



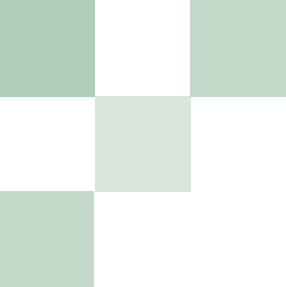
Taina Lupsakko • Markku Joiniemi • Kaisa Karhu • Anne Remes

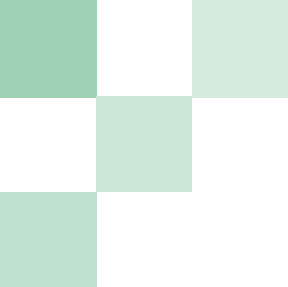
# Muistipoliklinikka perusterveydenhuollossa

– opas lääkäreille ja hoitohenkilökunnalle



SUOMEN DEMENTIA-  
HOITOVHDISTYS RY





# Muistipoliklinikka perusterveydenhuollossa

Taina Lupsakko  
Markku Joiniemi  
Kaisa Karhu  
Anne Remes

---

**Julkaisija:**

Suomen dementiahoitoyhdistys  
Arkadiankatu 19 C, 00100 Helsinki  
Puh. (09) 454 28 48  
Fax (09) 454 28 450  
dementia@dementiahoitoyhdistys.fi  
www.dementiahoitoyhdistys.fi

**Kustantaja:**

Novartis Finland Oy

**Kirjoittajat:**

Taina Lupsakko  
Markku Joiniemi  
Kaisa Karhu  
Anne Remes

Copyright kirjoittajat ja Suomen dementiahoitoyhdistys

**Ulkoasun suunnittelu:**

Mainostoimisto Fontiina

**Painopaikka:**

Kuopion Liikekirjapaino Oy 2005

**Sarja:**

Dementiapotilaiden hoidon kehittäminen  
Julkaisu n:o 10/2005  
1. painos  
ISBN 952-99209-3-8 (nid.)  
ISBN 952-99309-4-6 (PDF)  
ISSN 1236-761X

**Tilaukset:**

Suomen dementiahoitoyhdistys  
www.dementiahoitoyhdistys.fi  
tai (09) 454 28 48

# Sisällysluettelo

|     |   |    |
|-----|---|----|
| 1.  | Johdanto . . . . .  | 6  |
| 2.  | Muistihäiriösairauksien diagnostiikka . . . . .                               | 8  |
| 3.  | Kenelle perusterveydenhuollon muistipoliklinikka<br>on tarkoitettu? . . . . . | 12 |
| 4.  | Seurannan järjestäminen . . . . .   | 13 |
| 5.  | Muistipoliklinikan perustaminen . . . . .                                     | 14 |
| 6.  | Vastaanoton kulku . . . . .   | 16 |
| 7.  | Lausunnot ja etuudet . . . . .  | 17 |
| 8.  | Muistipoliklinikan kustannukset . . . . .                                     | 21 |
| 9.  | Esimerkkejä toiminnasta . . . . .   | 22 |
| 10. | Yhteenveto. . . . .   | 25 |
|     | Suosittelavaa kirjallisuutta . . . . .  | 27 |

# 1. Johdanto

Vuonna 2000 Suomessa arvioitiin olevan noin 80 000 keskivaikea- tai vaikea-asteista ja noin 30 000 lieväasteista dementiaa sairastavaa potilasta. Dementian esiintyvyys lisääntyy iän myötä. Se on 74–79 vuotiailla noin 8 %, 80–84 vuotiailla 13 % ja yli 85 vuotiailla jo 25 %. On arvioitu, että joka vuosi Suomessa sairastuu dementiaan noin 11 000 ihmistä, joista jopa 50 % jää poistoilmoitusrekisterin mukaan elinaikanaan ilman diagnoosia sairaudelleen. Koska iäkkäiden määrä kasvaa seuraavina vuosikymmeninä, tulee myös dementiapotilaiden lukumäärä kasvamaan. Vuonna 2030 maassamme on ennusteiden mukaan jo noin 128 000 vähintään keskivaikeasti dementoitunutta potilasta.

Dementiahoidosta muodostuu yhteiskunnalle merkittävät kustannukset. 2005 dementian hoidon välittömät kustannukset ovat 2.0 miljardia euroa, josta avohoidon osuus on noin 0.4 miljardia euroa. Yksi Alzheimer-potilas maksaa sairautensa aikana yhteiskunnalle noin 200 000 euroa, ja merkittävin kustannuserä muodostuu nimenomaan laitoshoidon kustannuksista. Dementia lisää avuntarvetta ja laitoshoitoon joutumisen riskiä sekä myös kuoleman riskiä. On arvioitu, että seitsemän vuoden kuluttua diagnoosista noin 80 % potilaista on laitoshoidossa, ja vain noin 10 % dementiapotilaista kuolee joutumatta laitoshoitoon.

Dementiapotilaiden määrän lisääntyminen muodostaa jo nyt sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmälle merkittävän haasteen. Tähän pyritään vastaamaan tehostamalla dementian varhaisdiagnoosiikkaa sekä kehittämällä hoito- ja hoivapalveluita. Mahdollisimman varhain suoritettavat perustutkimukset jouduttavat hoidettavien sairauksien löytymistä ja niiden varhaista hoitoa. Potilaan ja omaisten asianmukainen neuvonta ja tuki edistävät kotihoidon jatkumista ja siirtävät kalliiseen laitoshoitoon joutumista.

Julkisen terveydenhuollon dementiaselvitykset on tehty pääasiassa erikoissairaanhoidossa joko neurologian tai geriatrian poliklinikoilla. Tarvittavat tutkimukset voidaan kuitenkin järjestää myös perusterveydenhuollossa, jos sieltä löytyy tarvittava tieto-taito. Perusterveydenhuollon lääkäreillä on erinomaiset mahdollisuudet dementiaoireiden varhaiseen havaitsemiseen sekä hoidon jatkuvuuden takaamiseen. Muistihäiriö-

potilaat käyvät perusterveydenhuollon lääkäreillä myös muiden sairauksiensa vuoksi, ja omalääkärit tuntevat potilaansa usein pitkältä aikaa. Tämä antaa hyvän lähtökohdan dementiaoireiden varhaiselle tunnistamiselle. On kuitenkin todettava, että dementoivien sairauksien varhainen diagnostiikka sekä erotusdiagnoosi normaaliin ikääntymiseen, muihin sairauksiin ja lääkehaittavaikutuksiin on haasteellinen tehtävä.

Suuri osa Suomen terveyskeskuksista toimii väestövastuuperiaatteella. Jos terveyskeskuslääkäri vastaa noin 2 200 asukkaan terveydenhuollon palveluista, ja tämän väestön ikä- ja sukupuolirakenne vastaavat maan keskiväestöä, on hänellä hoidossaan noin 25 dementiapotilasta. Lisäksi joka vuosi tässä vastuuväestössä viisi uutta henkilöä sairastuu johonkin dementoivaan sairauteen. Vaikka jokaisella terveyskeskuslääkärillä on useita dementiapotilaita hoidossa, on uusien tapausten vuosittainen määrä pieni. Tällöin yksittäiselle väestövastuulääkärille ei välttämättä synny riittävää kokemusta dementiadiagnostiikasta ja hoidon suunnittelusta. Myös kokemukset lääkehoitojen mahdollisuuksista ja tuloksista jäävät vähäiseksi. Tämä voi osaltaan vaikuttaa halukkuuteen puuttua muistiongelmiin.

Useissa terveyskeskuksissa on jo tällä hetkellä – väestövastuujärjestelmän rinnalla – järjestetty joidenkin potilasryhmien (diabetes, astma, reumasairaudet) hoito keskitetyksi asiaan perehtyneille lääkäreille hoidon laadun takaamiseksi. Samalla tavalla keskitetyksi olisi tarkoituksenmukaista järjestää myös perusterveydenhuollon muistihäiriöpotilaiden alkuvaiheen tutkimukset ja hoidon suunnittelu.

Terveyskeskukset hankkivat nykyään osan tarjottavista palveluista ostopalveluina. Tämä mahdollistaa myös muistipoliklinikoilla tarvittavien erikoistutkimusten ja konsultaatioiden järjestämisen. Muistipoliklinikoita perustettaessa pystytään ottamaan huomioon oman terveyskeskuksen erityispiirteet ja suunnittelemaan toiminta paikallisiin olosuhteisiin sopivaksi. Tärkeää on kuitenkin tietää laadukkaan toiminnan perusedellytykset, ja pystyä täyttämään vähintään minimivaatimukset resurssien suhteen toiminnan aloittamiseksi.

Olemme koonneet oppaan käyttäen hyväksi kokemusta, joka on kertynyt kirjoittajille useiden vuosien työskentelystä muistipoliklinikoilla erikoissairaanhoidossa ja/tai perusterveydenhuollossa.

## 2. Muistihäiriösairauksien diagnostiikka

### Dementian määritelmä

Dementia on oireyhtymä, jossa muistihäiriön lisäksi on myös muita häiriöitä kognitiivisen toimintakyvyn osa-alueilla kuten:

- kielellisissä toiminnoissa
- motorisissa toiminnoissa
- havaintotoiminnoissa
- toiminnan ohjannassa ja suunnittelussa

Nämä vajeet uhkaavat potilaan itsenäistä selviytymistä jokapäiväisessä elämässä. Myös persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutokset ovat yleisiä dementiapotilailla.

Dementian taustalla voi olla useita syytekijöitä. Dementoivat sairaudet voidaan ryhmitellä ohimeneviin, hoidettaviin, eteneviin ja erilaisiin jälkitiloihin. Varhainen taudinmääritys on ensiarvoisen tärkeää ja mahdollistaa hoidettavien syiden löytämisen ja hoitamisen ajoissa, toissijaisesti heikentävien tekijöiden korjaamisen, taudin etenemisen hidastamisen ja oireenmukaisen lääkityksen aloittamisen oikein valituille potilaille.

Muistitutkimukset on syytä käynnistää, jos potilas itse tai omainen ovat huolissaan potilaan muistin heikkenemisestä. Muita muistiselvityksen aiheita ovat:

- selviämisvaikeudet arkielämässä
- kielelliset vaikeudet
- hahmottamishäiriöt
- eksymiset
- psyykkiset oireet
- äkillinen sekavuustila



## Muistihäiriöiden ja dementian diagnostiikan peruseriaatteet

Muistihäiriöiden ja dementian tutkimusten kulmakiviä ovat esitiedot, kliininen statustutkimus, älyllisen ja sosiaalisen toimintakyvyn sekä mielialatekijöiden kartoitus. Diagnostiikka etenee oirekuvan tunnistamisesta syyn selvittämiseen usein poissulkumenetelmällä.

### Perustutkimuksiin kuuluvat

- Laboratoriokokeet: PVK, K, Na, Krea, TSH, B12-vitamiini, Ca-Ion, ALAT, B-gluc
- Thorax-rtg ja EKG
- Harkinnan mukaan La, TPHA, rasva-arvot, E-folaatti ja borreliavasta-aineet
- Kaikille muistihäiriöpotilaille tehdään aivojen kuvantaminen.

Tietokonekerroskuvaus (CT) on halvempi ja usein helpommin saatavissa kuin magneettikuvatutkimus (MRI). CT:llä voidaan sulkea pois aivoverenkiertohäiriöt sekä hoidettavat syyt kuten hydrokefalus ja kasvaimet. MRI on kuitenkin tarkempi ja spesifimpi Alzheimerin taudin diagnostiikassa, jossa hippokampuksen atrofia voidaan arvioida. Lisäksi valkean aivoaineen muutokset näkyvät tarkemmin magneettikuvassa.

### Diagnostiikassa käytettävät apuvälineet

- Omaishaastattelu
- Kognitiivisen toimintakyvyn testit: MMSE, CERAD
- Toimintakykytestit: ADL- IADL ja ADCS-ADL asteikot
- Dementian vaikeusasteen arvio: CDR, GDS-FAST asteikot
- Depressioseulat: GDS, Cornell, BASDEC

Potilaan omaisen tai läheisen haastattelu on olennainen osa muistihäiriö- ja dementiapotilaan tilan arviointia ja oirediagnoosia. Haastattelua helpottamaan voi käyttää ns. omaiskyselylomaketta. Kyselyn avulla voidaan lyhyessä ajassa kerätä omaiselta olennaista tietoa häiriöiden luonteesta, vaikeusasteesta ja niiden aiheuttamasta käytännön haitasta. Lisäksi lomaketta voi käyttää omaisen ja potilaan haastattelun apuvälineenä.

Kognitiivisen toimintakyvyn arviointiin yleisimmin käytetty testi on Mini-Mental State Examination (MMSE). MMSE on viitteellinen. Useat tekijät kuten primaarikapasiteetti, koulutus, kielelliset kyvyt, motivaatio ja testin tekijä voivat vaikuttaa tulokseen. Yksin MMSE:n perusteella ei voida asettaa tai sulkea pois dementia-diagnoosia. Selvästi laajempi ja tarkempi testi dementoivien sairauksien varhaisdiagnostiikassa on CERAD-kognitiivinen tehtäväsarja.

Päivittäisten toimintojen kartoittaminen on tärkeää sekä dementian vaikeusasteen että etuisuuksien tarpeen arvioimiseksi. Päivittäisten toimintojen arviointiasteikkona ovat käytössä ADL-, IADL- ja ADCS-ADL asteikot. Nämä arvioinnit tehdään haastattelemalla potilaan omaista. Muistihäiriön ja dementian vaikeusasteen arviointiin soveltuvat toiminnan yleistä tasoa arvioivat Clinical Dementia Rating Scale-mittari (CDR) tai GDS-FAST-asteikko.

Muistiongelman taustalla tai sen lisäksi potilaalla voi olla masennus tai ahdistustila. Depression kartoittamiseen voidaan käyttää erilaisia haastattelulomakkeita (GDS, Cornell, BASDEC).

## Yleisimmät dementoivat sairaudet

- Alzheimerin tauti (AT)
- Vaskulaarinen dementia (VAD, MID)
- Lewyn kappale -tauti
- Frontotemporaaliset demeniat
- Muut syyt: mm. alkoholin aiheuttama dementia, normaalipaineinen hydrokefalus, Parkinson-dementia

Alzheimerin tauti on yleisin dementiaa aiheuttava sairaus. Yli puolet kaikista dementiapotilaista sairastaa Alzheimerin tautia. Alzheimerin tauti on tyypillisiin vaiheihin etenevä sairaus, joka alkaa muistihäiriöllä, ja muisti on koko sairauden ajan vaikeimmin häiriintynyt älyllisen toiminnan osa-alue. Taudin edetessä ilmaantuu muiden kognitiivisten toimintojen häiriöitä, ja toimintakyky heikkenee. Käyttösoireet vaihtelevat taudin eri vaiheissa. Alzheimerin taudin kliininen diagnostiikka perustuu tyypilli-

seen taudin kuvaan. Kognitiivisia häiriöitä lukuun ottamatta muussa neurologisessa statuksessa ei ole – sairauden alkuvaiheessa – poikkeavuutta. Aivojen kuvantamistutkimuksista CT on usein alkuvaiheessa normaali ja MRI:ssä voidaan yleensä nähdä hippokampusten atrofiaa.

Vaskulaarinen dementia on toiseksi yleisin dementian muoto. Se on kliinisesti heterogeeninen oireyhtymä, joka liittyy monentyyppisiin vaskulaarisiin aivomuutoksiin. Kliinisesti taudinkuva voi olla monimuotoinen. Yhteistä vaskularisille dementioille on taudin portaittainen eteneminen. Muistihäiriö on usein lievempi kuin Alzheimerin taudissa. Kliinisinä löydöksinä todetaan infarktien sijainnista riippuen toispuolihalvaus, kävelyn häiriö tai näkökenttäpuutos. Aivojen kuvantamistutkimuksessa muutoksina ovat kortikaaliset infarktit, lakunaariset infarktit, iskeeminen valkean aineen muutos sekä atrofia. Usein nähdään tilanteita, joissa potilaalla on sekamuotoinen dementia ja heillä on sekä Alzheimerin taudin että vaskulaarisen dementian oireita ja löydöksiä.

Lewyn kappale -taudin tyypilliset oireet ovat kognitiivisten toimintojen, tarkkaavuuden ja vireystilan vaihtelut sekä selväpiirteiset ja yksityiskohtaiset visuaaliset hallusinaatiot. Potilailla esiintyy parkinsonismia, erityisesti kävelyvaikeuksia, hidasliikkeisyyttä ja rigiditeettiä. Potilaat ovat herkkiä neuroleptilääkityksille.

Frontotemporaalinen degeneraatio on yleisnimitys ryhmälle oireyhtymiä, joille on ominaista aivojen otsalohkon toiminnan heikkeneminen ja siitä johtuva oireisto. Keskeisimpinä oireina ovat persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutokset, sekä kielelliset häiriöt. Muisti on alkuvaiheessa paremmin säilynyt. Oireisto alkaa yleensä varsin nuorella iällä 45–65-vuotiaana. Esiintyvyyys on alle 5 % kaikista dementioista ja työikäisistä dementiapotilaista osuus on arviolta 10–15 %.

Muita dementoivia sairauksia ovat mm. Parkinsonin tautiin liittyvä dementia, alkoholin aiheuttama dementia ja hydrokefalukseen liittyvä dementia.

### 3. Kenelle perusterveydenhuollon muistipoliklinikka on tarkoitettu?

On tärkeää tutkia kaikki muistihäiriöepäilyt mahdollisimman varhain. Sen vuoksi perusterveydenhuollon muistipoliklinikka on periaatteessa tarkoitettu kaikille, jotka epäilevät itsellään tai läheisellään dementoivaa sairautta. Tutkimuksiin hakeutumisen kynnys tulisi pitää mahdollisimman matalana; potilaat voivat myös itse varata vastaanottoajan ilman erillistä lähetettä. Perusterveydenhuollossa voidaan tehdä alkukartoitukset ja tarvittaessa järjestää asianmukaiset jatkotutkimukset tai ohjata potilas erikoissairaanhoidon. Valtaosa dementiaepäilyistä voidaan tutkia ja hoitaa perusterveydenhuollossa, mikäli käytettävissä on neurologin tai geriatriin palvelut joko omana toimintana tai ostopalveluna. Selkeät vaskulaariset demensiot voi asiaan perehtynyt yleislääkäri tutkia ja hoitaa ilman erikoislääkärin konsultaatiotakin.

#### **Potilaat hakeutuvat muistipoliklinikalle tutkimuksiin**

- itse hakeutuen tai omaisen aloitteesta
- terveyskeskuksen hoitohenkilökunnan aloitteesta (kotisairaanhoido, terveydenhoitajat)
- terveyskeskuksen toisten lääkäreiden lähetteestä
- alueen kotipalveluhenkilöstön ohjaamana

Koska delirium (sekavuus) -oireisto saattaa olla ensimmäinen oire demensistä, ja delirium-potilailla on merkittävästi suurentunut demensiariski, tulisi terveyskeskuksen vuodeosastolla hoidossa olleet delirium-oireilleet ikääntyneet ohjata muistipoliklinikan seurantaan.

#### **Potilaat, jotka tulisi lähettää erikoissairaanhoidon konsultaatioon**

Terveyskeskuksen muistipoliklinikalle tulisi keskittää 65-vuotta täyttäneiden muistihäiriöpotilaiden perustutkimukset sekä haasteellisten demensiapotilaiden hoito. Alle 65-vuotiaiden tutkimus on tarkoituksenmukaista keskittää edelleen erikoissairaanhoidon neurologian klinikkaan.

### **Erikoissairaanhoidon vastuu**

- Työikäisten muistihäiriöiden diagnostiikka ja hoito
- Mikäli perustutkimusten jälkeen diagnoosi on epäselvä
- Alzheimerin taudin lääkehoidon aloitus, mikäli pth:n muistipoliklinikalla ei ole käytettävissä neurologia/geriatria



## 4. Seurannan järjestäminen

### **Säännöllinen seuranta muistipoliklinikalla**

- Alzheimer lääkehoidossa olevat potilaat
- MCI (mild cognitive impairment) potilaiden seuranta
- Vaikeasti käytösoireiset dementiapotilaat

Muistipoliklinikalle keskitetään nimenomaan muistihäiriösairauksien perustutkimukset ja hoidon suunnittelu. Muiden sairauksien hoidosta vastaa potilaan oma lääkäri. Koska Alzheimer-lääkehoidon toteutus vaatii erityisperehtyneisyyttä, on suositeltavaa, että Alzheimer-lääkehoidetut potilaat käyvät muistipoliklinikan seurannassa vähintään kerran vuodessa. Lisäksi potilaat, joilla todetaan MCI, on syytä pitää muistipoliklinikan seurannassa diagnoosin varmistumiseen saakka.

Myös vaikeasti käytösoireisten dementiapotilaiden seuranta on syytä järjestää muistipoliklinikalla, kunnes käytösoireet saadaan hallintaan. Täten tuetaan omaisten jaksamista ja voidaan ehkä siirtää laitoshoitoon joutumista. Perusterveydenhuollon muistipoliklinikka voisi toimia myös konsultaatiokeskuksena alueen dementiahoitoyksiköille, hoitohenkilökunnalle, hoitaville omaisille ja omalääkäreille. Tarvittaessa dementiapotilas voidaan lähettää myöhemminkin konsultaatioon muistipoliklinikalle, jos potilaan hoidossa tai hoivassa ilmenee erityisongelmia.

## 5. Muistipoliklinikan toiminnan aloittaminen

Toimiva muistipoliklinikka vaatii riittävää henkilöstö-, tutkimus- ja tilaresurssointia. Toiminnan aloittamiseen tarvitaan vähintään asiaan perehtynyt lääkäri ja muistihoitaja, sekä heidän käyttöönsä varatut työskentelytilat. Jos kyseinen lääkäri on yleislääkäri, tarvitaan ”hoitotiimiin” mukaan konsultoiva geriatrian tai neurologian erikoislääkäri. Tämä voidaan hankkia joko konsultaatioina erikoissairaanhoidosta tai ostopalveluna.

Lisäksi tarvitaan laboratorio- ja kuvantamiskapasiteettia. Yleensä tarpeelliset laboratoriokokeet saa omalta terveysasemalta, mutta aivojen kuvantaminen (aivojen CT- tai MRI- tutkimus) joudutaan hankkimaan ostopalveluna erikoissairaanhoidosta tai yksityiseltä palveluidentuottajalta. Erityistapauksissa tarvitaan myös neuropsykologisia testauksia. Nämäkin on mahdollista hankkia ostopalveluna yksityisiltä palveluidentuottajilta.

Koska päätavoitteena on varhainen diagnosointi, tulee sekä yleisö (potentiaaliset asiakkaat) että ammattilaiset informoida muuttuneista käytännöistä. Tällöin potilaat tai heidän omaisensa osaavat ottaa yhteyttä oikeaan paikkaan, ja ammattilaiset osaavat vähäisenkin epäilyn perusteella ohjata potilaat jatkotutkimuksiin.

Tiedottamiseen voi käyttää esim. paikallislehteä ja -radiota sekä terveyskeskusten kotisivuja internetissä. Luentotilaisuudet yleisölle esim. potilasyhdistyksissä ja eläkeläisjärjestöissä ovat myös hyvä informaatio-kanava. Informaatiolehtisiä kannattaa laittaa yleisötiloihin ja lähettää myös yhteistyökumppaneille. Vanhuspalveluhenkilöstöä voi informoida koulutustilaisuuksien tai sisäisten tiedotteiden välityksellä.

# Tarvittavat resurssit

## Henkilöstö

### Minimiresurssit

- Muistihäiriöihin perehtynyt yleislääkäri
- Muistihäiriöihin perehtynyt hoitaja
- Mahdollisuus neurologin tai geriatriin konsultaatioon

### Erinomaiset resurssit

- Dementianeuvoja
- Muistihäiriöihin perehtyneitä hoitajia
- Sosiaalityöntekijä
- Neuropsykologi omana toimintana tai ostopalveluna
- Neurologi tai geriatri omana toimintana

## Tutkimukset

### Minimitutkimukset

- Anamneesi
- Kysely muistihäiriöpotilaan omaiselle (lomake omaiselle)
- ADCS-ADL (kaavake)
- MMSE (hoitaja tai lääkäri)
- CERAD; jos MMSE yli 24, ja epäily muistihäiriösairaudesta
- Depressioseula; tehdään tarvittaessa
- Kliininen tutkimus
- Laboratoriokokeet
- Aivojen kuvantaminen

### Erinomaiset tutkimukset; edellisten lisäksi

- NPI-kysely (käyttösoireiden arviointi, kuvaa omaisen kuormittumista)
- Neuropsykologin testaus
- Neurologinen ja/tai geriatrinen tutkimus

## 6. Vastaanoton kulku

### Ajanvaraus

Vastaanottoavustaja tai muistihoitaja huolehtii ajanvarauksesta. Aikaa antaessaan hän:

- kirjaa ja tarkistaa perustiedot
- korostaa, että läheisen läsnäolo on tärkeää vastaanotolla
- ottaa suullisen luvan tilata potilaan asiakirjoja muista sairaaloista (kun aikaa varataan puhelimitse)
- kirjallisen luvan voi lähettää allekirjoitettavaksi, jos vastaanottoaika lähetetään potilaalle kirjeitse kotiin tai se voidaan pyytää ensimmäisellä vastaanottokäynnillä
- vastaanottoajasta voi lähettää kutsun myös mukaan pyydettyä henkilölle (potilaan suostumuksella)

Ajanvarausta varten on hyvä laatia potilaille lähetettävä ajanvarauskirje, jonka tulee sisältää seuraavat tiedot:

- yhteystiedot
- ohjeet käynnin kulusta ja tarvittavasta ajankäytöstä
- tiedot käyntityypistä (poliklinikkakäynti, päiväsairaalakäynti, osastojakso)
- huomautus apuvälineiden mukaanotosta (mm. kuulokoje, silmälasit, liikkumisen apuvälineet)
- huomautus lääkekäyttö-tietojen mukaanotosta: lääkelista, reseptit tai kotona olevat lääkepurkit/listat mukaan
- pyyntö omaisen läsnäolosta vastaanotolla

### Vastaanoton kulku

Koska suurin osa potilaista ja läheisistä on ikääntyneitä, on tärkeä varata aikaa riittävästi. Ensimmäiseen käyntiin varataan puolitoista tuntia ja kontrollikäynteihin yksi tunti aikaa. Tämä aika sisältää sekä hoitajan että lääkärin vastaanottoajat. Muistihoitaja voi tehdä tarpeelliset testaukset



jo ennen ensimmäistä muistipoliklinikkakäyntiä esim. kotikäynnillä tai ensimmäisen käynnin yhteydessä.

Ennen ensimmäistä vastaanottoa muistihoitaja tekee valmistelevat selvitykset:

- laboratoriokokeiden tarkistus ja puuttuvien kokeiden määrääminen
- omaishaastattelu (valmis lomake omaisille täytettäväksi)
- muistitestit (MMSE ja tarvittaessa CERAD)
- toimintakykytestit (ADL-haastattelu)
- tarvittaessa mielialakysely

Ensimmäisellä vastaanottokäynnillä muistihoitaja tekee tarvittavat lisätestaukset ja ohjelmoi lisätutkimukset. Lääkäri tarkistaa anamneesin ja statuksen sekä laatii lähetteet tarpeellisiin lisätutkimuksiin.

Toisella käyntikerralla potilas ja omainen saavat tiedot tutkimustuloksista sekä mahdollisesta diagnoosista. Potilaalle laaditaan hoito- ja kuntoutussuunnitelma sekä tarpeelliset etuuslausunnot. Tällä käynnillä on tarkoituksenmukaista antaa potilaalle ja omaiselle myös kirjallista materiaalia mahdollisesta diagnoosista. Lisäksi muistihoitaja keskittyy neuvontaan: mm. elämäntapaohjaus, sairauteen liittyvät käyttäytymisen muutokset (käyttöoireet), omaisen tukimuodot, lääkeinformaatio ym. yksilöllisen tarpeen mukaan.

Jos potilaalle aloitetaan lääkehoitoja, on syytä varata vielä kolmas vastaanottokäynti lääkehoidon sopivuuden ja tehon arvioimiseksi. Alzheimer-lääkehoidon kohdalla sopiva kontrolliajankohta on noin 3 kk lääkityksen aloittamisesta, muiden lääkitysmuutosten ollessa kyseessä kontrolliaika voi vaihdella (1–3 kk).

Lisäksi potilaille laaditaan hoito- ja kuntoutussuunnitelma sekä sovitaan jatkoseurannan järjestämisestä. Käyntien yhteydessä on tärkeää järjestää myös mahdolliset tukipalvelut (mm. ateriapalvelu, kotipalvelu, päiväkeskustoiminta, kotisairaanhoido ym.) sekä huomioida omaisten tuen tarve.

## 7. Lausunnot ja etuudet

### Omaishoidontuki

Omaishoidontuki on kunnalta anottava rahallinen hoitopalkkio kotihoitoon. Omaishoidon tuki maksetaan hoitajalle, ja se on verollista tukea. Useissa kunnissa omaishoidontuki voidaan antaa myös palveluina esim. kotipalvelu, kotisairaanhoido, lyhytaikaiset kuntoutusjaksot tk:ssa tai vanhainkodilla. Omaishoidontuki on harkinnanvaraista tukea, ja ratkaisu omaishoidontuesta tehdään yksilöllisesti avopalveluohjaajan kotikäynnin perusteella. Sen edellytyksenä on sairauden aiheuttama lisääntynyt avun, hoivan tai huolenpidon tarve.

Omaishoidontuki voidaan myös maksaa ulkopuoliselle hoitajalle, jotta omaishoitaja saa vapaa-aikaa. Palveluseteleillä voi muutamissa kunnissa ostaa yksityistä hoitoapua vapaapäivien ajaksi.

Omaishoidontuen saannin edellytyksenä on kirjallinen palvelu- ja hoitosuunnitelma, joka sisältää mm. seuraavat asiat:

- Kuvaus potilaan ja omaishoitajan tilanteesta esim. asuminen, palvelut, ympäristö ja perheen toiveet
- Hoidon ja palvelun tavoitteet
- Tarvittavat palvelut
- Tukisopimuksen arviointiajankohta
- Suunnitelma potilaan hoitopaikasta omaishoitajan vapaan aikana

### Kunnalliset tukipalvelut

Kotona asumisen tueksi järjestetään myös muita tukipalveluja esim. ateriapalvelu, pyykkipalvelu ja turvapalvelu, joista peritään kunnan määräämä tukipalvelumaksu.

Dementiapotilailla on oikeus vammais- tai sosiaalipalvelulain nojalla myös asunnonmuutostöihin, esim. WC:n varustaminen apuvälineillä, pesuhuoneen laajentaminen, turvapalvelulaitteiden asentaminen.

## Edunvalvonta

Muistisairauden edetessä potilaan oikeustoimikelpoisuus heikkenee, ja hän menettää sen usein kokonaan viimeistään sairauden vaikeassa vaiheessa. Edunvalvonta-asiat on tärkeä selvittää jo sairauden lievässä vaiheessa, jolloin potilas voi ilmaista tahtonsa, ja mahdolliset hyväksikäyttöryitykset myöhemmin estyvät.

Valtuutus on käytännössä edunvalvontaa yksinkertaisempi tapa hoitaa taloudellisia asioita muistihäiriöpotilaan puolesta. Valtakirja voidaan antaa yhden asian hoitoa varten esim. vuokran maksu eläkkeestä. Valtakirja menettää merkityksensä, jos muistihäiriöpotilas todetaan vajaavaltaiseksi.

Edunvalvonnan tarpeen arviota haetaan oman kunnan maistraatilta. Sitä voi hakea potilas itse tai joku läheisistä ihmisistä, joka huomaa edunvalvonnan tarpeen. Myös sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöllä on mahdollisuus – salassapitolainsäädännön sitä estämättä – ilmoittaa maistraatille edunvalvonnan tarpeesta olevasta asiakkaasta. Tämän jälkeen maistraatti tai tuomioistuin pyytää asian tueksi lääkärinlausunnon. Maistraatin pyynnöstä lääkärinlausunto voidaan laatia ilman tutkittavan suostumustakin. Lääkäriin tulee kuitenkin aina ennen lausunnon tekoa haastatella asianosaista.

Edunvalvonnan tarve syntyy erityisesti silloin, jos epäillään muistihäiriöpotilaan joutuvan ns. hyväksikäytön kohteeksi tai hänellä on runsas omaisuus tai lähiaikoina on odotettavissa taloudellisesti merkittäviä kauppoja. Edunvalvoja on päämiehensä luottohenkilö; hän pitää huolta päämiehen eduista talousasioiden hoidossa sekä hoitoratkaisuja tehdesä. Päämies säilyttää oikeustoimikelpoisuutensa edunvalvojan rinnalla.

## Kuljetuspalvelu

Kuljetustuki anotaan kunnalta. Kunta myöntää tuen joko sosiaalihuolto- tai vammaispalvelulain perusteella henkilölle, joka ei kykene käyttämään yleisiä kulkuneuvoja. Matkat on tarkoitettu asiointi- ja virkistyskäyttöön, ja niitä voi saada enintään 18 edestakaista matkaa kuukaudessa. Kuljetustuen hakemiseksi tarvitaan lääkärin lausunto ja hakemus. Kuljetustukea voi saada taksiseteleinä tai yhteiskuljetuksena. Omavastuuosuus on yleensä linja-automatkan kertamaksu kunnan ykkösvelyhykkeellä.

Hoitavalla lääkärillä on velvollisuus ilmoittaa poliisiviranomaisille dementiapotilaan alentuneesta ajokyvystä, jos dementia on vähintään kes-

kivaikea-asteinen ja sen voidaan katsoa aiheuttavan tarkkaavaisuuden heikkenemistä liikenteessä ja altistavan vahingoille (yleensä CDR- luokka on vähintään yksi). Tässä tilanteessa hänelle voidaan hakea kuljetustukea. Dementiapotilaan omainen, joka kuljettaa säännöllisesti potilasta, voi saada autoveronpalautusta (esimerkiksi syrjäkylällä asuva).

### Eläkkeensaajan hoitotuki ja vammaistuki

Eläkkeensaajan hoitotukea tai sen tarkistamista haetaan lääkärin lausunnolla ja henkilökohtaisella hakemuksella, joita saa mm. KELA:n internet-sivuilta. Eläkkeensaajan hoitotuen saannin edellytys on alentunut toimintakyky sairauden tai vamman takia vähintään vuoden ajaksi. Takautuva haku-aika on yksi vuosi.

- Hoitotuki (v. 2005 51,98 €/kk), potilas tarvitsee viikoittain apua henkilökohtaisissa toiminnoissa.
- Korotettu hoitotuki (v. 2005 129,40 €), potilas tarvitsee päivittäin huomattavasti apua henkilökohtaisissa toiminnoissa.
- Erytshoitotuki (v. 2005 258,79 €/kk), potilas tarvitsee jatkuvaa / ympärivuorokautista hoitoa tai valvontaa.

Ulkomailla asuneen paluumuuttajan hoitotuen määrä suhteutetaan ulkomailta maksettavan eläkkeen suuruuteen (samoin kuin kansaneläke). Myös paluumuuttajan kannattaa hakea hoitotukea.

Vammaistuen voi hakea alle 65-vuotias, jolla sairaus alentaa toimintakykyä. Sitä maksetaan myös toimintakyvyn tason mukaan kolmessa luokassa, ja se on hiukan korkeampi kuin eläkkeensaajan hoitotuki. Vammaistukea hakemiseksi vaaditaan lääkärin lausunto.

### B-lausunto/peruskorvattavuus

B-lääkärinlausunnolla haetaan peruskorvaus (50 %) rivastigmiinin, donepetsiilin, galantamiinin tai memanteenin käyttöön. Alzheimer-lääkkeet kuuluvat ns. erityisperustein korvattaviin lääkkeisiin, joihin KELA soveltaa edelleen kuuden kuukauden takautuvaa haku-aikaa. Peruskorvaus laskeaan ostokerralla 10 € ylittävältä osalta. Lääkärinlausunto toimitetaan joko suoraan muistipoliklinikalta tai asianomaisen toimesta KELA:lle. Työikäinen dementiapotilas tarvitsee B-lausunnon työkyvyttömyyseläkettä varten.

## 8. Muistipoliklinikan kustannukset

| Toiminto   | Toimija   | Käytetty aika | Kustannus €/Tuottaja* | Kustannus €/Asiakas |
|--|---|---------------|-----------------------|---------------------|
| Alkuhaastattelu; ADCS ADL, kysely omaiselle ja muut mahdolliset kaavakkeet | Hoitaja   | n. 60 min     | 18                    | –                   |
| MMSE   | Hoitaja   | n. 20 min     | 6                     | –                   |
| Kliininen tutkimus   | Lääkäri   | n. 30–45 min  | 16–24                 | Terveyskeskusmaksu  |
| Laboratoriotutkimukset   |   |               | 22                    | –                   |
| Kuvantaminen   | CT/MRI  |               | 220/328               | 22                  |
| Neuropsykologinen tutkimus   | Neuropsykologi  | 120 min       | 100                   |                     |
| Neurologin tai geriatriin vastaanotto                                      | Neurologi tai geriatri  | 45–60 min     | 60                    | 22                  |
| Todistukset B-/C-lausunnot   | Lääkäri   | 5–10 min      | 7–10                  | 27                  |
| Ohjaus ja neuvonta   | Hoitaja   | 90 min        | 28                    |                     |
| Hoito- ja palvelusuunnitelma   | Moniammatillinen (potilas, omainen, dementiahoitaja, lääkäri, kotipalvelun hoitaja) | n. 60 min     | 68                    | –                   |
|  |   | yhteensä      | 546–665               | 72 + TK maksu       |

\* Hinnat voivat vaihdella paikkakunnittain, esimerkkihinnat Valkeakoskelta.

Erikoissairaanhoidon hinnoittelee pakettina käynnit:

- **Keski-Suomen Sairaanhoitopiiri** (v. 2005): ensimmäinen käynti 378 € johon sisältyy lääkärin vastaanotto, kuvantaminen, laboratoriotutkimukset ja hoitajan testaukset. Toinen käynti maksaa 264 € sisältäen lääkärin vastaanoton, hoitosuunnitelman teon ja hoitajan ohjauksen. Yhteensä 642 €
- **Pirkanmaan Sairaanhoitopiiri**: ensikäynti 469 €, kontrollikäynti 247 €. Yhteensä 716 €.

## 9. Esimerkkejä muistipoliklinikoista

### Äänekosken toimintamalli:

Ääneseudulla on toiminut geriatrijohtoinen perusterveydenhuollon muistipoliklinikka jo vuodesta 1998 alkaen. Kaikki alueella asuvat yli 65-vuotiaat, joilla epäillään muistihäiriötä, ohjataan tälle poliklinikalle tutkittavaksi. Muistipoliklinikalla työskentelee muistihäiriösairauksiin perehtynyt sairaanhoitaja kaksi päivää viikossa. Loppuajan hän työskentelee kotisairaanhoidossa, jossa hänen vastuullaan on pääasiassa dementiapotilaiden kotisairaanhoito. Geriatri käyttää yhden työpäivän viikossa muistipoliklinikalla.

Potilaat tulevat poliklinikalle toisen lääkärin, terveydenhoitajan tai kotisairaanhoitajan lähettiminä. Potilaat saattavat hakeutua myös itse vastaanotolle ilman erillistä lähetettä. Tutkimukset voidaan käynnistää myös osaston potilaille, jos hoitajakson aikana herää epäily muistihäiriöstä. Deliriumpotilailla tilannetta kartoitetaan ja tarpeelliset tutkimukset ohjelmoidaan osastojaksolla. Mahdollisen dementoivan sairauden diagnoosi tehdään seurannan perusteella kontrollikäyntien yhteydessä. Ensivaiheessa potilaiden kognitiivista toimintakykyä arvioidaan MMSE-testillä. Jos lisätestausta tarvitaan, jatketaan tutkimusta CERAD-tehtäväsarjalla. Kuntayhtymä hankkii pään CT-kuvaukset ostopalveluna Keski-Suomen sairaanhoitopiirin radiologian klinikasta. Lisäksi yksityisen radiologian palveluita tuottavan yrityksen kanssa on sopimus pään MRI -kuvausten ostamisesta.

Alueen väestöpohja on 21 000, joista yli 65-vuotiaita on noin 2 500. Tässä väestössä asetettiin uusia dementiadiagnooseja vuonna 2001 48 kpl, ja poliklinikan seurannassa oli tuolloin noin 150 potilasta. Diagnoosi- ja hoidonaloitusvaiheessa potilaat käyvät poliklinikalla keskimäärin kolme kertaa: ensikäynti (alkuselvitykset ja testaukset), kontrollikäynti (tulosten kuuleminen, hoidon aloitus + tarpeellisten lausuntojen laatiminen) ja lääkityksen seurantakäynti (noin kolmen kuukauden kuluttua). Tämän jälkeen Alzheimer-lääkehoidossa olevat potilaat käyvät muistipoliklinikalla kerran vuodessa tai tarvittaessa. Kaikkien uusien dementiapotilaiden omaisille tarjotaan mahdollisuutta osallistua vuosittain järjestettävälle kolmipäiväiselle omaisten sopeutumisvalmennuskurssille.

## Valkeakosken toimintamalli:

Muistipoliklinikka on toiminut perusterveydenhuollossa Valkeakoskella vuodesta 2002 lähtien. Muistipoliklinikka on tarkoitettu kaikille yli 65-vuotiaille muistihäiriöpotilaille. Poliklinikka toimii 12-paikkaisen, erilaisia lyhythoitajaksoja tarjoavan dementiaosaston yhteydessä. Muistipoliklinikan tehtävinä on mm. muistihäiriöiden diagnostiikka, dementiaopotilaiden ohjaus, neuvonta ja seuranta sekä konsultointi. Poliklinikka tarjoaa yhdessä dementiaosaston kanssa myös ympärivuorokautista ns. kriisiapua.

Poliklinikalla toimii täysipäiväisesti dementoiviin sairauksiin perehtynyt sairaanhoitaja dementianeuvojana ja hän on myös dementiaosaston osastonhoitaja. Muistihäiriöihin perehtynyt yleislääkäri työskentelee muistipoliklinikalla ja dementiaosastolla päivittäin yhteensä 2–3 tuntia. Pään CT -kuvaukset ostetaan Valkeakosken aluesairaalasta ja MRI-tutkimukset Tampereelta yksityiseltä röntgenlaitokselta. Kuvauksiin potilas pääsee yleensä muutaman päivän odotuksella. Neurologin ja neuropsykologin palvelut on hankittu ostopalveluna yksityisiltä ammatinharjoittajilta. Neurologi käy poliklinikalla noin kahtena päivänä kuukaudessa ja neuropsykologi kerran viikossa.

Potilaat tulevat pääsääntöisesti poliklinikalle omalääkärin lähetteellä. Omalääkäri on usein tehnyt jo valmiiksi kliinisen tutkimuksen, laboratoriolähetteen sekä MMSE-testauksen. Mikäli potilaan tarve vaatii, voi hän tulla poliklinikalle myös ilman lähetettä, ja tarvittaessa dementianeuvoja ja lääkäri voivat tehdä myös kotikäynnin potilaan luo. Muistihäiriöpotilas voidaan tarvittaessa ottaa myös dementiaosastolle seurantaan ja tutkimuksiin.

Keskimäärin tutkimusprosessi lähetteen saapumisesta poliklinikalle diagnoosin asettamiseen ja hoito- ja palvelusuunnitelman laatimiseen kestää noin kaksi kuukautta. Kaikki potilaat, joilla todetaan jokin dementoiva sairaus, ohjataan diagnosoinnin jälkeen dementianeuvojan ohjaukseen. Lisäksi poliklinikalla toimii muistihoitajien ohjaamana omaisille tarkoitettu vertaistukiryhmä.

Valkeakosken asukasluku on noin 20 000. Dementoivien sairauksien esiintyvyyttä ja ilmaantuvuus ovat samaa luokkaa kuin Äänekoskellakin. Valkeakosken muistipoliklinikan potilasrekisterissä on vuosittain noin 150 potilasta.

## Raahen toimintamalli:

Raahen Seudun terveydenhuollon kuntayhtymän muistipoliklinikka on toiminut päiväsairalan yhteydessä lokakuusta 2000 alkaen. Ensimmäiset viisi vuotta muistipoliklinikkaa on pidetty iltapäivisin tai lauantaisin. Jonojen purkaannuttua syksyllä 2005 siirryttiin pitämään yhtä poliklinikkapäivää viikossa. Jono on vaihdellut 3–6 kk. Tarvittaessa aika on annettu nopeammin, jos dementoituminen on uhannut kotonaoloa. Alussa tutkimuksia tehtiin myös osastolla, mutta niistä on luovuttu. Tutkimukset käynnistetään, jos muistihäiriö havaitaan osastolla. Lääkityskin voidaan aloittaa osastojaksolla, mutta tietojen yhteenvetokäynti on osastojakson jälkeen muistipoliklinikalla.

Asiakkaat tulevat omalääkärien tai kotihoidon työntekijöiden lähettäminä Raahen, Ruukin, Siikajoen ja Pyhäjoen kunnista. Seutukunnan asukasluku on noin 32 000, josta yli 65-vuotiaita on alle 5 000. Ohi jonojen pääsevät itse muististaan huolestunut asiakkaat tilaamalla ajan CERAD-testiin. Tulos näytetään lääkärille, jonka jälkeen käynnistetään tarvittaessa lisätutkimukset. Tähän mennessä asiakkaita on käynyt liki 600, mikä edustaa noin 12 % seutukunnan 65-vuotiaista. Vuonna 2005 käyneiden keski-ikä on 77 vuotta ja MMSE tullessa 24/30.

Henkilökuntaa muistipoliklinikalla on yksi geriatrian erikoislääkäri ja erikoistumiskoulutuksessa oleva lääkäri sekä kolme päiväsairalan toimipaikkakoulutettua hoitajaa. Kaikki hoitavat tehtävänsä muun työn ohella. Erillisiä muistihoitajia ei ole. Ennen muistipoliklinikalle tuloa asiakkaat ohjataan käymään verikokeissa ja CT-kuvassa, jotka tutkimukset saadaan kuntayhtymän sairaalasta. Myös MRI-kuvaus on mahdollinen, ja sitä on käytetty nuorimpien asiakkaiden kohdalla. Kutsun mukana lähetetään kotiin täytettäväksi esitietolomakkeet (CDR, RAVA ja oma toimintakyky-arvio) ja kehotus ottaa vastaanotolle mukaan joku omainen.

Ensikäynnillä lääkäri perehtyy kaikkiin käytettävissä oleviin sairauserkotoimuksiin, ja potilaan ollessa testissä hoitajan kanssa, haastattelee myös omaisen. Tämän jälkeen lääkäri haastattelee ja tutkii potilaan. Tarvittaessa tällä käynnillä aloitetaan myös lääkahoito. Kotona selviytymistä arvioidaan ja järjestetään tarvittavat palvelut. Käyntiin on kokonaisuudessa varattu aikaa tunti, jonka aikana tehdään myös tarvittavat lausunnot. Puolen vuoden kuluttua tästä järjestetään seurantakäynti, jonka jälkeen



asiakkaat palaavat omalääkärien hoitoon. Joitakin moniongelmaisia potilaita on pidetty säännöllisissä kontrolleissa. Myös ylimääräisiä aikoja on järjestetty tarvittaessa.

Muistipoliklinikan käynnistyttyä aloitettiin myös kotihoidon henkilöstön koulutus ja puolivuositain järjestettävät omaisten illat. Muistipoliklinikalla on tarjolla kahvia ja mehua, mistä on tullut paljon hyvää palautetta. Vapaamuotoinen keskustelu keittiön pöydässä on vähentänyt jännitystä, ja myös omaisilta on saatu lisäinformaatiota asiakkaan selviytymisestä.



## 10. Yhteenveto

Perusterveydenhuollon muistipoliklinikka on potilaita palvelevaa toimintaa. Ikääntyvien kuntalaisten on jo etäisyyksien vuoksi usein helpompi asioida omassa terveyskeskuksessa verrattuna erikoissairaanhoidon poliklinikoihin. Terveyskeskuksesta tehdään myös tiivistä yhteistyötä muihin kunnan hoito- ja hoivapalvelujärjestelmiin; tämä luo hyvät edellytykset tiedonkululle ja palveluiden järjestämiselle. Perusterveydenhuollon muistipoliklinikka on kokonaiskustannukset huomioiden taloudellista toimintaa.

Toiminnan laadun takaamiseksi tarvitaan riittävän suuri väestöpohja. Pienet kunnat voisivat perustaa yhteisiä alueellisia muistipoliklinikoita. Sopiva väestöpohja laadun takaamiseksi olisi noin 15 000 – 25 000. Tällöin yhden lääkäri-hoitajatyöparin työpanos riittää myös potilaiden seurannan järjestämiseen. Perusterveydenhuollon muistipoliklinikan tavoitteena on mahdollisimman varhainen dementoivien sairauksien diagnosointi, saumaton yhteistyö sosiaali- ja terveystoimen välillä riittäviin hoito- ja hoivapalveluiden järjestämiseksi sekä hyvä yhteistyö omais-

ten kanssa. Tarkoituksenmukaisen kuntoutus- ja hoito/hoiva-palvelusuunnitelman laatiminen osaltaan edesauttaa kotihoidon jatkumisen mahdollisimman pitkään.

Kirjoittajat kannustavat – positiivisten kokemustensa ja asiakkailta saadun hyvän palautteen perusteella – yhä useampia terveyskeskuksia järjestämään muistipoliklinikkatoimintaa omana toimintana.

### **Toiminnan edut potilaan kannalta:**

- helppous; vastaanotolla asioinnin helppous
- tuttuus; sekä potilas että omaiset ovat usein jo entuudestaan tuttuja
- saumattomuus; joustava yhteistyö sosiaali- ja terveystoimen välillä palveluiden järjestämiseksi
- varmuus; tiedonkulku varmistuu
- jatkuvuus; hoidon jatkuvuus taattu
- nopeus; mahdollisuus järjestää nopea apu kriisitilanteissa

### **Toiminnan edut organisaation kannalta:**

- ammattitaito; henkilöstön tietotaito lisääntyy
- jaksaminen; henkilöstön työmotivaatio/viihtyvyyttä lisääntyy
- taloudellisuus; toiminnan kustannustehokkuus
- palveluiden kohdentuminen; oikea-aikaiset, oikein mitoitettut interventiot viivästyttävät laitoshoitoon joutumista

# Suosittelavaa kirjallisuutta

Alhainen K, Viramo P, Sulkava R. **Vaikean demention hoito. Opas lääkäreille ja terveydenhuollon henkilökunnalle.** Lundbeck Oy, Turku 2004.

Erkinjuntti T ym. **Muistihäiriöt ja dementia.** Kustannus Oy Duodecim, Helsinki 2002.

Juva K. **Työikäisen dementia.** Duodecim 120:171–6; 2004.

Koponen H, Hietala J. **Psykoosilääkkeen valinnan kliiniset-farmakologiset perusteet.** Suomen Lääkärilehti 59: 3400–3402; 2004.

Lupsakko T, Karppi P, Rissanen A ja Sulkava R. **Perusterveydenhuollon muistipoliklinikka – ketä varten, miten toimii?** Suomen Lääkärilehti 7:811 - 815;2005

Pirttilä T, Alhainen K, Erkinjuntti T. **Alzheimerin taudin lääkehoitovasteen arviointi ja lääkekorvauslausuntojen laatiminen.** Suomen Lääkärilehti 57: 3711–3714; 2002.

Pirttilä T ym. **Voidaanko muistin heikentymistä ehkäistä?** Suomen Lääkärilehti 59: 1133–1138; 2004.

Polo-Kantola P, Riekkinen M. **Neuropaussi?** Duodecim 119: 2207–2214; 2003.

Rantala L, Laaksonen R, Eloniemi-Sulkava U. **Ymmärrä ja tule ymmärrettyksi. Vuorovaikutus dementoituneen kanssa.** Suomen demensiahoitoyhdistys ry, Helsinki 2004.

Santala M, Leinonen E. **Mitä uutta dementioiden ja Parkinsonin taudin neuropsykiatrisesta lääkähoidosta.** Suomen Lääkärilehti 58:4109–4113; 2003.

Strandberg T. **Demention ehkäisy.** Duodecim 119:1525–1532; 2003.

Sulkava R. **Alzheimerin taudin lääkehoito.** Duodecim 116:2867–2873; 2000.

Sulkava R, Viramo P, Eloniemi-Sulkava U. **Dementoiviin sairauksiin liittyvät käytösoireet.** Suomen demensiahoitoyhdistys ry, Helsinki 2002.

Suomen muistitutkimusyksiköiden asiantuntijajatyöryhmä. **Demensiapotilaiden käytösoireet.** Suomen Lääkärilehti 56: 169–175; 2001.

Suomen muistitutkimusyksiköiden asiantuntijajatyöryhmä. **Demensiaan liittyvien käytösoireiden lääkehoito.** Suomen Lääkärilehti 56: 277–283; 2001.

Suomen muistitutkimusyksiköiden asiantuntijajatyöryhmä. **Demensiapotilaan käytösoireiden lääkkeiden hoito.** Suomen Lääkärilehti 56: 2777–2783; 2001.

Viramo P ym. **Kuntoutusratkaisuja dementoituneen ihmisen arkeen.** Suomen demensiahoitoyhdistys ry, Helsinki 2001.



## www-linkkejä

[www.demensiahoitoyhdistys.fi](http://www.demensiahoitoyhdistys.fi)

[www.alzheimer.fi](http://www.alzheimer.fi)

[www.alzheimerintauti.net](http://www.alzheimerintauti.net)

[www.alz.org](http://www.alz.org)

[www.alzheimers.org.uk/](http://www.alzheimers.org.uk/)

[www.alz.co.uk](http://www.alz.co.uk)

[www.nlm.nih.gov/medlineplus/alzheimersdisease.html](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/alzheimersdisease.html)

(kirjoittajat eivät vastaa mahdollisesti muuttuneista www-osoitteista)

# Dementiatieto

– valtakunnallinen neuvontapalvelu

- Ammattihenkilöille konsultaatiokanava sähköpostitse osoitteessa [dementiatieto@dementiahoitoyhdistys.fi](mailto:dementiatieto@dementiahoitoyhdistys.fi)
- Kaikille avoin neuvontapuhelin paikallispuhelun hinnalla numerossa 0800-1-36912



## SUOMEN DEMENTIAHOITUYHDISTYS

Arkadiankatu 19 C, 00100 HELSINKI.

Puh. (09) 454 28 48, (09) 454 28 457, fax (09) 454 28 450.

Sähköposti: [dementia@dementiahoitoyhdistys.fi](mailto:dementia@dementiahoitoyhdistys.fi)

Kotisivu: [www.dementiahoitoyhdistys.fi](http://www.dementiahoitoyhdistys.fi)