittain ja iän suhteen

Kysymykseen siitä, eroavatko kaupungin eri alueet muistisairaiden palvelujen suhteen, suurimmassa osassa avovastauksissa todettiin, ettei osata sanoa. Joitakin yksittäisiä vastauksia oli, joissa mainittiin lähetekäytännön epäyhtenäisyys (tarve keskittämiseksi). Eroja on myös siinä, miten kotihoito ja terveysasemat (jonot, huono lääkäritilanne erityisesti idässä) käytännössä toimivat. Kaikilta alueilta ei sanottu pääsevän arviointi- ja kuntoutusyksiköihin samalla tavalla. Asiakkaan oma varallisuus vaikuttaa palvelun saantiin (turvallisuustekniikka, palveluasuminen). Pienemmillä alueilla on mahdollista saada tukipalveluja helpommin kuin laajemmilla (etelä).

Kysymykseen siitä, onko muistisairaalla iällä vaikutusta hoidon ja palvelujen saantiin, suurin osa vastasi lyhyesti, ettei tiedä, "on" tai "ei". Vastausten mukaan vaikuttaisi siltä, että nuoria muistisairaita tutkitaan ja hoidetaan herkemmin kuin iäkkäitä, mutta muistisairaille suunnatut palvelut on tarkoitettu lähinnä ikääntyneille.

3 JOHTOPÄÄTÖKSET

Arvioinnin pääkysymykseen voidaan vastata, että kaupunki on kansallisen muistiohjelman 2012–2020 suositusten mukaisesti pyrkinyt aktiivisesti turvaamaan muistisairaalle ihmiselle ja hänen läheiselleen toimivan ja koordinoitun tuen, hoidon ja palvelujen kokonaisuuden oireiden tunnistamisesta aina tukeen ja hoitoon kuoleman lähestyessä, mutta tulosten perusteella kokonaisuus ei välttämättä turvaa hyvän hoidon toteutumista.

Muistisairaallaan potilaan hoitoketju toimii kaupunkitasolla ja muistisairaiden palveluista vastaavien apuvälineenä. Sen yhtenä keskeisenä ongelmana on kuitenkin se, että muistisairaudet diagnosoidaan liian myöhäisessä vaiheessa, jolloin ensitieto, tukeminen, hoito ja kuntoutus eivät toteudu käypä hoitosuosituksen mukaisesti. Koska ensitieto on yleensä järkytys, muistisairasta ja hänen omaisiaan tukemaan sekä palveluja ja hoitoa koordinoimaan tulisi tar-



jota vastuutyöntekijä tai -yksikkö. Hoitoketjusta tulisi laatia yksinkertainen asiakasversio ja asiakkaita varten yksi yhteystietonumero, josta he voivat tarvittaessa kysyä neuvoa ja pyytää apua. Tämä voisi helpottaa myös hoitoon hakeutumista jo varhaisessa vaiheessa.

Myöskään kuntoutuksen ei voida sanoa toteutuvan hyvin hoitoketjussa. Muistisairaat tarvitsevat pitkäjänteistä toistuvaa tavoitteellista arkikuntoutusta, joka on laaja-alaisempaa kuin esimerkiksi pelkkään lääkitykseen, liikuntaan ja terapioihin keskittyvä toiminta. Muistisairaahan kuntoutus edellyttää sisällöllistä kehittämistä ja selkiyttämistä eri palvelujen välillä. Tämä edellyttää ammattialat ylittävää keskustelua hoitoketjussa.

Kaupunki on toteuttanut palvelurakennemuutosta vähentämällä laitoshoidoa ja lisäämällä palveluasumista. Tätä ei ole kuitenkaan onnistuttu toteuttamaan muistisairaita tukevalla tavalla. Muistisairaat tarvitsevat muita ryhmiä enemmän asumisen vaihtoehtoja ja ympärivuorokautista hoitoa sairautensa eri vaiheissa. Muistisairaille suunnattua palveluasumista ja tehostettua palveluasumista esimerkiksi dementia kotien muodossa eri ole riittävästi. Lievissä muistiongelmissa asiakas voi asua kotona, mikäli hänen, omaisten ja kotihoidon tukena on muistisairasta ja hänen turvallisuuttaan tukevaa teknologiaa, jota osataan käyttää. Mikään näistä asumismuodoista ei kuitenkaan näytä tällä hetkellä olevan riittävä turvaamaan nimenomaan muistisairaahan hoitoa.

4 TOIMENPIDE-ESITYS JA LISÄTIEDOT

Tarkastuslautakunnan 2. jaosto hyväksyy muistion ja esittää, että aiheesta laaditaan arviointikertomuksen tekstiluonnos.

Arviointia koskevia lisätietoja antavat kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen, p. 310 36606 ja Jari J. Ritari, p. 310 36542.

Liisa Kähkönen

Jari J. Ritari

JAKELU Tarkastuslautakunnan 2. jaosto

LÄHTEET

Haastattelut ja arviointikäynnit:



Sosiaali- ja terveystieteiden sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelujen osastopäällikkö Juha Jolkkonen ja geriatrisen poliklinikan va. ylilääkäri Marja-Liisa Laakkonen 13.5.2015

Tarkastuslautakunnan 2.jaoston käynti geriatrisella poliklinikalla 3.11.2015

Sähköpostitiedustelut:

Sosiaali- ja terveystieteiden sairaala- kuntoutus- ja hoivapalveluosasto, muistisairaiden palveluista vastaavat henkilöt eri palveluissa 31.8.2015.

Helsingin Alzheimer -yhdistys 9.10.2015

Sähköinen kysely:

Sosiaali- ja terveystieteiden sairaala, eräät muistisairaiden palveluista vastaavat työntekijäryhmät 14.9.2015

Muut lähteet:

Asiakkaiden tyytyväisyys päivätoimintaan Helsingin kaupungin omissa ja os-
topalveluyksiköissä 2010. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia
2012:1

Finne-Soveri, H. & Nurme, P., 2007, Tehostetun palveluasumisen asukasvali-
ta ja palveluohjauksen kriteeriedotus Porvoossa.). Stakes työpapereita
28/2007. Helsinki

Kansallinen muistiohjelma 2012–2020

Kuuden suurimman kaupungin vanhusten sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen ja
kustannusten vertailu vuonna 2014. Kuusikko-työryhmä 7/2015.

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi.
Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisu 2013:11

Lehmuskoski, A. & Kuusisto-Niemi, S., 2007, Sosiaalialan sanasto asiakas-
toimintajärjestelmää varten. terveystieteiden ja -talouden laitos. Kuopion yliopisto.

Muistisairauksien käypä hoito -suositus elokuu 2010

Päihde-, mielenterveysongelmaisten ja aikuisiän diabeetikkojen hoitoon pääsy
sekä ikääntyvien pääsy kotihoitoon. Tarkastusviraston arviointimui-
stio 16.12.2014

Stadin ikäohjelma 2015–2016



Teknisten apuvälineiden hyödyntäminen kotiin annettavissa vanhushpalveluis-
sa. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus 3/2015

Vanhenemiseen varautuva kaupunki 2012

Vanhusten palvelujen omaiskysely. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tut-
kimuksia 2012:2

Vanhushpalvelulain mukainen suunnitelma ikääntyneen väestön toimintakyvyn
tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista, Kh 24.8.2015.

Uronen, R., 2011, Omaisten käsitykset yhteistyön rakentumisesta ja tuen tar-
peesta dementiakodeissa. Sosiaalityön pro gradu -tutkielma. Tampereen yli-
opisto.

LIITTEET

Liite 1. Arvioinnin toteuttamissuunnitelma

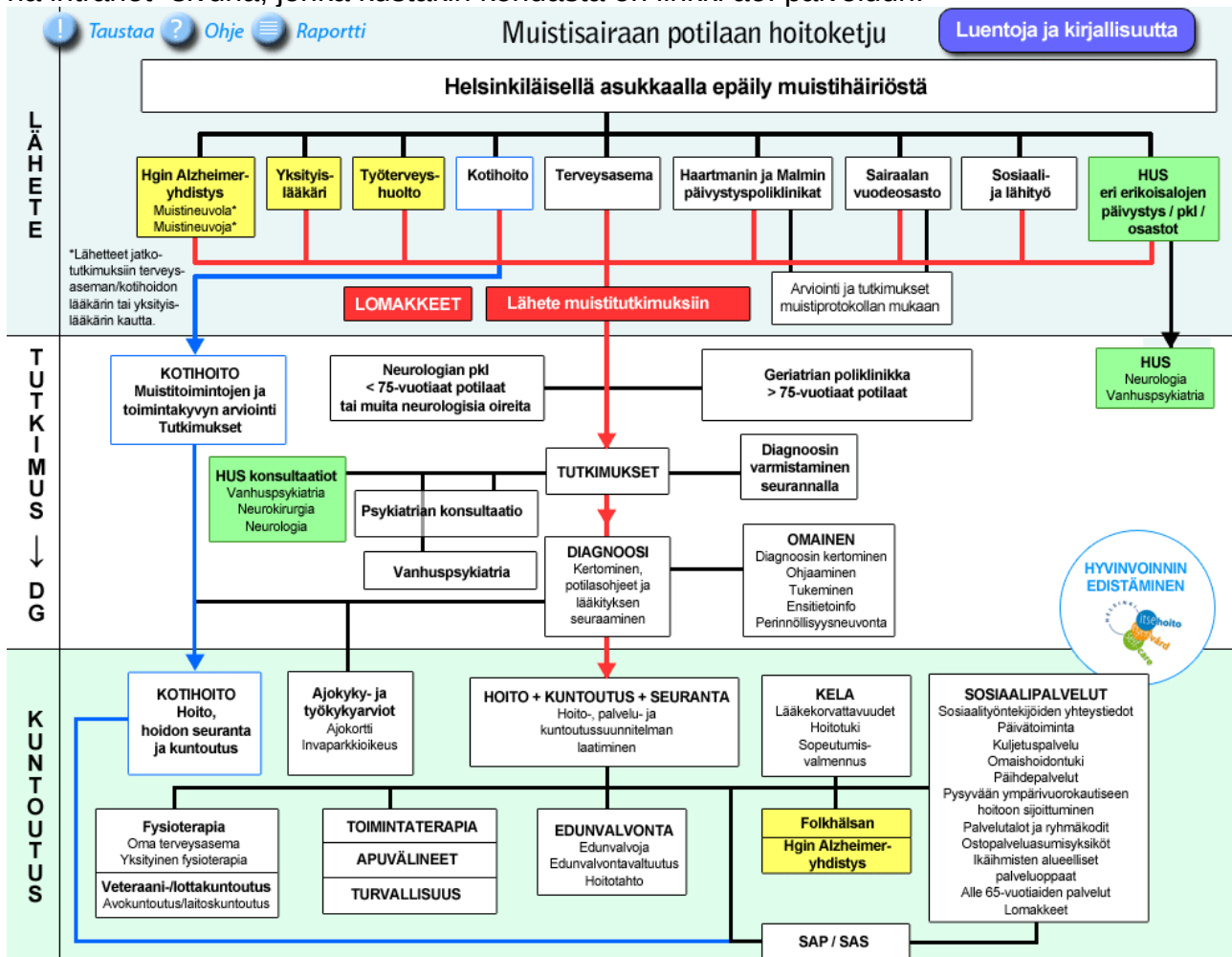
Arviointiaihe		
Muistisairaiden määrän kasvuun varautuminen palvelujen järjestämisessä		
Suunnitelman laatija		Pvm
Liisa Kähkönen		21.5.2015
Päätös arvioinnista		
Tarkastuslautakunta 6.5.2015		
Arvioinnin ohjausryhmä		
2. jaosto		
Aloittamisaika	Valmistumisaika	Vastaava valmistelija, muut valmistelijat
kesäkuu 2015	tammikuu 2016	Liisa Kähkönen, Jari Ritari
Arviointiaiheen tausta		
Tärkein vanhenemiseen liittyvä toiminnanvajausta aiheuttava sairausryhmä on muistisai- raudet. Muistisairauksilla tarkoitetaan yleensä eteneviä sairauksia, jotka tavalla tai toisella rapauttavat aivojen älyllistä toimintakykyä. Tutkimukset eri puolilla maailmaa ovat osoitta- neet muistisairauksien olevan tärkein laitoshoidon johtava syy. Yhteistä muistisairauksille on niiden pitkäkestoisuus, etenevä toiminnanvajauksen kautta kuolemaan johtava sairau- den kulku ja suuri palveluiden tarve sairauden loppuvaiheessa. Toinen eri muistisairauk- sille yhteinen tekijä on pitkään kestävä ajanjakso, jolloin täysin itsenäinen tai vain vähäistä tukea edellyttävä arkielämä on mahdollista ja voi jatkua pitkäänkin, jos olosuhteet ovat op- timaaliset (Vanhenemiseen varautuva kaupunki 2012). Helsingin strategiaohjelmassa 2013–2016 tavoitteena on, että ”Ikääntynyt ja alle 65- vuotias toimintakyvyltään alentunut asukas saa tarvitsemansa hoidon, kuntoutuksen ja palvelut viiveettä oikeassa paikassa”. Tämän toimenpiteenä mainitaan, että kasvava muis- tisairaiden määrä palvelujen järjestämisessä otetaan huomioon. Sosiaali- ja terveystalv- aston strategiassa ”Iäkkäiden ja alle 65-vuotiaiden toimintakyvyltään alentuneiden kotiin an- nettavat ja kotona asumista tukevat palvelut lisääntyvät ja laitoshoido vähenee”. Tämän toimenpiteenä mainitaan, että ”kehitetään toimintamalleja muistisairaiden kotona asuvien		



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen ja
Jari J. Ritari

henkilöiden hoitamiseksi ja heidän omaistensa tai läheistensä tukemiseksi, erityisesti työikäiset muistisairaat huomioiden”.

Helsingissä toimii kaksi erikoislääkärivetoista muistipoliklinikkaa osana kuntoutuksen osaamiskeskusta: neurologinen poliklinikka palvelee alle 75-vuotiaita ja geriatrinen poliklinikka sitä vanhempia. Muistisairaahan hoidon prosessin omistajuus on kuitenkin osoitettu terveysasemille, jossa voidaan tehdä perustutkimukset sekä muistitutkimus. Lisäksi kaupungilla toimii 12 muistikoordinaattoria ja terveysasemien yhteydessä sairaanhoitajia, joilla on vastuualueenaan muun muassa muistisairaudet. Sosiaali- ja terveystoimessa on laadittu vuonna 2009 muistisairaahan potilaan hoitoketju, joka toimii tällä hetkellä viraston sisäisenä intranet -sivuna, jonka kustakin kohdasta on linkki ao. palveluun:



Helsingin muistiketjutyöryhmä perustettiin vuonna 2009. Tällä hetkellä työryhmään kuuluu jäseniä eri virastoista ja se vastaa sekä muistisairaahan potilaan hoitoketjun päivittämisestä että Stadin ikäohjelman 2015–2016 toimeenpanosta. Kuntalaisia palvelevat kaupungin it-sehoitosivustot, jossa on muun muassa kuvattu muistihäiriöpotilaan hoitoketju <http://www.hel.fi/hki/terke/fi/Itsehoito/Muisti>.

Asiakas- ja työntekijänäkökulma



Sosiaali- ja terveystieteiden virasto on toteuttanut vuonna 2012 laajan kyselyn vanhusten palvelujen asiakkaiden omaisille. Vuonna 2013 on toteutettu kysely vanhusten palveluista omaishoitajille. Lisäksi voidaan käyttää säännöllisen kotihoidon asiakaskyselyä 2012. Asiakkaiden tyytyväisyyttä päivätoimintaan on tutkittu 2010. Asiakkaiden tyytyväisyys hoitoon Helsingin vanhainkodeissa ja palvelutaloissa on tutkittu vuonna 2009. Erityisesti muistisairaiden ja heidän omaistensa näkemyksiä Helsingin palvelusta ei saada esiin, sillä kyselyt on tehty vanhuspalveluista yleensä. Myöskään Valtakunnalliseen Muistiliittoon kuuluva Helsingin Alzheimer-yhdistys ei ole toteuttanut asiakaskyselyjä muistisairaille tai heidän omaisilleen. Mikäli palvelutalot tai vanhustenpalvelukeskukset laativat omia asiakaskyselyitään, näitä voidaan hyödyntää.

Taloudellinen näkökulma

Suurin osa muistisairaisiin liittyvistä kustannuksista aiheutuu ympärivuorokautisen hoidon ja huolenpidon tarpeesta, sillä noin 80 prosentilla ympärivuorokautisessa hoidossa olevista ihmisistä on muistioireita tai diagnosoitu muistisairaus. Vuonna 2010 ympärivuorokautisen hoidon keskimääräiset kustannukset henkilöä kohti olivat 46 000 euroa vuodessa. Kotihoidon vastaavat kustannukset olivat keskimäärin 19 000 euroa. Suomalaisessa vaikuttavuustutkimuksessa muistisairaana ihmisen ja hänen omaistensa käyttämien sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset olivat vuodessa 23 600 euroa (vertailuryhmä). Sen ryhmän, jolle palvelut räätälöitiin yksilölliset tarpeet monipuolisesti arvioiden ja jonka käytössä oli palvelukokonaisuutta koordinoiva yhteyshenkilö, sosiaali- ja terveydenhuollon vastaavat kustannukset olivat 15 600 euroa. Kotihoidon kehittäminen osoittautui kustannusvaikuttavaksi, tuki elämänlaatua ja viivästytti ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymistä. (Kansallinen muistiohjelma 2012–2020).

Aiheeseen liittyvien suositusten jälkiseuranta

Tarkastuslautakunta suositteli vuoden 2012 arviointikertomuksessa, että sosiaali- ja terveyslautakunnan tulee taata, että (HUS:n erikoissairaanhoidosta siirryttäessä) ympärivuorokautista neurologisten asiakkaiden jatkohoitoa on saatavilla tarvetta vastaavasti. Vuonna 2014 suositusten vaikuttavuuden arvioinnissa todettiin, että suosituksen mukaisesti toimenpiteisiin on ryhdytty siirtämällä neurologiset potilaat HUS:sta viimeistään siirtoilmoitusta seuraavana 2. päivänä ja keskittämällä heidän kuntoutuksensa kahdelle neurologiselle kuntoutusosastolle. Sitä ei kuitenkaan pystytty osoittamaan, onko palvelua tarjolla tarvetta vastaavasti.

Arvioinnin tavoitteet

Arvioinnin pääkysymys on turvaako kaupunki muistisairaalle ihmiselle ja hänen läheiselleen toimivan ja koordinoitun tuen, hoidon ja palvelujen kokonaisuuden kansallisen muistiohjelman 2012–2020 suositusten mukaisesti?

Kysymys kattaa palvelut oireiden tunnistamisesta aina tukeen ja hoitoon kuoleman läheisyydessä.

Suosituksista johdetut arvioinnin osakysymykset ovat:

7. Tuotetaanko alueelliset perusterveydenhuollon muistipoliklinikan palvelut niin, että



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen ja
Jari J. Ritari

16.2.2016

käytettävissä on lääketieteen, hoito- ja sosiaalityön sekä kuntoutuksen ja psykologian asiantuntemus?

8. Onko laadittu ja otettu käyttöön suosituksiin perustuva muistisairaanhoidon hoito- ja palveluketju, jossa eri toimijoiden vastuut määritellään selkeästi ja dokumentoidaan?
 - Onko hoito- ja palveluketjussa kiinnitetty erityistä huomiota kuntoutukseen?
 - Onko hoito- ja palveluketjua suunniteltaessa varauduttu myös muistisairaiden ihmisten muuttuviin tilanteisiin ja äkillisiin avuntarpeisiin sekä hyvään hoitoon kuoleman lähestyessä?
 - Arvioidaanko ketjun toimivuutta ja laatua säännöllisesti?
9. Onko muistisairaiden ihmisten ympärivuorokautinen hoito järjestetty valtakunnallisten linjausten ohjaamana laitoshoidon vähentäen ja asumisen ja yksilölliset palvelut sisältävien palveluvaihtoehtojen määrää lisäten?
10. Turvataanko ympärivuorokautista hoitoa ja hoivaa hankittaessa muistisairaanhoidon ihmisen oikeudet ja varmistetaanko, että palveluntuottajilla on riittävä osaaminen muistisairaiden ihmisten hoidosta?
11. Onko apuvälinepalveluja saatavilla, ovatko ne laadukkaita ja onko varmistettu, että apuvälineiden ja informaatioteknologian mahdollisuuksia hyödynnetään muistisairaanhoidon ihmisen toimintakyvyn sekä mielekkään ja turvallisen arjen tukena?
12. Onko yhdessä kolmannen sektorin toimijoiden kanssa turvattu muistisairauteen sairastuneen ihmisen omaisten tuki hoito- ja palveluketjun eri vaiheissa: sairauden varmistuttua ensitieto, sopeutuminen tilanteeseen ja riittävä tieto kuntoutusmahdollisuuksista (julkinen terveydenhuolto, Kela)?
 - Onko sairauden edetessä hyödynnetty tutkimustietoa ja jo olemassa olevia hyviä käytäntöjä kustannusvaikuttavan tuen varmistamiseksi?
 - Onko perheen tukena palvelujen kokonaisuutta koordinoiva työntekijä ja hänen tuenaan työparinaan toimiva lääkäri sekä omaishoitajille järjestetty tavoitteellinen vertaisryhmätoiminta?

Arviointiaineistona käytetään sähköpostikyselyä suositusten mukaisten palvelujen vastaaville päälliköille. Lisäksi laaditaan kysely muistisairaiden palveluista vastaaville työntekijöille (muistikoordinaattorit (12), terveysasemien muistivastuuhoitajat (28), muistisairauksiin erikoistuneet lääkärit ja sairaanhoitajat neurologian ja geriatrian poliklinikoilla, kotihoidon geriatriaan erikoistuneet lääkärit). Lisäksi aineistona käytetään asiakas- ja omaiskyselyjä. Arviointiin liittyen tehdään arviointikäynti sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen geriatrialle poliklinikalle, johon kutsutaan myös muita muistisairaiden palvelujen edustajia.

Rajaukset

Arviointi rajataan koskemaan muistiohjelman suosituksia, joiden toteutumista selvitetään saatavilla olevan aineiston mukaisesti.



HELSINGIN KAUPUNKI
TARKASTUSVIRASTO

ARVIOINTIMUISTIO
Julkinen tarkastuslautakunnan annettua
arviointikertomuksen vuodelta 2015
(JulkL 6 § 1 mom. 6 ja 8 kohdat)
16.2.2016

47(49)

Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen ja
Jari J. Ritari

Liite 2. Työntekijäkyselyn keskiarvot ja keskihajonnat

	Kaikki vastaajat		kotihoiton tai sosiaali- ja lähityön muistikoordinaattori		kotihoitotiimin terveydenhoitaja tai sairaanhoitaja		muistisairauksiin erikoistunut sairaalan tai kotihoidon lääkäri		neurologisen tai geriatrian poliklinikan lääkäri tai sairaanhoitaja		terveys- aseman muistivastuuhoitaja		työntekijä monipuolisessa vanhustenpalvelu keskuksessa		Jokin muu, mikä	
	N=184		N=11		N=86		N=6		N=9		N=11		N=32		N=27	
	KA	KH	KA	KH	KA	KH	KA	KH	KA	KH	KA	KH	KA	KH	KA	KH
1) Tunnen muistisairaanhoidon hoitoketjukuvausten sisältöineen	3,89	0,84	4,64	0,67	3,84	0,70	4,80	0,45	4,44	0,53	3,91	1,14	3,81	0,78	3,52	1,05
2) Hoitoketjukuvaus toimii käytännön apuvälineenä työssäni	3,49	0,99	4,27	0,79	3,49	0,85	4,17	0,75	4,11	0,93	3,82	0,87	3,32	1,05	2,93	1,21
3) Hoitoketjun mukainen työnjako toimii mielestäni	3,60	0,88	3,64	0,67	3,57	0,88	3,83	0,75	3,78	0,83	3,80	0,79	3,42	0,99	3,65	1,00
5) Muistisairaanhoidon kuntoutus toimii mielestäni	3,00	0,95	2,91	0,70	2,83	1,00	2,50	0,55	3,33	0,87	3,57	0,53	3,27	0,94	3,14	0,99
6) Miten hoitoketjussa on otettu huomioon muistisairaanhoidon asiakkaan äkillinen lisääntynyt avuntarve? Miten apua on mahdollista saada?	3,00	1,05	3,36	0,92	3,00	1,17	2,67	1,03	3,00	1,00	2,70	0,82	2,79	1,05	3,30	0,70
7) Mielestäni hoitoketju tukee muistisairaanhoidon hyvää, yksilöllistä ja turvallista hoitoa	3,48	0,93	3,91	0,70	3,30	1,01	3,83	0,41	3,89	0,78	4,25	0,46	3,48	0,85	3,43	0,84
8) Muistisairaudet diagnosoidaan riittävän ajoissa mielestäni	2,92	0,97	2,73	0,90	2,87	0,92	2,33	0,82	2,67	1,32	3,00	0,94	3,21	1,05	3,00	0,94
9) Mielestäni muistisairaanhoidon ja heidän läheisensä saavat ensitiedon sairaudesta	3,47	0,89	3,55	0,93	3,35	0,97	4,00	0,63	4,11	0,60	4,00	0,00	3,27	0,77	3,47	0,83

Osoite
PL 400
00099 HELSINGIN KAUPUNKI

Puhelin
09 310 36606
09 310 36542

Email
liisa.kahkonen@hel.fi
jari.ritari@hel.fi



HELSINGIN KAUPUNKI
TARKASTUSVIRASTO

ARVIOINTIMUISTIO
Julkinen tarkastuslautakunnan annettua
arviointikertomuksen vuodelta 2015
(JulkL 6 § 1 mom. 6 ja 8 kohdat)
16.2.2016

48(49)

Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen ja
Jari J. Ritari

10) Mielestäni muistisairaat ja heidän läheisensä saavat sairauteen sopeutumiseen ja kuntoutukseen liittyvää tietoa ja tukea sairauden eri vaiheissa	3,00	0,88	3,18	0,87	2,94	0,92	2,83	0,41	3,56	0,53	3,67	0,52	2,81	0,88	3,10	0,85
11) Mielestäni muistisairaiden läheisten jaksamisesta huolehditaan	2,61	0,94	3,27	0,79	2,39	0,84	2,67	0,52	3,25	1,04	2,50	0,93	2,69	0,97	2,75	1,19
12) Muistisairaana ja hänen perheensä tueksi määritellään työntekijä tai apua antava yksikkö, joka koordinoi palvelujen kokonaisuutta. Tästä myös tiedotetaan asiakkaalle ja hänen omaisilleen	2,98	1,42	3,22	1,30	2,61	1,42	4,25	0,50	4,00	1,00	3,25	0,96	3,71	1,38	3,33	1,50
13) Kotihoidon ja muut kotiin annettavat palvelut riittävät muistisairaiden kotona asumisen tukemiseen	2,57	1,06	2,64	1,03	2,63	1,14	3,17	0,98	2,44	1,01	2,75	0,89	2,39	0,92	2,33	1,09
14) Muistisairaille on tarjolla erilaisia asumisen ja yksilölliset palvelut sisältäviä vaihtoehtoja (esimerkiksi palveluasumista erilaisilla tukipalveluilla)	2,39	1,06	2,60	1,26	2,09	0,94	3,00	0,89	2,00	0,93	2,20	0,84	2,83	1,07	2,74	1,18
15) Muistisairaalle järjestyy paikka ympärivuorokautisessa hoidossa tarvittaessa mielestäni	2,07	1,03	2,09	0,54	1,78	0,94	2,50	1,38	2,60	0,89	1,80	1,30	2,43	1,07	2,33	1,09
16) Muistisairaiden erilaisen apuvälineiden saatavuus ja käyttöönotto toimii	3,70	0,80	4,00	0,45	3,73	0,89	3,67	0,82	3,44	0,88	3,75	0,50	3,57	0,68	3,70	0,86
17) Muistisairaiden hoidos-	2,67	1,05	2,78	1,20	2,72	1,11	2,60	0,55	2,80	0,84	3,00	0,71	2,38	0,97	2,64	1,15

Osoite
PL 400
00099 HELSINGIN KAUPUNKI

Puhelin
09 310 36606
09 310 36542

Email
liisa.kahkonen@hel.fi
jari.ritari@hel.fi



HELSINGIN KAUPUNKI
TARKASTUSVIRASTO

Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen ja
Jari J. Ritari

ARVIOINTIMUISTIO
Julkinen tarkastuslautakunnan annettua
arviointikertomuksen vuodelta 2015
(JulkL 6 § 1 mom. 6 ja 8 kohdat)
16.2.2016

49(49)

sa hyödynnetään infor- maatioteknologiaa																
Yhteenveto	3,06	0,98	3,31	0,86	2,95	0,98	3,27	0,71	3,38	0,87	3,32	0,76	3,07	0,96	3,06	1,03

1,00–1,79 1,80–2,59 2,60–3,39 3,40–4,19 4,20–5,00