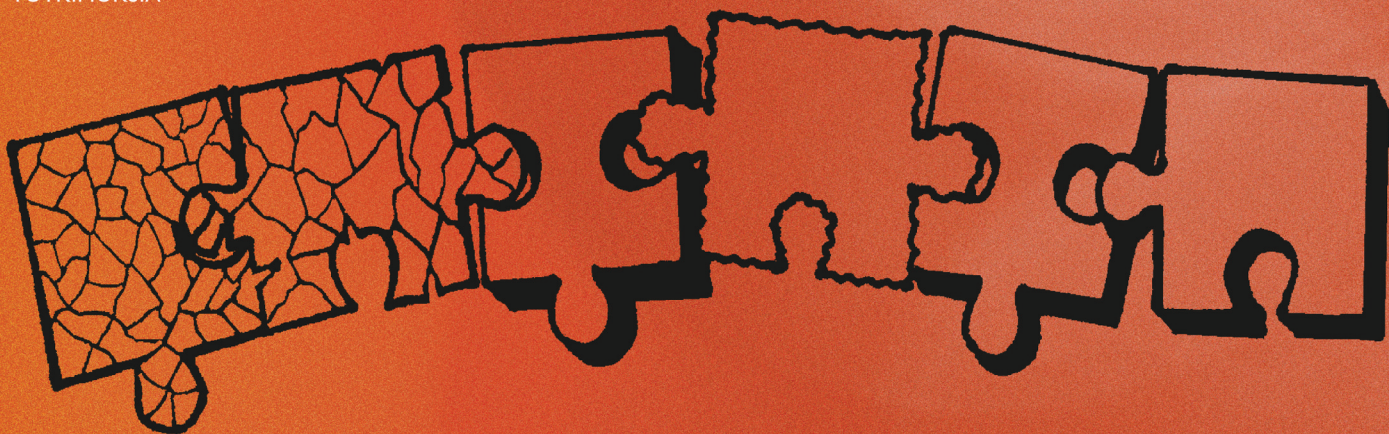


OPPIMATERIAALEJA

PUHEENVUOROJA

RAPORTTEJA 142

TUTKIMUKSIA



Kaija Virjonen

MUISTISAIRAAN PALVELUPOLKU



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPPIMATERIAALEJA
PUHEENVUOROJA
RAPORTTEJA 142
TUTKIMUKSIA

Kaija Virjonen

MUISTISAIRAAN PALVELUPOLKU



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

**TURUN AMMATTIKORKEAKOULUN
RAPORTTEJA 142**

Turun ammattikorkeakoulu
Turku 2012

Kirjoittaja: Kaija Virjonen, TtM
Tekninen avustaja: Saija Vanhanen, MBA
Kuvittaja: Kirsi Haapamäki

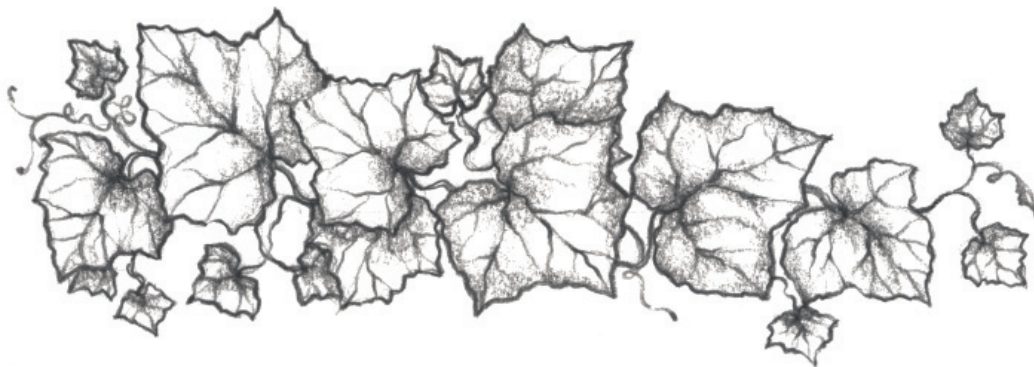
ISBN 978-952-216-303-5 (painettu)
ISSN 1457-7925 (painettu)
Painopaikka: Tampereen Yliopistopaino – Juvenes Print Oy, Tampere 2012

ISBN 978-952-216-304-2 (PDF)
ISSN 1459-7764 (elektroninen)
<http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163042.pdf>



SISÄLTÖ

SAATESANAT	4
I HANKE-ESITTELY	6
1.1 Taustaa	6
1.2 Tavoitteet	8
1.3 Toteutus	10
2 PALVELUKOKONAISUUDEN KEHITTÄMISEN LÄHTÖTILANNE	12
2.1 Kuntalaiskysely	12
2.2 Palveluorganisaation itsearviointi	15
3 PALA KERRALLAAN	17
3.1 Muistisairauksien ennaltaehkäisy ja varhainen toteaminen	17
3.2 Muistisairausdiagnoosin jälkeinen tuki ja seuranta	18
3.3 Omaishoidon tukimuotojen kehittäminen	21
3.4 Muistisairaahan hoito ja kuntoutus	31
3.5 Ympäri vuorokautinen hoito ja saattohoito	35
4 VAIKUTTAVUUS	38
5 KÄSITTEET JA TOIMINTAKYKYMITTARIT	42
6 LÄHTEET	45
Liite 1. Hankkeessa toimineet henkilöt	47
Liite 2. Kuntalaiskyselyn saate ja kysymykset	52
Liite 3. Muistisairaahan palvelukokonaisuuden arviointikohteet	56
Liite 4. Pidä huolta muistista! – Muistiliitto ry.	58
Liite 5a. Hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelma – Taustatiedot ja toimintakyvyn arviointilomake	59
Liite 5b. Hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelma – Hoito- ja kuntoutussuunnitelmalomake	64
Liite 5c. Hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelma – Seuranta ja arviointilomake	65
Liite 5d. Hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelma – Viikko-ohjelmalomake	66
Liite 5e. Hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelma – Elämänkaaritietojen kartoituslomake	68
Liite 6. Ympäri vuorokautisen hoidon ja saattohoidon kriteerit ja toiminnan toteutumisen arviointi	70



SAATESANAT

Lähes 30 vuotta sitten törmäsimme erään vanhainkodin henkilökunnan kanssa uuteen ilmiöön. Tämä ilmiö oli dementia. Ihmettelimme yhdessä ääneen sitä, mitä oli tapahtunut vanhalle herralle, joka oli muuttunut melko lyhyessä ajassa äksyksi vanhaksi herraksi. Nyt minä ja muut sen tiedämme.

Noiden kokemusten jälkeen on muistisairauksien alueella tapahtunut huima tutkimus- ja kehittämistoiminnan kasvu. Muistisairauksia tunnustetaan entistä paremmin erityisesti niiden varhaisvaiheissa, lääkehoito on kehittynyt ja ammattillinen osaaminen on mennyt harppauksin eteenpäin. Yhtäläillä yleinen yhteiskunnallinen kiinnostus muistisairauksia kohtaan on lisääntynyt, sillä lähes jokainen suomalainen tuntee muistisairaahan henkilön tai on ainakin huolissaan asiasta. Muistisairaudet eri muodoissaan ovat siis vakavasti otettava asia.

Ajankohtaisia ikääntymisen mukana tuomia haasteita, jotka eivät koske pelkästään Suomea vaan myös nopeasti ikääntyvää Eurooppaa, ovat muistisairaille tarkoitettujen palvelujen kehittäminen, omaisten ja lähiyhteisöjen tukeminen sekä pitkään kotona asuminen laitosasumisen vastakohtana. Edellä todetun lisäksi Suomessa kuntarakennekokonaisuus sekä yksittäiset kunnat ja niiden välinen yhteistyö erityisesti sosiaali- ja terveyspalveluissa ovat jatkuvan uudelleenarvioinnin kohteina. Siksi huomio ikäihmistien palvelujen kohdalla on suunnattava entistä painokkaammin muistisairauksiin ja näiden myötä syntyneisiin sosiaalisiin, terveydellisiin ja taloudellisiin vaikutuksiin.

Kun tarkennan hieman edellä kuvattua, nostan erityisen ajankohtaisiksi haasteiksi alueellisen yhteistyön tiivistämisen ja kustannustehokkaiden palvelujen tuottamisen siten, että niissä kuuluisi vahvasti muistisairaiden ja heidän omaisensa ääni. Asia on kuitenkin hankala ratkaistavaksi. Melko pirstaleisen sosiaali- ja terveyspalvelujen ja itsenäistä toimivaltaansa toteuttavien yksiköiden perinteinen tapa on ollut työskennellä yksin vailla kunta- tai aluerajoja ylittävää yhteistyötä muuten kuin lakien velvoittamissa puitteissa.

Kädessäsi oleva kehittämishankkeen raportti tuo edellä kuvattuihin kipupisteisiin oman ratkaisunsa. Raportti esittelee uudentyyppisen alueellisen ja ammatillisen yhteistyön, jossa kuuluu myös asiakkaiden ääni. Hankkeessa on ollut alusta alkaen johtoajatuksena luoda hoitopolkumalli, joka yhdistäisi muistisaira- ja heidän omaisensa, ammattihenkilöstön, erityisosaamisen ja palvelusisällöt. Näitä kaikkia sitoo yhteen alueellinen yhteistyö, jota ilman ei voi myöskään olla hoitopolkua. Asia tuntuu yksinkertaiselta, mutta Suomen ikäihmisten hyvinvointia tukevissa hankkeissa kyseessä on pioneerityö. Entisenä vanhustyöntekijänä lausun saavutuksesta kaikille tekijöille ja mukanaolijoille suuret kiitokset – tärkeä asiamme on mennyt piirun verran eteenpäin!

Kari Salonen

Yliopettaja; YTT, FM

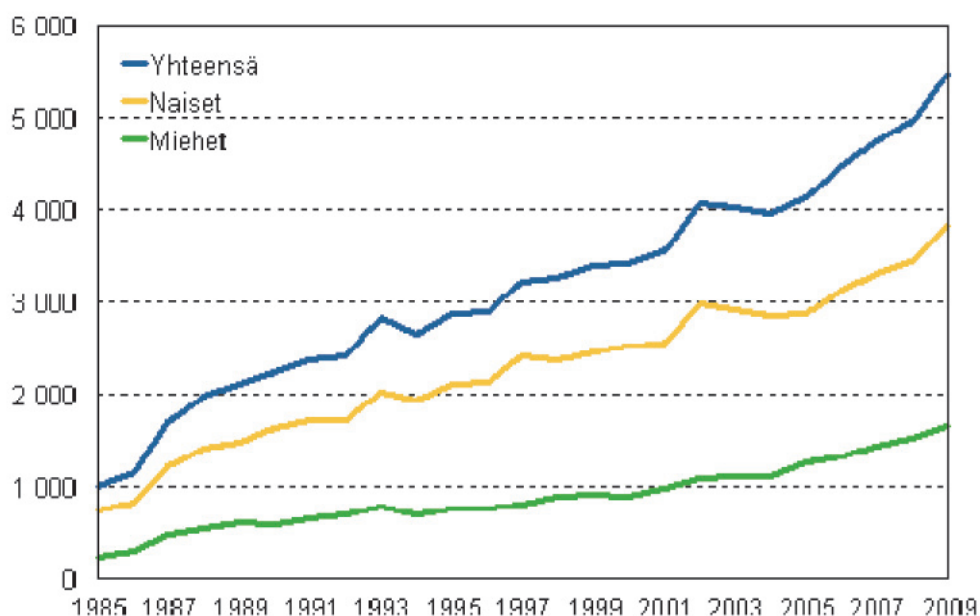
Turun ammattikorkeakoulu, Hyvinvointipalvelut, sosiaalialan koulutusohjelma

I HANKE-ESITTELY

Muistisairaahan palvelupolun kehittäminen Vakka-Suomessa -hankkeessa ovat olleet mukana Uusikaupunki, Vehmaa, Pyhäranta, Taivassalo ja Kustavi. Hanketta on hallinnoinut Turun ammattikorkeakoulun Hyvinvointipalvelut-tulosalueen tutkimus-, kehitys- ja innovaatioyksikkö. Hanke on toteutunut ajalla 1.9.2009–30.6.2012. Varsinais-Suomen Liitto on rahoittanut hankkeesta 50 %, Turun ammattikorkeakoulu 40 % ja kunnat 10 %.

I.1 TAUSTAA

Muistisairauksiin sairastuu vuosittain Suomessa noin 13 000 ihmistä (kuvio 1). Käypä hoito -suosituksen (2010) mukaan noin 120 000 ihmisen kognitiivinen toimintakyky on heikentynyt, 85 000 ihmistä on keskivaikean tai vaikean demencian vaiheessa ja lievän demencian vaiheessa elää 35 000 ihmistä. Muistisairaudet ovat kansantauti Suomessa. Kuolinsyynä dementoivat sairaudet ovat luonnollisesti lisääntyneet.



KUVIO 1. Demenciaan (mm. Alzheimerin tauti) kuolleet 1985–2009 (Tilastokeskus).

Muistisairauksien esiintyvyys on suurin iäkkäillä ihmisillä ja tämä asettaa väestön ikääntymisen (taulukot 1 ja 2) myötä huomattavan haasteen kuntien palvelujärjestelmälle. Muistisairaiden hoidon järjestäminen tulee olemaan yksi tulevaisuuden vanhustyön suurimmista hoidollisista ja taloudellisista haasteista (Martikainen, Viramo & Frey, 2010). Yhden muistisairaahan ihmisen pitkäaikaishoidon keskimääräiset vuosikustannukset ovat noin 36 000 euroa, kun vastaavasti kotona asuvan hoidon vuosikustannukset ovat noin 14 500 euroa (Eloniemi-Sulkava, Sormunen & Topo, 2008). Kotona asuminen on yleensä myös muistisairaahan ihmisen oma toive, jonka toteutumisen omaishoitaja mahdollistaa sairauden edetessä. Myös puoliset ovat halukkaita pitämään sairastuneen puolisonsa kotona, mikäli tukea on riittävästi saatavilla (Eloniemi-Sulkava, Saarenheimo, Savikko & Pitkälä, 2006). Muistisairaahan ihmisen kotona asuminen mahdollistuu eheän ja saumattoman palvelukokonaisuuden avulla.

TAULUKKO 1. 80 vuotta täyttäneiden ja tätä vanhempien henkilöiden määrä Suomessa 1900–2010 (Tilastokeskus).

Vuosi	Mies yli 80v	Nainen yli 80 v	Yhteensä
1970	15 708	36 227	51 931
1980	24 168	62 312	86 480
1990	39 328	104 208	143 536
2000	48 284	128 842	177 126
2010	81 205	174 707	255 912

TAULUKKO 2. 2000-luvun kehitystä 65- ja 85-vuotiaiden määrässä kunnittain ja ennuste vuoteen 2030 (Tilastokeskus).

	2003	2010	2030	2003	2010	2030
	65 v	65 v	65 v	85 v	85 v	85 v
Uusikaupunki	173 →	282	227	48 →	82	188
Vehmaa	34 →	42	33	10 →	13	22
Pyhäranta	30 →	38	36	5 →	14	21
Taivassalo	27 →	37	30	11 →	12	23
Kustavi	15 →	23	17	6 →	9	11

Kuten taulukko 1 osoittaa, ikääntyneiden väestökehitys koko maassa on kasvava. Hankkeessa mukana olleissa kunnissa taas väestö hiljalleen vähenee (taulukko 3). Huoltosuhteen epäedullinen kehitys, neljän kunnan pienehkö koko ja väestön ”harmaantuminen” ovat hyviä kannustimia vanhustenhoidon keskeisten asiakasryhmien palveluiden kehittämiseksi niin, että palvelut voidaan tuottaa mahdollisimman kustannustehokkaasti ja alueellista yhteistyötä hyödyntäen.

TAULUKKO 3. Väestökehitys koko maassa ja kunnittain (Tilastokeskus).

	2003	2010	2030
Koko maa	5 219 732	5 309 656	5 442 841
Uusikaupunki	16 405	15 482	14 002
Vehmaa	2470	2464	2509
Pyhäranta	2276	2262	2205
Taivassalo	1766	1669	1639
Kustavi	953	905	876

1.2 TAVOITTEET

Hankkeen tavoitteena oli kehittää muistisairautta sairastavan henkilön palvelukokonaisuutta (kuvio 2). Palvelut tuotetaan sosiaali- ja terveystyön yhteistyönä ja alueellista yhteistyötä hyödyntäen. Tavoitteena on muistiongelmien varhainen toteaminen ja niihin puuttuminen oikea-aikaisesti siten, että hyvällä seurannalla ja oikein ajoitetuilla toimenpiteillä muistisairaahan toimintakyky säilyy mahdollisimman hyvänä. Tavoitteena on kotihoidon ensisijaisuus ja ympärivuorokautisen hoidon järjestäminen muistisairaiden hoitoon erikoistuneessa yksikössä. Tavoitteena on myös muistisairaahan perheen hyvinvoinnin lisääminen.

Ennaltaehkäisy	Varhainen toteaminen ja varhainen puuttuminen	Diagnoosin teko, hoito- ja palvelusuunnitelma	Seuranta, muutoksiin reagointi, oikea-aikaiset interventiot	Sairauden etenemisen ja toimintakyvyn heikkenemisen mukaiset interventiot	Saattohoito
TAVOITE: TOIMINTAKYVYN SÄILYMINEN					
					
Asuin- ja toimintaympäristö					
Koti	Koti	Koti Päivätoiminta	Koti Päivätoiminta Intervallahoito	Koti Palveluasuminen Ryhmäkoti	Koti Palveluasuminen Laitos

KUVIO 2. Muistisairaahan palvelupolku.

Hankkeessa perusajatuksena oli seudullisuus kriittisenä menestystekijänä: seudullisella yhteistyöllä voidaan saavuttaa kustannussäästöä ja parantaa palvelujen tuottamisen laatua. Palvelukokonaisuus- ajattelu edellyttää sosiaali- ja terveys- työn sektorirajat ylittävä tapaa toimia ja tuottaa palveluita. Hankkeen tavoitteena oli myös yhteistoiminnallisuuden ja palvelupolkuajattelun tuominen tutuksi niin, että sitä voidaan siirtää myös muihin toimintoihin.

Palvelujen ja investointien seudullinen tarkastelu luo edellytyksiä palvelujen tehokkaalle tuottamiselle. Voimavarojen yhdistäminen ja tehokas käyttö edellyttävät, että seudulla olevat kehittämiskohteen kannalta keskeiset resurssit ovat tiedossa. Voimavarojen yhdistäminen ja kuntien välinen yhteistoiminta voi tuottaa taloudellista etua ja parantaa tarjottavien palvelujen laatua. Kunnat voivat tuottaa palveluita myös toisilleen yhteisten sopimusten mukaisesti. Palvelukokonaisuuksien tarkastelun ja tehostamisen tavoitteena on parantaa selviytymisedellytyksiä niissä haasteissa, joita lisääntyvä vanhusväestö kunnille ja sosiaali- ja terveystalouksille asettavat.

Palveluiden kehittämisen johtavat periaatteet:

- oikea-aikaiset, muistisairaahan toimintakyvyn muutokseen sopeutetut palvelut
- asiakaslähtöiset, helppokäyttöiset, yksilölliset palvelukokonaisuudet
- perhekeskeinen työ (palveluita tarjotaan muistisairautta sairastavalle ja hänen perheelleen tai läheisilleen)
- haltuunottava työote (asiakkaan kanssa kontaktissa olevat huolehtivat palvelukokonaisuuksien syntymisestä ja asiat hoidetaan loppuun asti)
- tuottavuus, taloudellisuus ja tuloksellisuus (muistisairautta sairastava asuu kotiympäristössään niin kauan kuin se on kaikille toivottava vaihtoehto, pitkäaikaisen ympärivuorokautisen hoidon tarve on vähäinen, muistisairasta hoitava omainen säilyttää toimintakykynsä hyvänä, muistisairaahan hoito ja kuntoutus tapahtuu oikealla hoidon portaalla).

1.3 TOTEUTUS

Ohjausryhmän tehtävänä oli hankkeen linjaus, seuranta ja ohjaus. Johtoryhmän esitysten perusteella ohjausryhmä otti kantaa siihen, mitä tehdään, kuka tekee ja millä panostuksella. Ohjausryhmän varsinaisia kokouksia oli neljä. Ohjausryhmän kokouksiin osallistuivat puheoikeudella, mutta ilman päätösvaltaa, Turun ammattikorkeakoulun hanketyöntekijät ja johtoryhmän jäsenet. He toimivat asioiden esittelijöinä.

Johtoryhmän tehtävänä oli tehdä ohjausryhmälle ehdotukset muistisairaahan hoitopolun kehittämiseksi, toimeenpanna ohjausryhmän hyväksymät kehittämis-toimenpiteet ja pitää hanke jatkuvassa liikkeessä. Turun ammattikorkeakoulun hanketyöntekijät olivat johtoryhmän työskentelyn tukena.



KUVIO 3. Hankkeen organisaatio. (Liitteessä 1 hankkeessa toimineet henkilöt.)

Johtoryhmä nimesi avainhenkilöiden ryhmät (kuviossa 3 taso kolme) kehitettävän kohteen perusteella. Avainhenkilöiden ryhmiin kuului lähiesimiehiä ja eri yksiköiden työntekijöitä – aina kulloisenkin kehittämistehtävän kannalta keskeisiä henkilöitä. Avainhenkilöiden ryhmät raportoivat johtoryhmälle.

Avainhenkilöryhmiä oli viisi: muistisairauksien ennaltaehkäisy ja varhainen toteaminen, muistikoordinaattoriryhmä, hoito- ja palvelusuunnitelman kehittäminen hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmaksi, omaishoidon tukimuotojen kehittäminen sekä ympärivuorokautisen hoidon ja saattohoidon kehittäminen. Avainhenkilöryhmissä toimivat eri yksikköjen työntekijät muodostivat työyksiköissään itse tarvitsemansa taustaryhmät (kuviossa 3 kehittämisryhmiksi nimetyt ryhmät).

2 PALVELUKOKONAISUUDEN KEHITTÄMISEN LÄHTÖTILANNE

Hankkeen aluksi kartoitettiin ikääntyvien kuntalaisten käsityksiä muistisairauksista sekä heidän toiveitaan liittyen muistisairauksien toteamiseen ja hoitoon. Lisäksi kuvattiin olemassa olevaa muistisairaiden palvelukokonaisuutta hankekunnissa.

2.1 KUNTALAISKYSELY

Kuntalaiskyselyn (liite 2) tavoitteena oli kartoittaa ikääntyvien kuntalaisten käsityksiä muistisairauksien ennaltaehkäisystä ja varhaisesta toteamisesta. Kyselyllä haluttiin selvittää kuntalaisten motivaatio ja suhtautuminen muistisairauksien ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen toteamiseen sekä yleinen tietous muistisairauksista ja niiden hoidosta.

Kirjallinen kysely lähetettiin 250 kuntalaiselle kuntien asukasluvun suhteessa seuraavasti:

<i>Uusikaupunki</i>	<i>171 henkilöä</i>
<i>Täivassalo</i>	<i>19 henkilöä</i>
<i>Vehmaa</i>	<i>26 henkilöä</i>
<i>Kustavi</i>	<i>10 henkilöä</i>
<i>Pyhäranta</i>	<i>24 henkilöä.</i>

Maistraatti toimitti satunnaisotannalla poimittujen 58–74-vuotiaiden henkilöiden osoitetiedot. Kyselyyn vastasi 139 kuntalaista ja vastausprosentti oli 55,6.

Kysely rakentui niin, että aineiston perusteella voitiin erottaa korkean riskitason henkilöt. Kysymyksiä laadittaessa huomioitiin Käypä hoito -suosituksessa (2010) mainitut aivojen toimintaa heikentävät ja muistisairauksien vaaraa lisäävät tekijät:

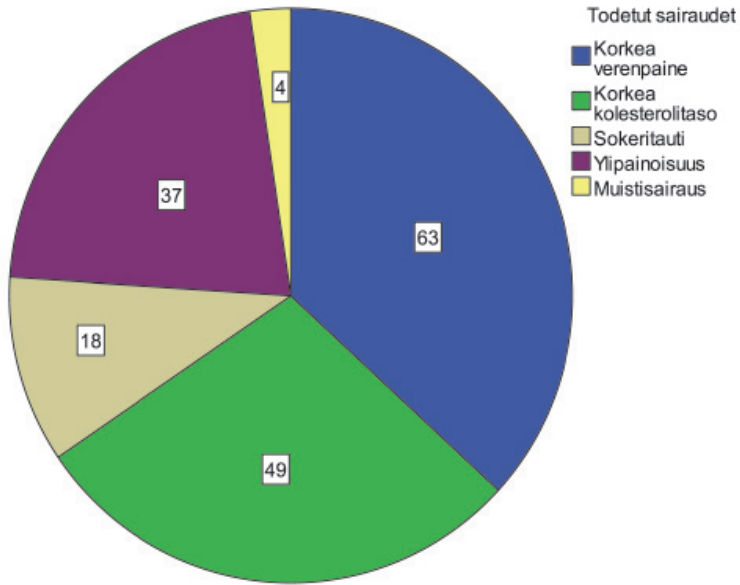
- sukuhistoria
- ikä
- yksinäisyys, vähäiset sosiaaliset suhteet
- masentuneisuus
- vähäinen liikunta
- runsas alkoholinkäyttö
- aivoverenkierron häiriöt
- kohonnut kolesteroli
- diabetes
- metabolinen oireyhtymä
- tyydyttyneitä rasvahappoja sisältävä ruokavalio.

Kuntalaiskyselyn tuloksia

Kyselyyn vastanneet olivat sosiaalisesti aktiivisia. Kaikilla oli kontakteja sukulaisiin ja ystäviin riippumatta siitä, asuivatko he yksin tai samassa taloudessa toisen kanssa. Huolimatta siitä, että vastanneet eivät olleet yksinäisiä, moni (67,15 %) oli sitä mieltä, että he voisivat viettää enemmän aikaa toisten ihmisten seurassa. Tämä toive oli yleisempää niille, joilla on muistisairaus tai joiden muisti on heikentynyt; tästä ryhmästä 77,5 % toivoi voivansa viettää enemmän aikaa toisten seurassa.

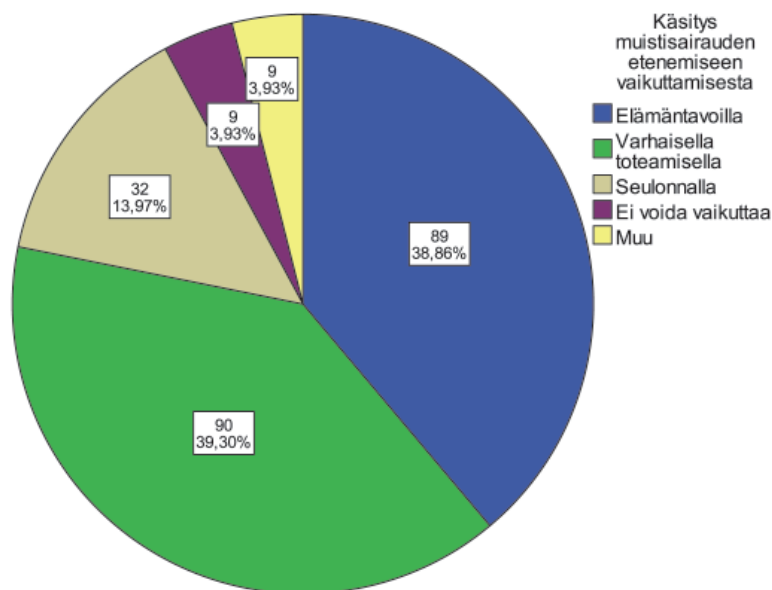
Vastanneet seurasivat aikaansa aktiivisesti lukemalla sanomalehtiä. Lehdet ja televisio olivat myös tärkeimmät kanavat, joiden kautta vastanneet saivat tietoa muistisairauksista. Vapaa-ajan toiminnoista suosituin oli matkailu (42,5 %). Kerhotoimintaa harrasti 26 %, yhteiskunnallista toimintaa 14,5 % ja muuta 17 %. Harrasteet jakautuvat tasaisesti eri lajitteluperustein (ikäryhmät, työtilanne, asumismuoto, sukupuoli ja siviilisäätty). Liikuntaa harrasti päivittäin tai viikoittain yli 80 % vastanneista. Muistiterveyden hoitamisen kannalta nämä tulokset ovat hyviä – ihmiset pitävät huolta itsestään monella tavalla. Näitä vahvuuksia on hyvä tukea ja kannustaa kuntalaisia jatkamaan hyviä elämäntapojaan ikäännytyessään.

Todettuja sairauksia oli korkea verenpaine (53,85 %), korkea kolesterolitaso (28,65 %) sekä ylipaino (21,63 %). Sokeritauti oli 10,53 prosentilla ja muistisairaus 2,34 prosentilla. Alkoholista käytti päivittäin aika harva (5,8 %), viikoittain jo useampi (32,61 %) ja 61,59 % käytti alkoholia noin kerran kuukaudessa tai harvemmin. Sydän- ja verisuonisairauksien hoito sekä painonhallinta ovat haasteita. Mutta riskisairauksien ennaltaehkäisy ja hyvä hoito ovat myös muistisairauksien ennaltaehkäisyä. Myös alkoholin kulutukseen kannattaa kiinnittää huomiota silloin, kun sosiaali- ja terveystyössä ollaan tekemisissä ikäännyvien kuntalaisten kanssa.



KUVIO 4. Kuntalaiskyselyssä todettuja sairauksia.

Vastanneista 78,83 % ei ollut koskaan tehty muistitestiä. 14,60 prosentille se oli tehty kerran ja useammin kuin kerran se oli tehty 6,57 prosentille. 33 henkilölle, joilla ei ollut lääkärin toteamaa muistisairautta, mutta jotka olivat huomanneet itsellään muistin huononemista, ei oltu tehty muistitestiä kertaakaan. Vastanneista 84,89 % oli sitä mieltä, että muistin heikkeneminen on luonnollinen osa vanhenemista. Tämä saattaa olla asia, joka estää tai viivyyttää muistitutkimuksiin hakeutumista. Osalla vastanneista (39,30 %) oli sellainen käsitys, että muistisairauden etenemiseen voidaan vaikuttaa varhaisella toteamisella, elämäntavoilla (38,86 %) ja seulonalla (13,97 %). Pieni osa (3,93 %) oli sitä mieltä, ettei muistin heikkenemiseen voida vaikuttaa.



KUVIO 5. Käsitys muistisairauden etenemiseen vaikuttamisesta.

Oikeanlainen tieto on tietysti tärkeää, jotta kuntalaiset voivat tehdä hyviä valintoja oman elämänsä suhteen. Vastaajista 40,22 % oli sitä mieltä, että sopivin tapa saada tietoa muistiin vaikuttavista asioista on kirjallinen materiaali ja 37,50 prosentin mielestä taas omalääkärin kertomana. Asiantuntijan pitämä yleisötilaisuus oli hyvä tapa saada tietoa 19,57 prosentin mielestä. Terveystiedon välittämisessä kannattaa siis käyttää monia kanavia. Kyselyyn vastanneista 90 % oli sitä mieltä, että muistiin ja muistisairauksiin voidaan vaikuttaa elämäntavoilla! Samoin muistisairauden varhaista toteamista pidettiin tärkeänä. Muistiterveyttä edistävän terveystiedon jakamiselle ja muistisairauksien varhaiselle toteamiselle on siis olemassa ”hyvä maaperä”.

Kyselyyn vastanneet kuntalaiset pitivät työterveyshuoltoa ja terveyskeskuksen vastaanottoja hyvinä sellaisten terveystarkastusten tekopaikkoina, joissa myös muistiin liittyvät asiat otetaan esiin. Uudenkaupungin vanhusneuvola Kompassi mainittiin vapaissa vastausvaihtoehdoissa myös hyväksi paikaksi muistiasioiden hoidossa.

Halukkuus ohjauksen ja neuvonnan piiriin kuulumiseen ilmenee myös siitä, että mikäli muistiongelmaa ilmenee, vastanneet toivoivat saavansa keskustella lääkärin tai hoitajan kanssa (38 %). Lisäksi toivottiin, että tilannetta seurattaisiin (30 %). Oli myös niitä, jotka toivoivat (16 %), että heille nimettäisiin sosiaali- ja terveyspalveluista yhdyshenkilö, joka tuntisi heidän yksilöllisen tilanteensa ja johon voisi ottaa yhteyttä.

Kuntalaiskysely on työntekijöiden luettavissa kokonaisuudessaan Vakkaportin kautta.

2.2 PALVELUORGANISAATION ITSEARVIOINTI

Hankkeen lähtötilanteen kuvaukseen kuului myös kuntien vanhustyön johtajille tehty kysely, jossa vanhustyön johtajat arvioivat muistisairaana palvelukokonaisuutta omassa kunnassaan ja ylikunnallista yhteistyötä. Tilastotietoa eli täsmällistä faktatietoa eri asioista ei ollut kaikilta osin käytettävissä, joten lähtötilanteen kuvaus perustuu seuraavalla asteikolla tehtyyn itsearviointiin.

Muistisairaana palveluiden arviointiasteikko:

0 = Palvelulle ei ole yhtenäistä, organisoitua ja vakiintunutta palvelumallia.

1 = Palvelu on pirstaleinen, toteutuu satunnaisesti.

2 = Käytössä on vakiintunut palvelumalli, joka kaipaa kehittämistä.

3 = Käytössä on vakiintunut, muistisairaana tarpeita vastaava, toimiva palvelumalli, joka ei tällä hetkellä kaipaa kehittämistä.

Itsearviointilomake on nähtävissä liitteessä 3.

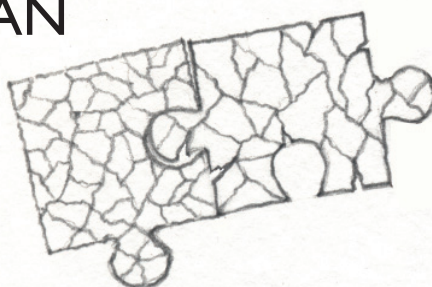
Itsearviointi suoritettiin siten, että vanhustyön johtajat kuvasivat yhteistä palaveria edeltävänä ennakkotyönä oman kuntansa osalta muistisairaana palvelukonaisuutta sanallisesti ja yhteisessä kokouksessa jokaisesta arvioitavasta asiasta keskusteltiin. Kirjallisten kuvausten ja yhteisen keskustelun perusteella jokainen kohta arvioitiin numeerisesti. Arvioinnit on esitetty numeerisessa muodossa taulukossa 4.

TAULUKKO 4. *Itsearviointi 2009.*

		Vehmaa	Kustavi	Taivassalo	Uusikau- punkki	Pyhäranta	keskiarvo
1	Ennaltaehkäisy	1	0	1	1	0	0,6
2	Varhainen toteaminen	1	1	0	2	0	0,8
3	Diagnoosin teko	3	2	2	3	2	2,4
4	Seuranta, ohjaus, neuvonta	2	1	2	2	1	1,6
5	Omaishoito	2	1	1	2	2	1,6
6	Päivätoiminta	1	0	1	2	0	0,8
7	Lyhytaikainen hoito	2	1	2	3	1	1,8
8	Kotihoito	2	2	1	3	2	2
9	Ympäri vuorokau- tinen hoiva	2	2	1	3	2	2
10	Saattohoito	2	2	1	3	2	2
11	Kuntarajat ylittävä yhteistyö	1	0	2	2	1	1,2
ka		0,76	0,48	0,56	1,04	0,52	0,67

Arvioinnin perusteella hanke kohdennettiin ensisijaisesti muistisairauksien ennaltaehkäisyyn, varhaiseen toteamiseen, diagnoosin jälkeiseen seurantaan ja omaishoitoon.

3 PALA KERRALLAAN



3.1 MUISTISAIRAUKSIEN ENNALTAEHKÄISY JA VARHAINEN TOTEAMINEN

Kyseisen avainhenkilöryhmän tehtävänä oli tehdä ehdotuksia toimenpiteistä, joilla voidaan tehostaa muistisairauksien ennaltaehkäisyä ja varhaista toteamista. Työryhmällä oli kaksi kokoontumista, joista toinen oli samalla koulutustilaisuus.

Suomessa on arviolta 7000–10000 alle 65-vuotiasta etenevää muistisairautta sairastavaa ihmistä (Käypä hoito -suositus 2010). Haastava työelämä saattaa paljastaa muistin ongelmat varhaisessa vaiheessa, mutta työikäisillä ei aina edes epäillä muistisairautta. Muistisairaus saatetaan virheellisesti diagnosoida esimerkiksi työuupumukseksi, masennukseksi tai päihteiden käytöstä johtuvaksi onoh- teluksi.

Heidi Härmä (2010) on tutkinut erityisesti työikäisten muistisairaiden ja heidän omaistensa kokemuksia kuntoutuspalveluista. Härmän tutkimuksen mukaan kuntoutusta ei ole työikäisille sairastuneille saatavilla riittävästi, kuntoutusket- jun alkupään palvelut ovat puutteellisia; lisäksi tiedonsaanti muistisairauksista ja kuntoutuspalveluista on vaikeaa. Kynnys käyttää palveluja saattaa osaltaan hei- kentää palvelujen saannin mahdollisuutta. Jos palveluja ei osata tai ei haluta pyy- tää, niitä ei automaattisesti kukaan tarjoa.

Kuntalaiskyselyn mukaan kuntalaiset ovat kiinnostuneita muistiasioista. Kun- talaiset myös toivovat, että muistiin liittyvät asiat otetaan puheeksi sosiaali- ja terveystyön vastaanotoilla. Kuntalaiskyselyyn vastanneet ihmiset myös tietävät varsin hyvin, että elämäntavoilla voi vaikuttaa muistiterveyteen.

Avainhenkilöryhmässä mukana olleet yhdeksän työterveyshoitajaa pitivät muis- titerveyden edistämistä ja muistisairauksien ennaltaehkäisyä asiana, joka kosket- taa heidän työtään. Ikääntyvien työntekijöiden terveystarkastuksia pidettiin hy- vänä mahdollisuutena ottaa muistiasiat esiin. Työterveyshoitajat päättivät lisätä muistiin liittyvän kysymyksen yli 50-vuotiaiden terveystarkastuksiin niin, että asia tulee todettua ja dokumentoitua. Mikäli asiakas kokee ongelmia muistiin liittyen, jatkotyöskentelyn muistilomakepohjat löytyvät terveyskeskuksen säh-

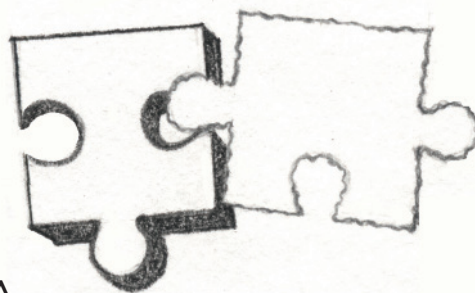
köisestä asiakastietojärjestelmästä kohdasta Työterveyshuolto -> Lomakepohjat -> Muistilomakepohjat. Työterveysvastaanotoilla päätettiin jakaa kirjallista materiaalia muistiterveyteen ja muistisairauksiin liittyen.

Ennaltaehkäisyä ja varhaista toteamista on sivuttu myös muiden avainhenkilöryhmien työskentelyssä.

Työryhmien tuloksena muistiterveyteen liittyvää kirjallista materiaalia jaetaan

- ikääntyneiden terveystarkastusten kutsukirjeen mukana kotona tutustuttavaksi
- ennaltaehkäisevien kotikäyntien yhteydessä
- työterveyshuollossa

Lisäksi työterveyshuollossa otetaan muistiasiat esiin yli 50-vuotiaiden terveystarkastuksessa.



3.2 MUISTISAIRAUSDIAGNOOSIN JÄLKEINEN TUKI JA SEURANTA

Muistikoordinaattori-avainhenkilöryhmän tehtävänä oli tutkia muistikoordinaattoritoiminnan resursoinnin mahdollisuudet, määritellä muistikoordinaattorin tehtävät ja toimintamuodot Vakka-Suomessa sekä asemoida muistikoordinaattorin toiminta osaksi sosiaali- ja terveystalouden toimintaa.

Valtakunnallisia kokemuksia muistikoordinaattoritoiminnasta on jo olemassa. Yksi muistikoordinaattori kykenee hoitamaan 50–60 perhettä, joissa on muistisairas perheenjäsen. Kaikilla asiakkailla ei ole samaan aikaan runsasta avun tarvetta. Koordinaattori-lääkäri-työparin kohtalaisen itsenäisen toiminnan sulauttaminen osaksi sosiaali- ja terveystalouden kokonaisuutta edellyttää työnkuvien ja vastuiden selkiyttämistä (Eloniemi-Sulkava ym., 2006). Suomessa muistikoordinaattorin toimintamalli kannattaisi toteuttaa keskikokoisissakin kunnissa, sillä jo 10 000 asukkaan kunnassa on riittävä määrä avohoidossa olevia muistisairaita yhden kokopäiväisen muistikoordinaattorin vastuulle. Keskeistä on koko perheen ja normaalin elämän tukeminen, perheen ja palvelujärjestelmän välissä toimiminen (Suhonen ym. 2008).

Oleennaista yksilökohtaisen palveluohjauksen (case manager) ideassa, jota muistikoordinaattorikin edustaa, on ajatus siitä, että asiakas saa oikea-aikaisesti yksilöllisiä palveluita ja palveluorganisaatiossa palveluita kohdennetaan oikein. Palvelun tarvitsijan ja tuottajan välisiä yhteistyöongelmia pyritään ratkaisemaan ruohonjuuritasolta lähtien yksittäisen ihmisen elämäntilanteesta ja hänen tarvitsemistaan palveluista käsin. Palvelujen käyttäjälle nimetään pysyvä henkilökohtainen vastuuhenkilö, joka tukee käyttäjää ja hänen läheisiään oikeiden palvelujen valinnassa. Vastuuhenkilö seuraa palvelujen käyttäjän tilanteen kehitystä ja muuttaa palvelukokonaisuutta tilanteen niin vaatiessa. Yksilökohtaisen palveluohjausmallin avulla on tarkoitus kohdentaa palveluita eniten tarvitseville. Myös palvelutarpeiden muutoksia voidaan seurata paitsi yksilöiden kohdalla myös yleisemmällä tasolla. (Ala-Nikkola & Sipilä).

Muistisairausdiagnoosin teon jälkeisessä seurannassa voidaan **tavoitteita** tarkastella sekä asiakkaan että palveluorganisaation näkökulmista. Asiakkaalle turvallisuus on tärkeää. Turvallisessa hoitosuhteessa asiakas (muistisairas ja omainen) tuntee avanneensa oven palvelujärjestelmään; asiakkaalla on hoitosuhde, joka tarjoaa avun ja ”vierellä kulkijan” kaikissa asioissa, ja asiakas voi luottaa siihen, että asioita hoidetaan eteenpäin tavalla tai toisella. Palveluiden tulisi olla helposti saatavia, jotta muistisairas ja häntä hoitava omainen voisivat keskittyä arkielämän haasteisiin avun tullessa ”yhden luukun” periaatteella. Ohjauksen ja neuvonnan laatua voidaan varmistaa myös sillä, että palvelun tuottajalla on riittävä asiantuntemus. Asiakas tulee ymmärretyksi hoitokontakteissa ja saa juuri muistisairaana tarpeisiin oikeaa palvelua. Asiakkaan kohdalla kokonaistavoite on hyvä elämän laatu.

Palveluntarjoajan näkökulmasta tavoitteena on palvelujärjestelmän tarkoituksenmukainen, kustannustehokas käyttö. Kustannustehokkuuden yhtenä tekijänä on tarkkaan harkittu työnjako henkilöstöryhmien välillä, alueellisesti ja palveluntuottajien kesken. Tavoiteltavaa on, että muistisairaana kotihoito voidaan mahdollistaa niin pitkälle kuin se kaikkien näkökulmista on hyvä ratkaisu. Palveluorganisaation jatkuva kehittyminen sekä henkilöstön mahdollisuus kehittää ammatillista osaamistaan on myös tavoiteltavaa.

Hankkeen johtoryhmän ja muistikoordinaattori-avainhenkilöryhmän ilmaiset ajatukset diagnoosin jälkeisestä seurannasta on kiteytetty seuraavassa:

Diagnoosin jälkeisen seurannan ja ohjauksen toivottavia **sisältöjä**:

- ensitieto muistisairaudesta ja sopeutumisvalmennus
- lääkityksen seuranta ja ohjaus
- sairauden kulun seuranta ja oikea-aikaiset toimenpiteet
- yleistilan ja toimintakyvyn säilymiseen tehdään hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelma, joka sisältää seurannan ja ohjauksen; suunnitelma pidetään ajantasaisena
- palvelutarpeiden arviointi niin, että palvelut vastaavat muistisairaana ja omaishoitajan tilannetta (ateriapalvelu, pesuapu, lyhytaikaishoito)

- sosiaalisista etuuksista huolehditaan tiedottamalla ja hakemusten täyttämässä avustetaan
- omaishoitajan tukitoimet.

Arvioinnissa ja seurannassa käytetään sovittuja **mittareita**. Arviointien kohteina ovat

- fyysinen toimintakyky
- kognitiivinen toimintakyky
- sosiaalinen turvaverkko, hoitavan omaisen tilanne
- taloudellinen tilanne
- selviytyminen elinympäristössä (asioiden hoitaminen, asunnon esteettömyys, apuvälineet)
- juridiset toimenpiteet (asioiden hoitaja, edunvalvoja, hoitotahto).

Diagnoosin jälkeinen seurannan ja ohjauksen **strategia** tulee kirkastaa. Työnjako tulee muuttumaan muistikoordinaattoritoiminnan vakiintumisen myötä.

Lääkärin työhön kuuluvia asioita:

- diagnoosin selvittely
- diagnoosin kertominen
- asiakkaan luvalla yhteyden ottaminen muistihoitajaan (tietojen siirto)
- lääkehoito (muistisairaus + muiden sairauksien lääkehoito)
- lähetteet
- tarvittavat lääkärinlausunnot
- yhteydenpito sovitulla tavalla omaan hoitajaan, konsultaatioapu
- asiakkaan tapaaminen tarvittaessa ja määrääkaistarkastukset.

Muistisairaahan omahoitajiin ja kuntien tulevien muistikoordinaattorien työhön liittyviä asioita:

- diagnoosin jälkeinen kotikäynti (lääkäriltä saadut lähtötiedot)
- sovittujen mittareiden avulla lähtötilanteen selvitys ja kirjaaminen
- muistisairaahan ja omaisen jatkuva ohjaus
- palvelutarpeen jatkuva arviointi ja tilanteen edellyttämien asioiden toimeenpano
- ongelmatilanteiden ennakointi
- yhteistyö lääkärin kanssa sovitulla tavalla.

Muistikoordinaattori-avainhenkilöryhmä käynnisti laajan muistihoitajakoulutuksen. Kaikista hankekunnista osallistui työntekijöitä muistihoitajakoulutukseen, jonka hankekunnat ostivat Kankaanpään opistolta. Kahdessa koulutuskokonaisuudessa oli mukana yhteensä 46 hoitajaa. Koulutuksen laajuus oli 15 opintoviikkoa. Kaksi sairaanhoitajaa lähti tammikuussa 2012 muistikoordinaattorikoulutukseen. Hankekunnat ovat siis huolehtineet osaamisen kehittämisestä

erinomaisen hyvin. Muistihoitajaverkoston ollaan perustamassa ja sen tarkoitus on kokoontua säännöllisesti. Muistikoordinaattoritoiminta on aloitettu pilottina ja myös ”pikkukunnista” on ollut asiakkaita toiminnan piirissä.

Muistikoordinaattori-avainhenkilöryhmä ja muistikoordinaattorikoulutukseen lähtevät henkilöt jatkavat yhteistyötä. Yhteistyön tavoitteena on, että muistikoordinaattoritoiminnan ”Vakka-Suomen mallia” rakennetaan opintojen kuluessa yhteistyössä.

Työryhmän tuloksena

- muistisairaahan hoidon osaamisvalmiuksia vahvistettiin merkittävästi koko hankealueella, kunnat ostivat koulutukset omarahoitteisina, toteutus ei ollut hanketoimintaa
- muistikoordinaattoritoiminta käynnistyi pilottina ja tulee siitä vahvistamaan muistikoordinaattoreiden myötä.



3.3 OMAISHOIDON TUKIMUOTOJEN KEHITTÄMINEN

Kyseisen avainhenkilöryhmän tehtävänä oli tunnistaa ja arvioida ne tukimuodot, joita muistisairaasta läheistään hoitavalla on käytössä sekä tehdä parannusehdotuksia läheistään hoitavan tukimuotoihin. Lisäksi ryhmän tehtävä oli tehdä strategia liittyen siihen, miten muistisairaasta läheistään hoitavan tukeminen toteutuu.

Muistisairaahan omaishoito on poikkeuksellisen raskasta. Taudin huono ennuste, hoidettavan hitaasti heikkenevä terveydentila sekä hänen persoonallisuutensa köyhtyminen ja muuttuminen vieraaksi aiheuttavat omaishoitajalle erityistä psyykkistä painetta. Perheenjäsenillä on erityisen raskasta dementoivan sairauden toteamisen jälkeen. Edetessään tauti aiheuttaa uniongelmia, vaeltelua ja muita käytösoireita, jotka kuormittavat lisää omaishoitajaa. Tavallisimpia hait-

toja ovat yöunen keskeytyminen, krooninen väsymys, lihaskivut, ruokailun epäsäännöllisyys ja oman ajan puute. Dementiapotilaan omaishoitajaa altistavat uupumiselle heikko terveydentila, sosiaalisen elämän kapeutuminen ja positiivisen näkemyksen puuttuminen. Taudin edetessä tilanne saattaa johtaa jopa hoidettavan kaltoinkohteluun. (Hyvärinen, Saarenheimo, Pitkälä & Tilvis, 2003)

3.3.1 Muistisairasta hoitavien perheiden tukimuodot kunnissa

Hankkeen tavoitteena oli ylikunnallisten toimintamallien kehittäminen. Omaishoito on kunnallisessa palvelujärjestelmässä osa sosiaalipalveluita. Hankkunnat ovat terveystaluiden tuottamisen suhteen yhteistoiminta-alueita mutta sosiaalipalvelut tuotetaan kuntakohtaisesti. Tästä syystä hankkeen aikana ei tehty päätöksiä ylikunnallisesti yhteisistä toimintatavoista, vaan tuotettiin pohjamateriaalia kuntakohtaiselle kehittämistyölle. Kyseisen avainhenkilöryhmän toimesta myös seurattiin muistisairaana ja häntä hoitavan läheisensä arkipäivää.

Avainhenkilöryhmä kartoitti aluksi niiden omaishoitajien lukumäärän (taulukko 5), jotka hoitavat muistisairasta läheistään. Koska kunnat ovat väestömääriltään erilaisia, on selvää, että myös omaishoidettavien määrä on hyvin erilainen.

TAULUKKO 5. *Muistisairasta omaistaan hoitavien määrä kunnittain 2010.*

Kunta	Muistisairasta hoitavien omaishoitajien määrä
Kustavi	8 omaishoidettavaa
Uusikaupunki	23 muistisairautta sairastavaa omaishoidettavaa (40 omaishoidettavaa yhteensä)
Vehmaa	muistisairautta sairastavaa omaishoidettavaa (5 omaishoidettavaa yhteensä)
Taivassalo	3 muistisairautta sairastavaa omaishoidettavaa
Pyhäranta	tietoja ei saatu

Avainhenkilöryhmä kartoitti myös tällä hetkellä tarjolla olevia tukimuotoja (taulukko 6).

TAULUKKO 6. Tukimuodot, joita muistisairaana omaishoitoperheet saavat 2010.

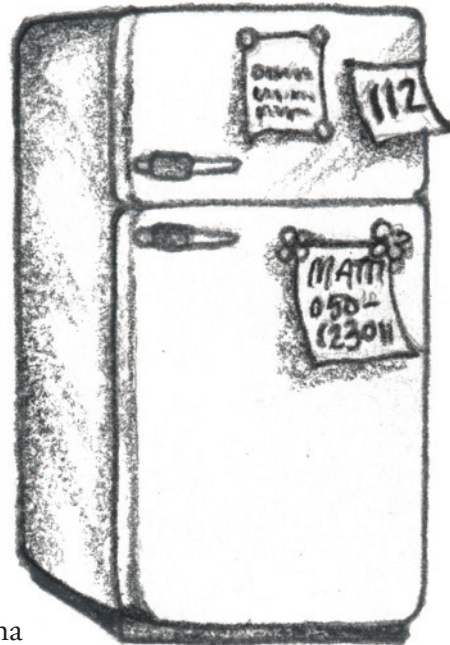
Kunta	Tukimuodot
Kustavi	<ul style="list-style-type: none"> - omaishoidon tuki - omaishoitajan vapaapäivät - kotihoidon tukipalvelut
Uusikaupunki	<ul style="list-style-type: none"> - omaishoidon tuki - virkistysseteli, jolla omaishoitaja voi ostaa hoitajan kotiin muutamiksi tunneiksi kerrallaan (12 tai 24 tuntia /kk tukiluokasta riippuen. Setelit on käytettävä kuukausittain. Seteleitä ei myönnetä, jos hoidettavalla on säännölliset intervallijaksot.) - omaishoitajan vapaapäivät 3/kk - intervallihoito - kotihoidon tukipalvelut
Vehmaa	<ul style="list-style-type: none"> - omaishoidon tuki - intervallihoito Margareeta-kodissa (alustavasti) - kotihoidon tukipalvelut
Taivassalo	<ul style="list-style-type: none"> - omaishoidon tuki - 1-2 päivää vapaata /kk - srk:n järjestämä 1 virkistyspäivä /vuosi - intervalliviikkoja palvelutalossa, vanhainkodissa tai dementiayksikössä - päivätoiminta - kotihoidon tukipalvelut
Pyhäranta	<ul style="list-style-type: none"> - tietoja ei saatu

3.3.2 Kehittämisehdotuksia

Tukimuotoja analysoimalla tuli esiin seuraavia kehittämiskohteita.

Ryhmätoiminta

Ryhmätoiminta olisi jaksamista lisäävä tukimuoto sekä omaishoitajille että kotona asuville muistisairaille. Muistisairaat hyötyisivät virikkeistä ja virkistystä tarjoavasta päivätoiminnasta. Päivätoiminta antaisi omaishoitajalle vapaahteen tai mahdollisuuden asiointiin kaikessa rauhassa. Omaishoitajille tärkeitä vertaistapaamisia olisi hyvä järjestää sellaisina ryhmätapaamisina, joissa on eriytetty ohjelma omaishoitajille ja omaishoidettaville.



Kotiympäristöt

Kotona selviytymistä voidaan helpottaa lisäämällä turvallisuutta ja toimintaedellytyksiä. Toimintakykyä tukevat apuvälineet tulisi saada käyttöön oikea-aikaisesti ja asiantuntevasti, samoin kuin kotiympäristöjen turvallisuutta lisäävät laitteet (turvalukot, sähkölaitteet, paloturvallisuuteen liittyvät laitteet, hälytyslaitteet). Apuvälineet ja turvalaitteet ovat erityisvarusteita ja ihmisten ei voida olettaa tietävän niistä. Perheen kanssa kontaktissa olevan sosiaali- tai terveystyön henkilöstön tehtävänä olisi kodeissa tapahtuva arviointi ja hankinnoissa avustaminen. Helposti toteutettava turvallisuutta lisäävä tekijä on lista niistä puhelinnumeroista, joihin otetaan yhteyttä, kun apua tarvitaan. Omaishoitajien arkea seuranneista ryhmistä yksi ryhmä teki omaishoitajalle tällaisen ”apuvälineen” ja sen merkityksen todettiin olevan yllättävän suuri.

Osa omaishoitajista ei ole halukkaita tuomaan läheistään esim. päivätoimintaan. Kotiin tuotetut palvelut palvelisivat heitä paremmin. Kotimiespalvelu on kustannuksiltaan kallista, joten haasteena olisi saada aktivoitua kuntien vapaaehtoistyötä esimerkiksi ulkoilukaveri- ja juttukaveritoimintaan ja ehkä myös lyhytaikaiseen kotimiestoimintaan omaishoitajan asioinnin ajaksi.

Kontakti palvelujärjestelmän kanssa

Omaishoitajien terveydentilaa ja elämäntilannetta on hyvä seurata. Omaishoitaja ei aina itsekään huomaa omaa rasittuneisuuttaan ja omiin ”pikkuvaivoihin” ei tule välttämättä kiinnitettyä huomiota, kun arki pyörii hoidettavan ympärillä. Omaishoitajien terveystreffit terveydenhoitajan kanssa vuosittain on hyvä käytäntö.

Alkava muistikoordinaattoritoiminta selkiyttää palvelujärjestelmää ja tuo muistisairauksiin perehtyneen työntekijän palveluita lisää kotihoidossa olevien saataville. Muistikoordinaattoreiden toimenkuvan muotoutumisen myötä syntyy myös työnjako perheiden seurannan ja tukimuotojen toteuttajien kesken. Muistisairaille ja myös omaishoitajille on eduksi, että he voivat hoitaa mahdollisimman monia asioita saman työntekijän kanssa.

Mahdollisuuksia tarjoavia resursseja

Kuntien mahdollisuudet tuottaa muistisairaille ja omaishoitajille vaihtelua ja virkistystä tuovia asioita ovat hyvin rajalliset. Tarvetta kuitenkin olisi ja yhteistyö kolmannen sektorin (seurakunnat, eläkeläisjärjestöt, yhdistykset) kanssa saattaisi tuottaa hyviä tuloksia. Pysyvien käytäntöjen aikaansaaminen edellyttää sekä organisointia että koordinoitua, ja ehkä myös jonkinlaista valmennusta.

Vanhusneuvostot voisivat alueellisesti olla aktiivisia toimijoita ja organisoijia ja yhteydet Omaiset ja Läheiset Liiton kanssa voisivat olla tiiviimmät. Tulevaisuuden mahdollisuutena nähtiin e-palvelut, joista Hyvinvointi-TV on jo osoittautunut käyttökelpoiseksi. Varsinais-Suomen muistiyhdistys ry:n hankkeen Vapaaehtoisavustajat muistiasiakkaille 2011–2015 sisältää seuraavia toimintoja:

- välitetään vapaaehtoisia avustajia arjen toimintoihin (asioinnit, retket, liikunta jne.)
- koulutetaan muistisairaiden asiakkaiden avustamisesta kiinnostuneita vapaaehtoisia
- ohjataan, neuvotaan ja tuetaan avustamiseen liittyvissä asioissa asiakkaita, omaisia ja läheisiä sekä avustajia.

Hanke laajenee Vakka-Suomen alueelle 2014, joten uusia avauksia saattaa tulla myös sen kautta.

3.3.3 Lyhytaikaishoidon ja päivätoiminnan kehittäminen

Omaishoito ja omaishoidon tukimuodot ovat pitkälti sosiaalipalveluiden alaista toimintaa kunnissa. Sosiaalipalvelut toteutetaan kuntakohtaisesti, niiden suhteen hankekunnat eivät ole yhteistoiminta-alueita. Hankkeen tavoitteena oli alueellisesti yhtenäisten käytäntöjen kehittäminen, joten esiin nostetut kehittämiskohteet sekä lyhytaikaishoidon ja päivätoiminnan kriteerit jäivät materiaaliksi kuntakohtaiselle kehittämistyölle.



Avainhenkilöryhmä määritteli seuraavat kriteerit hyvälle **lyhytaikaishoidolle**:

- Lyhytaikaishoitoon pääsee joustavasti. Tavoitteena on, että kynnys lyhytaikaishoitoon tulolle olisi asiakkaille matala. Lyhytaikaishoitoa toteutetaan turvallisessa ja tutussa paikassa. Paikka voi tulla tutuksi esim. ryhmätoiminnan, päivätoiminnan tai vastaanottotoiminnan kautta. Lyhytaikaishoitoon voisivat alkuun tulla tutustumaan sekä omaishoitaja että hoidettava yhdessä.
- Henkilökunta tuntee asiakkaan mahdollisimman hyvin. Lyhytaikaishoitoa toteuttavan yksikön henkilökunta tekee kotikäyntejä ja on siten paremmin selvillä asiakkaan tilanteesta. Pysyvä henkilökunta on tietysti ihanne, mutta henkilöstön vaihtuvuuteen voidaan vaikuttaa rajallisesti.
- Mikäli kunnissa lähdetään kehittämään lyhytaikaishoitoa, sen on hyvä olla toimintaideologialtaan kuntouttavaa (ks. Sampo-hankkeen loppuraportti 2010).

Avainhenkilöryhmä määritteli seuraavat kriteerit muistisairasta ja häntä hoitavaa läheistä parhaalla tavalla palvelevalle **päivätoiminnalle**:

- Heti diagnoosin teon jälkeen hoitoa koordinoivalta henkilöltä tulisi saada tietoa päivätoiminnasta (missä, miten käytetään, mitä maksaa, mitä pitää sisällään) ja sairauden edetessä kertaavaa tiedottamista.
- Päivätoiminnan tulee olla asiakaslähtöistä matalan kynnyksen toimintaa. Päivätoimintaan voi sovitusti tulla joko muutamaksi tunniksi (parkkipalvelu) tai säännölliseen kokopäivän hoitoon.
- Päivätoiminnan vetäjä on saanut koulutuksen ja paneutunut muistisairaahan virikkeelliseen toimintaan (muistihoitajakoulutus). Vetäjien pysyvyys on tärkeää, sillä muistisairaahan on vaikeaa luoda aina uusia vuorovaikutussuhteita.
- Päivätoimintaan rinnakkaiseksi yhdistetyllä omaishoitajien vertaistukiryhmällä helpotetaan omaishoitajan osallistumismahdollisuutta (sovitut yhteispalvelupäivät).

Sekä päivätoiminnan että lyhytaikaishoidon toteutuksessa tiedonkulkua ja toiminnan tavoitteellisuutta painotettiin. Tiedottamisessa tärkeää on, että tieto kulkee palvelujärjestelmässä eri hoidon toteuttajien välillä sekä omaishoitajan ja hoidon toteuttajan välillä. Tiedonkulkua voi parantaa kehittämällä reissuvihkoja hoitosuunnitelmakäytäntöjä.

Kuntien erilaisesta koosta johtuen muistisairasta läheistään kotona hoitavien määrä on hyvin erilainen. Kuntien mahdollisuus järjestää kohdennettuja palveluita on näin ollen pienissä kunnissa hankalaa. Varsinkin pienissä kunnissa päivätoiminnan ja lyhytaikaishoidon saatavuus on iso kysymys. Selvitysten perusteella (Omaiset ja Läheiset Liitto ry) kotona asuvalle muistisairaalle tarjottava päivätoiminta ja lyhytaikaishoito tukevat merkittävästi sekä muistisairaahan hyvinvointia että hoitavan omaisen jaksamista. Tämä tulee konkreettisesti ilmi kotona asuvien pariskuntien seurantaraporteissa: intervallihoidosta on positiivisia kommentteja, sillä silloin omaishoitaja on voinut nukkua yönsä kunnolla ja muistisairas on voinut kuntoilla. Toisessa omaishoitosuhteessa omaishoitaja on kaivannut lyhytaikaishoitoa jaksamisen tueksi.

3.3.4 Muistisairasta läheistään hoitavan arki

Kyseisessä avainhenkilöryhmässä nousi esiin se, että muistisairaahan perheissä valmius ja halukkuus ottaa vastaan jaksamista ja toimintakykyä tukevaa apua tai palvelua saattaa olla alhainen – toisin sanoen halutaan tulla toimeen omin avuin. Itsemääräämisoikeutta ja jokaisen omaa elämäntapaa tulee tietysti kunnioittaa, mutta toisaalta tutkimukset osoittavat, että omaishoitajat



puurtavat yksin ja ovat vaarassa uupua ilman jaksamista tukevia palveluita. Sama asia on tullut esiin myös tehdyissä tutkimuksissa ja asiantuntijapuheenvuoroissa (esim. Hyvärinen ym., 2003; Haapaniemi, Leino, & Routasalo, 2006; Pitkälä 2010).

Avainhenkilöryhmän jäsenet valitsivat kuntakohtaisesti seurattaviksi perheet, joissa yksi perheenjäsen sairastaa muistisairautta. Perheisiin tehtiin kotikäyntejä ja heitä tavattiin myös esimerkiksi palvelukeskuksen saunapalveluiden yhteydessä. Perheiden arkea seuranneet avainhenkilöryhmän jäsenet kirjasivat päiväkirjanomaisesti havaintojaan ja keskusteluissa esiin nousseita asioita. Yhteisenä seurantaa ohjaavana ajatuksena oli saada esiin niitä vahvuuksia ja mahdollisuuksia, joiden turvin kotona asuminen onnistuu ja toisaalta niitä heikkouksia, jotka koetaan arjessa selviytymistä uhkaavina asioina. Perheitä seurattiin pisimmillään noin vuoden ajan. Seurattavat pariskunnat olivat eläneet yhdessä pitkään, 30-60 vuotta.

Omaishoitajia väsyttäviä asioita

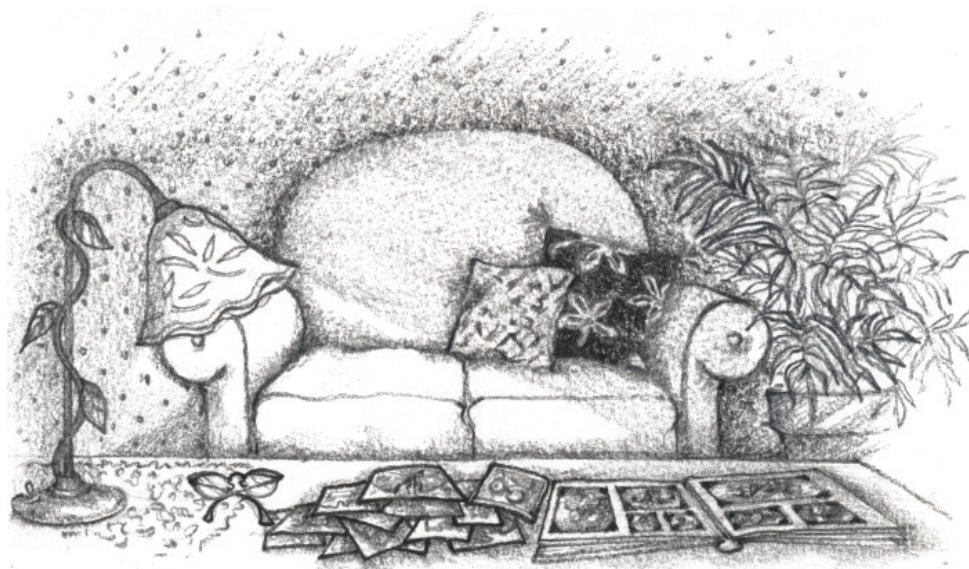
Omaishoitajien jaksamista ja hyvinvointia heikentäviä asioita havaittiin seurannoissa melko paljon. Omaishoitaja väsyi, ymmärrettävästi kyllä, muistisairaana toistaessa samoja asioita samoilla sanoilla uudestaan ja uudestaan (”vaimo höpöttää samoja asioita kymmeniä kertoja”). Omaishoitajan yöuni jää katkonaiseksi (”ei uskalla nukkua”, ”on oltava varpaillaan”) ja väsymys myös madaltaa puolison muuttuneen käyttäytymisen sietokykyä. Oma hyvinvointi vaarantuu, jos univaje on pitkäkestoinen. Muistisairaana käyttäytymisessä tapahtuvat muutokset, kiukuttelu ja epäasianmukainen toimiminen koettelevat omaishoitajaa niin fyysisesti kuin henkisesti. Tavaroiden hukkaaminen ja epäohdonmukaisuus arkisissa toimissa teettävät työtä. Erityisen rankaksi arki koetaan silloin, kun muistisairaana pidätyskyky heikkenee.

Muistisairaana toimintakykyä ylläpitäviä asioita

Yhteinen tekeminen, esimerkiksi ruuan laittaminen (”peruna käteen ja kuorimaan”) koettiin toimintakyvyn säilymisen kannalta tärkeäksi. Totuttujen rutiinien tekeminen, vaikka tyyli hieman muuttuikin, pitää elämässä kiinni: päivän sanomalehtien lukeminen (”Se lukee Turun Sanomat 3-4 kertaa päivässä ja aina on uutta asiaa joka lukemalla.”), television katselu ja arkinen puuhailu. Puutarhatyöt koettiin hyväksi harjoitteluksi, lihaskunto kehittyy ja tulee ulkoiltua. Monet harrastivat kävelylenkkien tekemistä yhdessä ja ajan viettämistä ostoskeskuksessa. Toimintakykyä ylläpitäviin asioihin mainittiin myös pelien pelaaminen – hieno asia, sillä peleissä usein pitää käyttää päättelykykyä ja muistia. Yhteisiin asioihin kuului joillakin hartauden harjoittaminen, joillakin matkustaminen. Yhdellä muistisairaalla oli fysioterapeutin te-



kemä liikuntaohjelma, ja sen mukaisia harjoituksia tehtiin vaihtelevasti. Kaiken kaikkiaan monet viettävät aktiivista arkea ja toimintakyky pysyy yllä tuttuja arkisia asioita tekemällä.



Rentoutuminen ja yhteisöllisyys

Omaishoitajan rentoutumiskeinoina mainittiin omien askareiden tekeminen, olkoon ne sitten käsitöitä tai remonttihommia. Esiin tuli myös alkoholin käyttö rentoutuskeinona. Seurattaville perheille sosiaalinen tukiverkko oli hyvin merkityksellinen. Joillekin ystävät toimittivat kauppa-asioita, hoitivat kyydityksiä ja kävivät antamassa siivousapua. Jollekin naapuri toi postin ja seurasi asioiden sujumista. Omat lapset huolehtivat monista yleisistä asioista, kuten lääkkeiden jaoista. Sosiaalinen verkosto tarjosi myös virkistystä ja iloa. Omaishoitajat kokivat ahdistusta siitä, että puoliso ei mahdollisesti tulevaisuudessa pärjää enää kotona (”yhdessä on hyvä olla”, ”turva on olla kotona”). Haastattelijoiden huomio oli, että akuuttitilanteiden varasuunnitelma puuttuu. Se saattaisi olla helposti tehtävissä jokaiselle.

Tutkimuksista tiedetään, että omaishoitajat ovat yleensä vastahakoisia hakemaan apua. Sama kävi toteen seurattavien pariskuntien kohdalla. Vaikka selkeää fyysistä ja henkistä väsymystä oli olemassa, apua ei otettu esimerkiksi lyhytaikais-hoidon muodossa vastaan.

Tutkimuksissa ilmi tulleita syitä haluttomuuteen antaa sairastunut omaisen muuten hoitoon on mm. pelko hoidettavan kunnan heikkenemisestä vieraan hoidossa ja hoidettavan haluttomuus antautua muuten kuin omaisen hoidettavaksi (Hyvärinen ym., 2003). Pelko ei aina ole aiheeton, mikä kävi ilmi yhden seurattavan kohdalla: hoitava omaisen oli toimittanut muistisairaansa puolisonsa päivystyk-

seen vatsakipujen vuoksi illalla. Muistisairas ei päivystyspoliklinikan ympäristössä kovin hyvin pysty itse huolehtimaan asioista ja saattaa ”jäädä jalkoihin”. Ehkä näin oli käynyt, sillä aloitettavaksi määrätty antibiootti oli aloitettu vasta aamulla, ja potilas oli kuumeisessa horkassa ja sekava. Kunto romahti nopeasti, ja toipumisprosessi oli monivaiheinen ja viikkojen pituinen.

Muistisairaahan ihmisen omaehtoisella, arkisidonnaisella kuntoutuksella voi olla suuri merkitys sairastuneen elämänlaadun kannalta. Omaehtoisella kuntoutuksella tarkoitetaan palvelujärjestelmän ulkopuolella olevia kuntoutumista tukevia asioita; niitä mielekkäitä arjen toimintoja, joita muistisairas ihminen ja hänen ystävänsä tai perheensä voivat tehdä yhdessä. (Granö & Pikkarainen, 2010). Omaehtoista kuntoutusta voivat olla muistisairaahan ihmisen omien mieltymysten mukaiset toiminnot ja harrastukset, jotka ovat olleet osana elämää myös ennen sairastumista.

Arkisidonnaisia kuntoutusmuotoja olivat mm. liikunta, kirjallisuus, musiikki, käsityöt, kotityöt sekä läheisyys ja yhdessä olo. Käytettyjä liikuntamuotoja olivat jumppa, pingis, hiihto, uinti, kävely (myös porraskävely 2-kerroksisessa asunnossa), koiran kanssa lenkkeily ja pyöräily (Helo, 2011). Seurattavilla pariskunnilla arkisidonnainen, toimintakykyä ylläpitävä toimiminen tuli esiin tärkeänä osana päivää: yhteinen ruoan laitto, kävelylenkit, TV:n katselu, ystävien tapaaminen jne. Näitä on varmasti hyvä nostaa esiin arvostavalla tavalla, jos ja kun sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijät ovat perheiden kanssa kontaktissa. Yhdellä perheellä oli käytössä fysioterapeutin tekemä liikuntaohjelma; se antaa motivaatiota ja innostaa tekemään päivittäisiä harjoitteita.

Elämäntilanteeseen saatettiin sairaudesta huolimatta olla tyytyväisiä, vaikka tietoa, tukea ja palveluja oli saatavilla vain vähän tai ei ollenkaan. Sitoutuminen omaan puolisoon ja hänen hoitamiseensa kuului luonnollisena osana elämään. Helon (2011) tutkielman mukaan yhdessä eläminen saattaa myös olla merkittävä kuntoa ylläpitävä tekijä: hänen haastattelemansa pariskunnat kokivat pitkän yhdessäolon ja elämänhistorian antavan mahdollisuuksia myös kuntouttavaan elämäntapaan, sillä yhteinen muistelu ja yhteisistä ystäväistä ja tuttavista puhuminen koettiin hyvänä tapana olla vuorovaikutuksessa muistisairaahan puolison kanssa. Avioliiton koettiin myös velvoittavan siihen, että yhdessä ollaan ja toimitaan, myös vanhana ja sairaana.

Seurattavat pariskunnat olivat tottuneet tulemaan omillaan toimeen. Se on tietysti hyvä asia, mutta vaarana on se, että he eivät saa oikea-aikaista tietoa sairauden ja elämäntilanteen muuttuessa. Omaishoitajan kommentti, että pitäisi olla ”tietoa, ettei tarvitsisi tapella, kun yrittää hoitaa asioita”, osoittaa tiedottamisen vaikeuden ja haasteellisuuden. Tietoa on, mutta miten se saavuttaisi oikea-aikaisesti kuntalaiset?

Seurannan aikana tuli selkeästi ilmi se, että tutun työntekijän kanssa syntyy sellainen luottamus, joka on voimavaratekijä perheille. Yhden seurattavan perheen kohdalla tilanne on ollut se, että ympärillä elävät ihmiset ovat huomanneet avun tarpeen, mutta pariskunta ei ole päästänyt ketään apua tarjoavaa lähelleen. Seurantaan tekevän työntekijän kuitenkin toivottiin tulevan uudelle käynnille. Sama kokemus oli muissakin seurantasuhteissa: luottamus rakentuu vähitellen ja kun se on rakentunut, päästään hienosti tukemaan perheen arkipäivän elämää. Seurantaan tehneet työntekijät menivät perheisiin sillä asenteella, että heidän arkipäivän elämästään ollaan kiinnostuneita, ei vain hoitajana ja hoidettavana tai palveluiden tarjoajana ja palveluiden käyttäjänä. Perheet kuitenkin saivat asian- tuntevia neuvoja ja jopa interventioita tapahtui näiden keskustelujen tuloksena: yhteen perheeseen laadittiin kirjallinen suunnitelma äkillisen avuntarpeen varalle, toisen perheen kanssa täytettiin omaishoidon tukianomus ja he pääsivät näin virallisen omaishoitojärjestelmän piiriin.

Sosiaaligerontologi Jyrkämä (2008) on tuonut esiin juuri tätä uudenlaista (!) kohtaamista, jossa on ihminen omassa toimintaympäristössään: mitä ikääntyvä ihminen osaa, kykenee, haluaa, tuntee ja mitä hänen tietyssä tilanteessa täytyy tehdä tai olla tekemättä, ja mitä juuri tietty tilanne mahdollistaa – tällainen ihmistä kunnioittava yksilöanalyysi avaa mahdollisuuksia tukea ihmistä selviytymään omassa ympäristössään. Seurantojen perusteella keskusteluun kannattaa nostaa yleinen työjakomalli asiakkaiden hoidossa ja palvelussa, sillä omahoitaja ja omalääkärijärjestelmällä saadaan rakennettua luottamuksellisia asiakassuhteita.

Yksittäisenä asiana on vielä huomioitava, että myös asiakkaiden alkoholin käyttö on asia, johon työntekijöiden kannattaa kiinnittää huomiota. Tämä nousi esiin yhdellä seurattavista perheistä ja Helo (2011) nostaa saman asian esiin. Omaishoitajan työn raskaus saattaa altistaa alkoholin liikkakäytölle ja muistisairas ei aina pysty kontrolloimaan alkoholin käyttöönsä. Tähän asiaan on otettu kantaa hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelma -avainhenkilöryhmässä ottamalla käyttöön AUDIT-mittari.

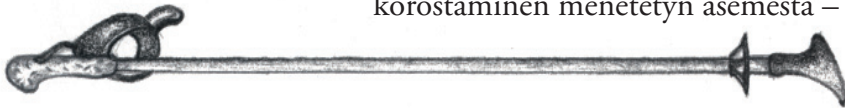
Työryhmän tuloksena

- alueellisesti syntyi sellainen käytäntö, että ennaltaehkäisevien kotikäyntien yhteydessä koteihin jätetään Muistiliiton Tee riskitesti -lomakkeen ensimmäinen sivu (ei muistitestisivua). (Liite 3)
- tuotettiin kehittämissuunnitelmia kuntakohtaiselle kehittämistyölle
- seurattiin kunnissa omaishoitajien arkea.

3.4 MUISTISAIRAAN HOITO JA KUNTOUTUS

Avainhenkilöryhmän tehtävänä oli määritellä muistisairaahan kuntoutukseen / toimintakykyä ylläpitävään hoitoon kuuluvat asiat ja mahdolliset interventiot sekä tehdä ehdotus muistisairaahan kuntouttavan toiminnan yhtenäisiksi alueellisiksi käytännöiksi (mm. lomakkeet, toimenpiteet). Tätä varten perustettiin avainhenkilöryhmä Hoito- ja palvelusuunnitelman kehittämisen hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmaksi. Avainhenkilöryhmällä oli seitsemän kokoontumiskertaa.

Suunnitelmallinen ja tavoitteellinen kuntoutus on osa muistisairaahan ihmisen hyvän hoidon kokonaisuutta. Kuntoutuksella tavoitellaan mahdollisimman hyvää toimintakykyä ja elämänlaatua etenevästä muistisairaudesta huolimatta. Kuntoutuksella pyritään erityisesti sairastuneen voimavarojen ja omatoimisuuden sekä hallinnan tunteen ylläpitämiseen ja parantamiseen. Voimavarakeskeisyys – jäljellä olevan korostaminen menetetytyn asemesta –



on aina ollut osa kuntoutusajattelua. Kuntoutus on potilaan itsenäisyyden ja itsemääräämisoikeuden lisäämistä tilanteissa, joissa sairastuminen heikentää hänen elämänsä laatua. Kuntoutukseen kuuluu myös sairastuneen läheisen voimavarojen tukeminen ja lähiympäristön muokkaaminen sairastuneen toimintakykyä tukevaksi esimerkiksi apuvälineiden avulla. (Muistiliitto 2009)

Kuntoutus on vähän hyödynnetty toimintamuoto muistisairaiden hoidossa. Kuntoutuksen tavoitteet ja keinot vaihtelevat sairauden eri vaiheissa (taulukko 7). Varsinaisen kognitiivisen kuntoutuksen vaikuttavuus on epäselvä, mutta virikkeellisestä toiminnasta näyttää olevan hyötyä vielä keskivaikeassakin dementiassa. Se parantaa henkistä suorituskykyä ja mielialaa, vähentää käytösoireita sekä parantaa elämänlaatua. Aktiivinen liikunta sen muodosta riippumatta näyttää parantavan henkistä suorituskykyä, kommunikaatiokykyä, mielialaa ja toimintakykyä dementian kaikissa vaiheissa. Toimintaterapeuttinen ohjaus parantaa arkiselviytymistä ja vähentää käytösoireita. Ravitsevaan ruokaan tulee kuntoutussuunnitelmassa kiinnittää erityistä huomiota. (Suhonen ym. 2008)

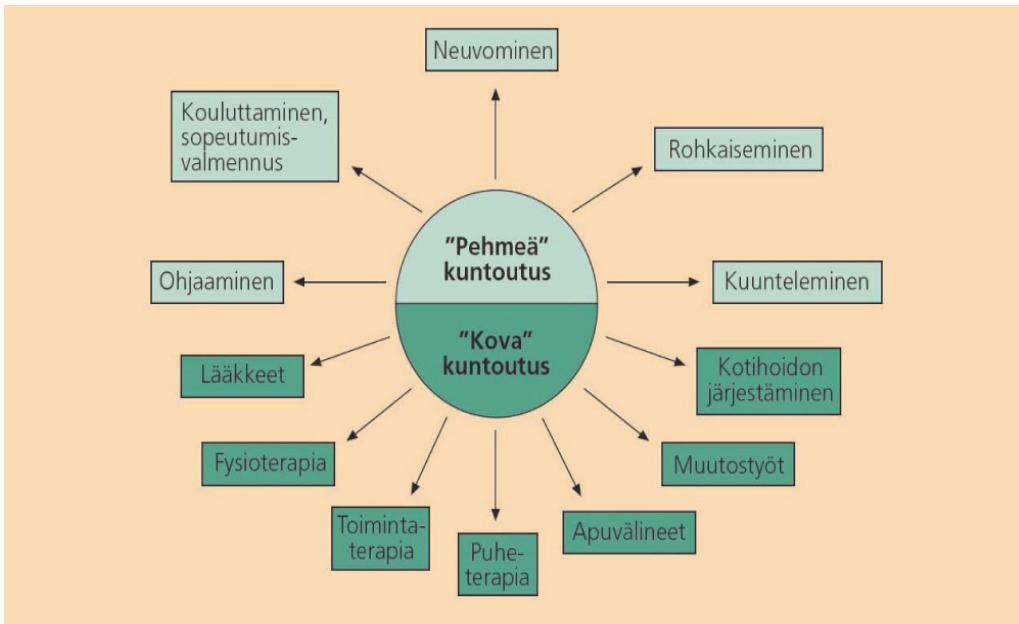


TAULUKKO 7. *Kuntouttavan hoidon tavoitteita muistisairauden eri vaiheissa (Käyhly & Ahvo, 2001).*

Lievä	<ul style="list-style-type: none"> -yleiskunnan kohennus -toimintakykyä ylläpitävien toimintojen säilyttäminen arjessa -taitojen harjaannuttaminen -heikkenevien kykyalueiden erityishuomioiminen -vertaiskokemusten saaminen
Keskivaikea	<ul style="list-style-type: none"> -yksilöllisten tarpeiden mukainen, suunnitelmallinen ja pitkäjänteinen hoito -ryhmätoiminta -omaishoitajan huomioiminen kokonaisvaltaisessa kuntoutuksessa
Vaikea	<ul style="list-style-type: none"> -vuorovaikutustaitojen ylläpitäminen ja parantaminen -patologisten prosessien mm. kontraktuurien ehkäisy -liikkumiskyvyn ylläpitäminen

Muistisairaahan kuntoutuksen keskeisiä piirteitä ovat potilaslähtöisyys, yhteistyö läheisten kanssa, moniammatillisuus, kokonaisvaltaisuus sekä oikea-aikaisuus (Huusko, 2001). Menetelmällisesti kuntoutusta on hyvä miettiä jokaisen asiakkaan kohdalla hyvinkin tarkkaan, jotta saavutetaan maksimaalinen tulos kustannustehokkaalla toteutuksella. Karpin (2009) esittämä jako pehmeisiin ja koviin menetelmiin antaa hyvän viitekehyksen työntekijän ajattelulle (kuviokuva 6). On myös syytä tehdä harkittuja valintoja sen suhteen, paljonko käytetään kontaktiohjausta eli työntekijän läsnä ollessa tehtävää harjoittelua ja miten tuetaan omaehtoista, ns. arkisidonnaista harjoittelua. Liikuntaharjoitusten toteuttaminen kotikäyntien yhteydessä on yksi keino tukea kotona asumista.

Kiikun Kaakun -projektin tulokset osoittivat, että tällainen toiminta on mahdollista hyvinkin heikkokuntoisten vanhusten keskuudessa. Se edellyttää kotihoidossa työskenteleviltä henkilöiltä perehtymistä vanhenemiseen liittyviin toimintakyvyn muutoksiin ja mahdollisesti lisäkoulutusta iäkkäiden liikuntaharjoitusten ohjaamisessa. Liikuntaohjelmien yhteyteen on syytä liittää toimintakyvyn mittauksia. On tärkeää, että toimintakykymittaukset tehdään huolellisesti ja oikein unohtamatta eettisiä näkökohtia. Kotihoidon henkilökunnan työssään toteuttamat liikuntaohjelmat ja toimintakykymittaukset lisäävät ikäihmisten mahdollisuuksia elää kotona entistä pitempään. (Pohjolainen, 2008)



KUVIO 12. Pehmeä ja kova kuntoutus (Karppi, 2009).

Hoito- ja palvelusuunnitelman kehittäminen hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmaksi -avainhenkilöryhmä työskenteli kaksivaiheisesti. Aluksi määriteltiin arvioinnissa käytettävä mittaristo ja sitten laadittiin hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmien lomakkeisto.

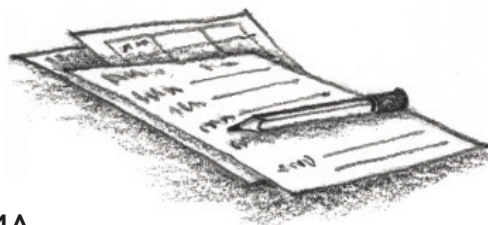
3.4.1 Toimintakyvyn arviointi ja mittaaminen

Mainitun avainhenkilöryhmän työskentelyn tavoitteena oli toimintakyvyn mittaamisen yhtenäistäminen alueellisesti ja toiminnoittain (kotihoido, lyhytaikahoito, ympärivuorokautinen hoito). Lopputuloksena päädyttiin taulukossa 8 esitettyyn mittaristoon.

TAULUKKO 8. Toimintakykymittarit.

<i>Aina</i> asiakassuhteen alkaessa ja kontrollit sovitusti	ADL / Barthelin indeksi, IADL, Paino, Pituus, SPPB, MMSE
<i>Tarvittaessa</i> tehtävät	GDS, muistikysely läheiselle, Audit, CERAD, CDR
<i>Toistuvasti</i> tehtävät	MNA, vuosittain syntymäkuukauden aikana RAVA, vuosittain poikkileikkausmittaus ja sijoituksia arvioitaessa

Sama mittaristo päätettiin ottaa käyttöön alueellisesti kotihoidossa, lyhytaikais-
hoidossa ja ympärivuorokautisessa hoidossa. Mittarit on esitelty käsitteiden yh-
teydessä raportin lopussa.



3.4.2 HOITO-, PALVELU- JA KUNTOUTUSSUUNNITELMA

Avainhenkilöryhmän työskentelyn tavoitteena oli yhtenäistää hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmakäytäntöä alueellisesti. Hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmalla on juridinen perusta. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista, laki potilaan asemasta ja oikeuksista, laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä sekä henkilökisterilaki sisältävät velvoitteita suunnitelman laatimiseen ja sisältöön.

Hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmassa on keskeistä, että jokaisella toistuvia tai säännöllisiä palveluja saavalla asiakkaalla on yksilöllinen, kirjallinen suunnitelma. Suunnitelma laaditaan yhdessä asiakkaan ja/tai hänen laillisen edustajansa tai muiden läheistensä kanssa, ja suunnitelman toteutumisen seuranta, tarkistaminen ja arviointi tapahtuvat yhteisymmärryksessä suunnitelman laatimiseen osallistuneiden kesken. Suunnitelman laadinnasta vastaava työntekijä huolehtii siitä, että asiakasta kuullaan ja hänen tarpeensa huomioidaan jatkuvasti. Tavoiteltavaa on, että paikallisia palveluja ja hoitoa tuottavilla yhteisöillä on yhtenäinen tapa laatia hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelma ja suunnitelman laatimista koskevat kirjalliset ohjeet ovat kaikkien tiedossa ja kaikkien saatavilla. Yhtenäisten käytäntöjen varmistamiseksi työntekijöille järjestetään riittävä koulutus, perehdytys ja tuki suunnitelmien laatimiseen, käyttöön ja arviointiin. (Päivärinta & Haverinen, 2002)

Avainhenkilöryhmän tavoitteena oli aluksi kehittää alueellisesti yhtenäiset kirjaamisen apuvälineet toiminnoittain. Työskentelyn edetessä tultiin kuitenkin siihen tulokseen, että kirjaamisen apuna käytettävät lomakkeet voivat olla yhteiset sekä alueellisesti että toimintojen välisesti. Samoja lomakkeita siis voidaan käyttää kotihoidossa, lyhytaikais- ja ympärivuorokautisessa hoidossa. Samojen lomakkeiden käyttö helpottaa toimintojen välistä vuoropuhelua, tiedonsiirtoa/tiedonvaihtoa ja asiakkaan hoidon jatkuvuuden turvaamista. Lomakkeiden käyttö tulee kuitenkin esimiestyönä ohjeistaa sellaisella tarkkuudella, että ohjeet ilmaisevat paitsi lomakkeiden täyttö- ja käyttöohjeet myös kirjausvastuut selkeästi. Lomakkeiden käyttöohjeiden laatiminen on kuntatasolla tapahtuvaa kehittämistyötä; hankkeen puitteissa ohjeistusta ei tehty.

Merkittävä haaste alueelliselle yhteistyölle on se, että kirjaaminen tapahtuu kunnittain eri ohjelmia käyttäen. Hankkeen aikana ohjausryhmä antoi tehtäväksi perustaa ohjelmistojen selvitystyöryhmän. Työryhmä perustettiin, mutta selvitystyö käynnistyi vasta hankkeen loppupuolella.

Avainhenkilöryhmän laatimat lomakepohjat (liite 5) voidaan ottaa kuntien käyttöön kuntien viralliseen lomakeformaattiin muokattuina versioina. ATK-pohjaisiksi ne kannattaa muokata vasta ohjelmistojen selvitystyön jälkeen.

Työryhmän tuloksena:

- valittiin käyttöön otettavaksi yhtenäinen asiakkaan toimintakyvyn arviointiin tarkoitettu mittaristo, joka tulee käyttöön alueellisesti sekä kotihoidossa, lyhytaikashoidossa että ympärivuorokautisessa hoidossa
- laadittiin hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmalomakkeet kotihoidon, lyhytaikashoidon ja ympärivuorokautisen hoidon käyttöön; lomakkeet tulee kunnittain formatoida osaksi kunnan virallista lomakkeistoa.

3.5 YMPÄRIVUOROKAUTINEN HOITO JA SAATTOHOITO

Kyseisen avainhenkilöryhmän tehtävänä oli laatia ympärivuorokautiselle hoidolle ja saattohoidolle alueellisesti yhtenäiset kriteerit. Avainhenkilöryhmä otti tehtäväkseen myös laatia alueellisesti yhtenäisen elämäntietojen kartoituslomakkeen. Avainhenkilöryhmässä työskentelyä jatkoivat samat henkilöt, jotka olivat kehittämässä hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmia ympärivuorokautisen hoidon näkökulmasta. Työryhmä kokoontui kolme kertaa.



Pitkäaikaishoidon laatukriteerejä on mietitty jo pitkään, mutta yleisesti sovittuja laatukriteeristöjä ei ole. Finne-Soveri (1999) toteaa kokooma-artikkelissaan, että pitkäaikaishoidossa hinta on myös osa laatua. Laadun tulisi näkyä palvelun tuottamisen rakenteissa (hallinto, tilat, käytettävyys jne.), toiminnassa (oikeisiin asioihin panostaminen) ja lopputuloksessa. Pitkäaikaishoidossa ollaan tekemisissä heterogeenisen asiakasjoukon kanssa ja sen mukana tulevat myös elämänlaatuun ja tyytyväisyyteen kohdistuvat odotukset.

Peiponen (2004) on lähestynyt pitkäaikaishoidon laatukriteerien määrittelyä Euroopan laatupalkintokriteeristön (EFQM) avulla. Siinä arvioitavia asioita ovat johtajuus, toimintaperiaatteet ja strategia, henkilöstö, kumppanuudet ja resurssit, prosessit, asiakastulokset, henkilöstötulokset, yhteiskunnalliset tulokset, toimitilat sekä keskeiset suorituskykytulokset. Jokainen arviointialue on purettu arvioitaviksi asioiksi. Tämä on hyvä avaus kohti yleisesti käytettävää arviointikriteeristöä. Työryhmä ei kuitenkaan ottanut oman työnsä pohjaksi Peiposen esitystä arvioinnin kohteista.

Hyvä elämänlaatu on tavoittelemisen arvoista kaikenikäisillä ja kaikissa elämänympäristöissä. Erityisen haasteellista se on muistisairaiden ympärivuorokautisessa hoidossa, kun ihminen itse voi vaikuttaa elämänpiiriinsä vain rajallisesti. Hännisen (2011) tutkimusaineistona ovat olleet dementoituneet laitoksessa asuvat vanhukset. Vanhusten elämänlaatua on tutkittu havainnoimalla ja haastatteleamalla (QUALID-elämänlaatumittari, Cornell-depressioseula). Hyvä elämänlaatu oli ainoastaan noin 5 prosentilla tutkituista, erittäin huono tai huono yli puolella tutkituista. Masennus oli yleistä sekä laitoshoidossa että palveluasumisessa. Dementian vaikeusasteella ei ollut yhteyttä elämänlaatuun. Eroja ei löytynyt myöskään eri ikäryhmien tai hoivamuotojen välillä. Palveluasumisen dementiaan erikoistuneissa yksiköissä sitä vastoin tutkittavilla oli merkitsevästi parempi elämänlaatu kuin erikoistumattomissa yksiköissä (Hänninen 2011).

Räsänen (2011) väitöskirja on tehty samasta jyvaskyläläisestä aineistosta kuin Hännisen pro gradu tutkielma, mutta mukaan on otettu johtamisen elementti. Mielenkiintoista on, että asukkaille hyvää elämänlaatua tuottaneissa yksiköissä henkilöstömitoitukset ja kustannukset olivat alhaisimpien joukossa. Työn kuormittavuuden arviointi ei sisällynyt tutkimukseen. Organisaatorakenteella tai korkeammalla henkilöstömitoituksella ei ollut merkitystä muistisairaiden vanhusten elämänlaadulle. Elämänlaatua tuottavan hoivan toteuttaminen edellyttää gerontologista ammattityötä ja hyvää johtamista.

Avainhenkilöryhmä päätti laatia sellaisen hyvän hoidon kriteeristön, jossa aihealueet ovat vanhustyön henkilöstön tällä hetkellä tärkeimmiksi kokemia hyvän hoidon elementtejä. Tavoitteeksi asetettiin myös se, että ympärivuorokautisen hoidon ja saattohoidon kriteeristö olisi samalla arviointi-instrumentti ja jatkuvan kehittymisen apuväline. Vanhustyön yksikköihin tehtiin henkilöstökysely, jossa vastaajia pyydettiin kuvaamaan hyvää ympärivuorokautista hoitoa ja saattohoitoa. Vastauslomakkeet saattoi täyttää joko yksin, parityönä tai useamman hoitajan ryhmänä. Vastauksia saatiin runsaasti. Vastausten perusteella tehtiin pääluokat ja niihin kuvaukset. Kuvaukset laadittiin henkilöstön vastauslomakkeiden perusteella eli kuvaukset vastaavat täysin henkilöstön näkemyksiä hyvästä ympärivuorokautisesta hoidosta ja saattohoidosta. Kriteeristöön lisättiin arviointiasteikko ja mikäli oman yksikön toiminta ei vastannut hyvän hoidon ja toiminnan kuvausta, lomakkeeseen kirjattiin korjaus- ja kehittämistoimenpiteet,

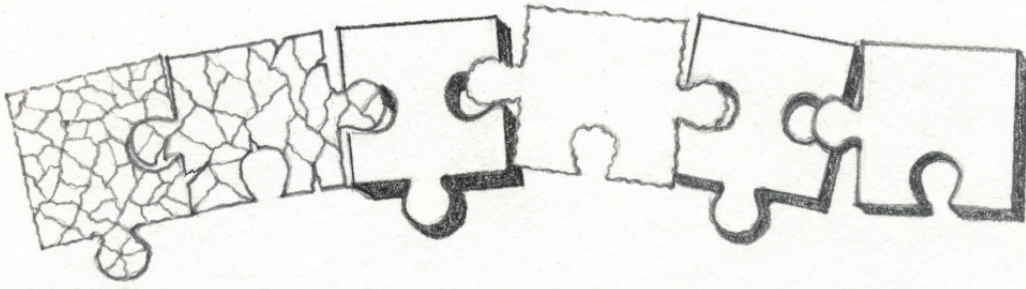
vastuut sekä aikataulut. Avainhenkilöryhmä ja johtoryhmä kannattivat ajatusta, että ensimmäinen arviointi tehdään keväällä 2012. Kriteeristö, joka on samalla arviointi-instrumentti, on nähtävissä liitteessä 6.

Avainhenkilöryhmän toisena tehtävänä oli yhtenäistää asiakkaan elämänkaari-tietoja kartoittava lomake. Niiden keräämisestä on muodostunut vakiintunut käytäntö ympärivuorokautisessa hoidossa. Elämäntarinatietojen käyttö koetaan hyväksi työkaluksi hoitotyössä. Hoitajat kokevat ymmärtävänsä hoidettavaa ja hänen käyttäytymistään paremmin, kun he tuntevat hänen taustansa (Räsänen, 2011). Kun asiakas ei enää itse pysty kertomaan aiemmasta elämästään, omaiset ovat tietojen antajina.

Työryhmän tuloksena

- tehtiin ylikunnalliset ympärivuorokautisen hoidon ja saattohoidon kriteerit, kriteeristö toimii myös arviointi-instrumenttina ja kehittämistyön apuvälineenä
- laadittiin ylikunnalliseen käyttöön tarkoitettu elämänkaaritietojen kartoittamislomake, joka liitetään osaksi hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelma -lomakkeistoa.

4 VAIKUTTAVUUS



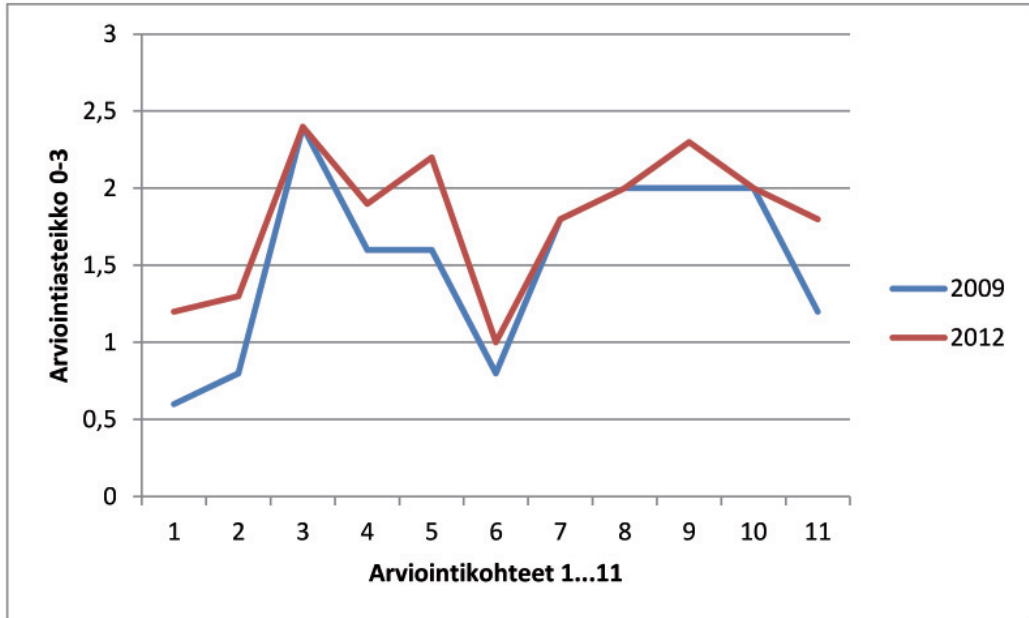
Hankkeen alkaessa johtoryhmä arvioi muistisairaana palvelukokonaisuutta marraskuussa 2009. Samalla arviointi-instrumentilla suoritettiin loppuarviointi huhtikuussa 2012.

Arviointi on laadullinen, koska palvelukokonaisuuden eri osista on vaikea saada määrällistä, eksaktia informaatiota. Määrällisillä mittareilla tehty arviointi antaisi tietysti täsmällisemmän tuloksen. Tässä arviointi perustuu vanhustyön johtajien 2009 ja 2012 tekemään yleisarviointiin (taulukko 7). Molemmilla arviointikerroilla on käyty yhteinen yleiskeskustelu jokaisesta arvioitavasta asiasta. Keskusteluun on 2012 osallistunut myös geriatrian ylilääkäri Tarja Uusitalo. Vuonna 2009 kaikkien arvioitavien asioiden keskiarvo oli 1,52, vuonna 2012 se oli 1,8.

TAULUKKO 9. Muistisairaana palvelupolun arviointi. Taulukossa vuoden 2009 lähtötalteen arvio on mustalla, 2012 loppuarviointi punaisella. Arvioinnin pohjana ollut ja keskustelua ohjannut lomake liitteessä 3.

		Vehmaa		Kustavi		Taivas-salo		Uusikau-punki		Pyhäranta		keskiarvo	
		09	-12	09	-12	09	-12	09	-12	09	-12	09	-12
1	Ennaltaeh-käisy	1	1	0	1	1	1	3	0	0	0,6	1,2	
2	Varhainen toteaminen	1	1	1	1	0	1	2	2,5	0	1	0,8	1,3
3	Diagnoosin teko	3	3	2	2	2	2	3	3	2	2	2,4	2,4
4	Seuranta, ohjaus, neuvonta	2	2	1	1	2	2	2	3	1	1,5	1,6	1,9
5	Omaishoito	2	2,5	1	1,5	1	2	2	3	2	2	1,6	2,2
6	Päivätoiminta	1	1	0	0	1	1	2	3	0	0	0,8	1
7	Lyhytaikainen hoito	2	2	1	1	2	2	3	3	1	1	1,8	1,8
8	Kotihoito	2	2	2	2	1	1	3	3	2	2	2	2
9	Ympärivuoro-kautinen hoiva	2	2,5	2	2	1	2	3	3	2	2	2	2,3
10	Saattohoito	2	2	2	2	1	1	3	3	2	2	2	2
11	Kuntarajat ylittävä yhteistyö	1	2	0	2	2	2	2	2	1	1	1,2	1,8
ka		1,7	1,9	1,1	1,4	1,3	1,5	2,3	2,9	1,2	1,3		

Graafisessa esityksessä (kuvio 7) sininen on 2009 lähtötilanteen arvio ja punainen on 2012 loppuarvio. Vaaka-akselilla ovat kysymykset 1-11 ja pystyakselilla annetut numeeriset arvosanat 0-3.



KUVIO 7. Vanhustyön johtajien suorittama muistisairaana palvelupolun arviointi hankkeen alkaessa 2009 ja hankkeen päättyessä 2012. Molemmissa arvioinneissa on käytetty liitteen 3 arviointia ohjaavaa kysymyslistaa.

Muistisairauksien ennaltaehkäisy ja varhaisen toteamisen osalta tehtyjen toimintakäytäntöjen muutosten vaikutukset tulevat esiin vasta vuosien päästä. Työterveyshuolto ottaa rutiininomaisesti muistiasiat esille yli 50-vuotiaiden terveystarkastuksissa ja jakaa muistisairauksien ennaltaehkäisyyn liittyvää materiaalia. Ikäihmisten terveystarkastuksissa muistiasiat tulevat esiin, ja ikäihmisten ennaltaehkäisevillä kotikäynneillä muistiasiat otetaan puheeksi ja koteihin jätetään luettavaa materiaalia.

Myös muistihoidajakoulutus on lisännyt työntekijöiden valmiutta havaita muistiongelmia ja ottaa asioita puheeksi kuntalaisten kanssa. Osassa kunnista ikäihmisten terveystarkastukset kutsuneuvolatyypisenä toimintana on vasta alkamassa tai suunnitteluasteella. Uudessakaupungissa on myös muistiviikon ohjelmasa jalkautuminen kuntalaisten pariin. Työntekijät jakavat silloin muistitietoutta ja keskustelevat kuntalaisten kanssa marketeissa. Lisäksi on laaja yleisötillaisuus. Kaikkiaan siis muistiviikolla tavoitetaan satoja kuntalaisia muistiasioissa. Osa ennaltaehkäisevistä työmuodoista on alueellisesti samoja, osa toteutuu erilaisina kuntakohtaisesti.

Muistisairaahan diagnoosin jälkeinen ohjaus ja seuranta ovat kehittyneet 2009–2012 välisenä aikana huomattavasti. Merkittävä osuus on ollut Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveystieteiden geriatrin kehittämällä järjestelmällä, jossa muistisairaat kutsutaan tietyin väliajoin määräaikaistarkastuksiin. Myös koko muistisairaahan hoitoprosessia on kuvattu ja kehitetty. Hankkeessa tätä kehittämistä on tuettu siten, että aloitteet laajoista koulutuksista laitettiin alulle. Kuntien rahoittamassa muistihoidajakoulutuksessa oli 46 hoitajaa ja alueellisesti toimivia muistikoordinaattoreita koulutettiin kaksi. Muistikoordinaattoritoiminta alkoi pilottina jo ennen kuin tehtävään valmiuksia antava koulutus. Jatkuvuuden kannalta on huomioitavaa, että muistihoidajien verkostoa on tarkoitus tukea vuosittaisilla verkostotapaamisilla.

Kunnat ovat tehostaneet omaishoidon tukimuotoja yksilöllisesti, mutta alueellisesti yhtenäisiä uusia toimintakäytäntöjä ei syntynyt. Hankkeen omaishoitoa työstäneen työryhmän jäsenistä jotkut ovat olleet omissa kunnissaan hyvinkin aktiivisia omaishoitajien jaksamista edistävien asioiden kehittäjiä. Kuntakohtaisia uusia toimintamuotoja on syntynyt: Uudessakaupungissa järjestetään kotona asuville muistisairaille toimintakykyä ylläpitävää ja omaishoitajan jaksamista lisäävää päivätoimintaa, Vehmaalla yhteistyö seurakunnan kanssa on saanut uusia ulottuvuuksia. Avainhenkilöryhmässä mukana olleiden työntekijöiden ymmärrys kotona asuvien muistisairaiden ja heidän perheidensä arkipäivästä syveni ja laajeni hankkeen aikana tehtyjen asiakasseurantojen myötä. Tämä ymmärryksen lisääntyminen on tietysti hankalasti siirrettävissä muille, mutta seurantoja tehneet työntekijät ovat kuitenkin omissa kunnissaan keskeisissä rooleissa, joten ”heijastusvaikutuksia” todennäköisesti syntyy.

Niiden muistisairaiden hoidossa, joilla on hoitokontakti kotihoitoon (kotipalvelu, kotisairaanhoido), lyhytaikaishoitoon tai ympärivuorokautiseen hoitoon, päätettiin hankkeen aikana käyttää alueellisesti yhtenäistä tapaa arvioida asiakkaan toimintakykyä sekä hoitosuhteen alkaessa että hoidon kuluessa. Valitun toimintakykymittariston käyttöönotto niin, että siitä saadaan paras hyöty hoitoa ja kuntoutusta suunniteltaessa sekä asiakkaan toimintakyvyn edistymistä arvioida, edellyttää vielä henkilöstön perehdyttämistä ja kouluttamista mittariston käyttöön. Hankkeen aikana laadittiin myös hoidon suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin dokumentointia ohjaavat lomakkeet. Kirjaamisen kehittämisen ja yhtenäistämisen suurena haasteena on tällä hetkellä potilastietojärjestelmien kirjavuus. Ohjelmistojen yhtenäistäminen on alueellisesti valtava kysymys, jossa ratkaisujen tekemiseen vaikuttavia tekijöitä on monia. Asia on hankkeen aikana nostettu keskusteluun.

Ympärivuorokautisen hoidon ja saattohoidon osalta voitiin hankkeen aikana alueellisesti yhtenäistää näkemystä hyvästä hoidosta ja vahvistaa itsearviointia. Kehitetyn kriteeristön avulla tehtävää itsearviointia pilotoitiin ja todettiin, että arviointi voidaan ottaa alueelliseksi käytännöksi. Arviointi voi myös toimia osana vuosittaisia kehityskeskusteluita. Esimies-työntekijäkeskustelussa saattaa tulla

esiin esimerkiksi hyviä ehdotuksia mahdollisiksi korjaaviksi toimenpiteiksi, mikäli työntekijä arvioi jonkin asian toteutuvan heikosti. Kuntien vanhustyön johtajat ovat jatkossa ”mittarin omistajia”.

Hankkeen vaikuttavuudesta voidaan yleisesti todeta, että monia muistisairaana palvelukokonaisuutta kehitettäviä asioita ja alueellista yhteistyötä tiivistäviä käytäntöjä on hankekunnissa virinnyt 2009-2012, osa suoranaisesti hankkeeseen liittyen, osa muista impulsseista lähtien. Hankeaika on kuitenkin niin lyhyt, että monien hankkeen aikana vireille laitettujen asioiden vaikutukset näkyvät vasta vuosien päästä.

5 KÄSITTEET JA TOIMINTAKYKYMITTARIT

KÄSITTEET

Dementia: Dementialla tarkoitetaan useamman kuin yhden kognitiivisen toiminnon heikentymistä aikaisempaan suoritustasoon nähden siinä määrin, että se heikentää itsenäistä selviytymistä jokapäiväisissä toimissa, työssä tai sosiaalisissa suhteissa. Se on oireyhtymä, ei erillinen sairaus (Käypä hoito -suositus 2010).

Muistisairaus: Muistisairaudella tarkoitetaan sairautta, joka heikentää sekä muistia että muita tiedonkäsittelyn alueita, kuten kielellisiä toimintoja, näönvaraista hahmottamista ja toiminnan ohjausta. Yleisimmät muistisairaudet ovat Alzheimerin tauti, aivoverenkiertosairaudet, Lewyn kappale -tauti, Parkinsonin taudin muistisairaus ja otsa- ja ohimolohkon rappeumat (Käypä hoito -suositus 2010).

Palvelukokonaisuus: Palvelukokonaisuus on toimintamalli, jossa asiakkaan sosiaali- ja terveydenhuollon asiakokonaisuuteen liittyvät hoito- ja palvelutapah- tumat yhdistyvät asiakaslähtöiseksi ja joustavaksi kokonaisuudeksi riippumatta siitä, mikä toiminnallinen yksikkö on palvelujen järjestäjä tai toteuttaja. Asiakas ei etene välttämättä lineaarisesti ”ketjussa”, vaan kysymys on enemmän verkko- maisesta prosessista. (Mukaellen Laki sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilusta 22.9.2000/811.)

Palvelupolku: Palvelupolulla tarkoitetaan asiakkaan käytössä olevien palveluiden sarjaa. Asiakas saa palvelun ajallisesti toisiaan seuraavien palveluosioiden ja kon- taktipisteiden kautta. Asiakkaan palvelupolkuun vaikuttavia tekijöitä ovat suunnittelu, tuottamisen tapa ja asiakkaan omat valinnat. (Oinonen 2011, Palvelu- muotoilun perusteet.)

TOIMINTAKYKYMITTARIT

ADL (Activities of Daily Living) -mittarilla arvioidaan päivittäisistä perustoi- minnoista selviytymistä eli kykyä peseytyä, syödä, pukeutua, käydä wc:ssä, liik- kua sekä pidättää virtsaa ja ulostetta.

AUDIT. Alkoholin riskikäytön tunnistamiseen kehitetty mittari. Soveltuu myös toimintakyvyn arviointiin kuvaamalla alkoholinkäyttöön liittyviä ongelmia ja seurauksia. Mittaa ajankohtaista alkoholin kulutusta.

Barthel-indeksi sisältää arvion kyvystä selviytyä päivittäisistä perustoiminnoista. Mittarin etuja ovat yksiselitteisyys ja arvion nopeus. Barthel-indeksi kuvaa päivittäisissä toiminnoissa, kuten ruokailussa, peseytymisessä ja pukeutumisessa, selviytymistä sekä liikkumis- ja pidätyskykyä.

CERAD (The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer`s Disease) on seulontamenetelmä, joka mittaa kognitiivista suorituskykyä. CERAD-tehtäväsarja lyhyesti:

- kielellinen sujuvuus
- nimeäminen
- Mini-Mental State Examination
- sanaluettelon oppiminen, välitön mieleenpalautus
- piirroksien kopiointi
- sanaluettelon oppiminen, viivästetty mieleenpalautus
- piirrosten viivästetty mieleenpalautus
- kellotaulun piirtäminen.

CDR (The Clinical Dementia Rating Scale) -testillä mitataan kognitiivisten, sosiaalisten ja toiminnallisten vaurioiden astetta. Arviointi suoritetaan haastattelulla hoitajaa (omaista) ja tarkkailemalla potilasta. Pistemäärät saadaan vertaamalla suorituskyvyn laskua tavanomaiseen tasoon verrattuna. Huomioon otetaan vain kognitiivisen tason lasku. Muisti on ensisijainen arvioinnin kohde.

GDS (Geriatric Depression Scale) -mittarilla tutkitaan ikääntyvien ihmisten mielialaa ja masentuneisuutta. Mittarin käyttöä rajoittaa dementiaoireisen mahdollinen kyvyttömyys arvioida omaa tilannettaan. Depressio heikentää dementoituvan kognitiivista ja emotionaalista toimintakykyä. Siksi dementoituvaa tutkittaessa on tärkeää aina arvioida myös mielialaa.

IADL (Instrumental activities of daily living) mittaa suoriutumista välineellisistä päivittäistoiminnoista. Niillä tarkoitetaan puhelimen käyttöä, kaupassa käyntiä, ruoan valmistusta, taloustöitä, pyykin pesua, liikkumista kulkuvälineillä, rahojen käsittelyä ja lääkkeitä huolehtimista. Mittari antaa käsityksen kognitiivisten kykyjen vaurion aiheuttamasta haitasta arkielämässä. Kyvyt eivät riipu henkilön koulutuksesta tai sukupuolesta.

MMSE (Mini Mental Status Examination) on älyllisen toimintakyvyn arviointiin käytettävä tehtäväsarja. Tehtävät heijastavat useita älyllisen toimintakyvyn osa-alueita. MMSE:tä voidaan käyttää sekä seulontaan että älyllisen toimintakyvyn muutoksen arviointiin, se on sopiva myös seurantaan pitkällä aikavälillä.

MNA-mittari on kehitetty erityisesti iäkkäiden ja riskiryhmässä olevien vanhusten aliravitsemuksen tunnistamiseen. MNA sisältää antropometrisia mittauksia, ruokavalion arvioinnin, yleisen toimintakyvyn arvioinnin sekä henkilön oman arvioinnin terveydestään sekä ravitsemustilastaan. Mittarin eri kysymyksistä saatu kokonaispistemäärä jaottelee vanhukset virheravitsemuksesta kärsiviin, virhe-

ravitsemusriskissä oleviin ja hyvän ravitsemustilan omaaviin. Mittaria voidaan käyttää ravitsemusongelmien seulontaan ja ennaltaehkäisyyn.

Muistikysely läheiselle on kysymyssarja, jonka tarkoituksena on auttaa muistisairaana läheistä jäsentämään ja ilmaisemaan havaintojaan. Aihealueita: muistin muutokset, puheen ja havainnoinnin muutokset, luonteen ja toimintatavan muutokset, muistin ja muun tiedonkäsittelyn muutosten alku ja kehitys, avun tarve. Läheisen kuvaamat kognitiivisen tiedonkäsittelyn muutokset ovat tärkeää informaatiota muistisairauksien alkuvaiheissa. Yhdessä potilaan haastattelun, havainnoinnin ja muun tiedon kanssa ne kuvaavat muistiongelmien luonnetta, vaikeusastetta ja kestoa.

RAVA-mittari koostuu kysymyksistä, joilla mitataan päivittäisen avun tarvetta. Parhaiten se mittaa fyysistä kuntoa, joten muistisairaiden toimintakyvyn arvioinnissa *RAVA* yksinään käytettynä kuvaa asiakkaan tilannetta varsin puutteellisesti. *RAVA* sopii sekä avo- että laitospalveluun. Mittari soveltuu palvelutarpeen arvioimiseen kuntatasolla ja organisaatiotasolla.

SPPB (Short Physical Performance Battery). Lyhyt fyysisen suorituskyvyn testi on tarkoitettu iäkkään henkilön fyysisen toimintakyvyn mittaamiseen apuvälineeksi. Osa-alueina tasapaino, kävelynopeus, tuolista ylös nousu. Testiä voidaan käyttää joko kertaluonteisesti tai alku- ja loppumittaustyyppisesti, jolloin harjoittelujakson tulosta voidaan seurata ja arvioida.

6 LÄHTEET

Eloniemi-Sulkava, U., Saarenheimo, M., Savikko, N. & Pitkälä, K. 2006. Kotona asuminen ja sen tukemisen mahdollisuudet. Teoksessa Eloniemi-Sulkava, U., Saarenheimo, M., Laakkonen, M-L., Pietilä, M., Savikko N. & Pitkälä, K. (toim). Omaishoito yhteistyönä. Iäkkäiden dementiaperheiden tukimallin vaikeavuus. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto ry.

Finne-Soveri, H. 1999. Pitkäaikaishoidon laatu on mitattavissa, vertailtavissa ja parannettavissa. Tutkimusraportti 14. Gummerus Kirjapaino Oy. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 1999; 115(15):1600.

Granö, S., Högström, S. (toim). 2009. Elämää muistisairauden kanssa- kuntoutusopas muistisairaille ihmisille ja heidän läheisilleen. Muistiliitto. Punamusta Tampere Oy.

Granö, S., Pikkarainen, A. 2010. Työikäisen muistisairaahan hoito ja kuntoutus, Teoksessa: Työikäisen muisti ja muistisairaudet. Härmä, Heidi – Granö, Sirpa (toim.) WSOYpro. Helsinki.

Haapaniemi, H., Leino, P. & Routasalo, P. 2005. Parkinsonin tautiin sairastuneen ja hänen omaisensa kokemuksia sairauden eri vaiheessa. Hoitotiede Vol 17, no 6/-05:311-322.

Helo, K. 2011. "Parasta on nähdä se, mitä kaikkea pystyy vielä tekemään" Kokemuksellinen kuntoutus muistisairaahan ihmisen omaisten kertomuksissa. Metropolia Ammattikorkeakoulu, Geronomi (ylempi AMMATTIKORKEAKOULU), Sosiaaliala, Opinnäytetyö.

Huusko, T. 2001. Kannattaako dementoitunutta kuntouttaa? Kirjassa: Kuntoutusratkaisuja dementoituneen ihmisen arkeen. Opas ammattihenkilöstölle. Suomen dementiahoitoyhdistys ry. Sarja: Dementiapotilaiden hoidon kehittäminen. Julkaisu n:o 4/2001, 4. painos.

Hyvärinen, M., Saarenheimo, M., Pitkälä, K., Tilvis, R. 2003. Vanhustenomaishoitajat ja tukitoimet, Duodecim 2003;119(20): 1949-55, katsaus.

Hänninen, M. 2011. Dementiaa sairastavien ikääntyneiden elämänlaatu pitkäaikaishoidossa. Gerontologian ja kansanterveyden pro gradu –tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos.

Hämäläinen, P., Pitkänen, L., Suomalainen, E., Utriainen, E. 2010. "On lupa toisesta huolta kantaa..." Muistisairasta läheistään hoitavan omaishoitajan terveystapaaminen. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Mikkelin ammattikorkeakoulu.

Härmä, H. 2010. Työikäisten muistisairaiden kuntoutussuosituksen perusteet. Sairastuneiden ja läheisten kokemukset kuntoutuspalveluista. Kuntoutusalan koulutusohjelma. Sosionomi (YAMK). Opinnäytetyö. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala.

Jyrkämä, J. 2008. Toimijuus, ikääntyminen. Gerontologia 22:4, 190–203.

Käyhty, M., Ahvo, L. 2001. Mitä on dementoituneen kuntoutus ja kuntouttava hoito? Kirjassa: Kuntoutusratkaisuja dementoituneen ihmisen arkeen. Opas ammattihenkilöstölle. Suomen dementiahoitoyhdistys ry. Sarja: Dementiapotilaiden hoidon kehittäminen. Julkaisu n:o 4/2001, 4. painos.

Käypä hoito -suositus 2010. Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito. Käypä hoito, 13.8.2010. Duodecim.

Martikainen – Viramo – Frey 2010. Muistisairauksien terveystaloudellinen merkitys. Teoksessa: Muistisairaudet. Duodecim. WS Bookwell Oy. Porvoo.

Muistibarometri 2010. Granö Sirpa, Tamminen Anna, Eronen Anne, Londén Pia, Siltaniemi Aki. Muistiliiton julkaisuja.

Peiponen, A. 2004. Vanhusten ympärivuorokautisen hoidon ja palvelun laatukriteerit. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia 2004:2.

Pohjolainen, P. 2008. Liikuntaohjelmat ikäihmisten kotihoidossa. Kiikun Kaakun -projektin loppuraportti. Raportteja 1/2008. Helsinki: Ikäinstituutti.

Päivärinta, E., Haverinen, R. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Sosiaali- ja terveysministeriö. Suomen kuntaliitto. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki.

Ruotsalainen, K. 2010. Elämäntarinat muistisairaana hoitotyössä. Mikkelin ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma, opinnäyte.

Räsänen, R. 2011. Ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaatu ympärivuorokautisessa hoivassa sekä hoivan ja johtamisen laadun merkitys sille. Akateeminen väitöskirja, Lapin yliopisto.

Samalla polulla – voimavaroja lyhytaikaishoidosta. Pirkanmaan Muistiyhdistys ry. Sampo –hankkeen loppuraportti. 2010. Pirkanmaan Muistiyhdistys ry.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3.

Suhonen, J., Alhainen, K., Eloniemi-Sulkava, U., Juhela, P., Juva, K., Löppönen, M., Makkonen, M., Mäkelä, M., Pirttilä, T., Pitkälä, K., Remes, A., Sulkava, R., Viramo, P., Erkinjuntti, T. 2008. Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa. Suomen Lääkärilehti 10/2008 vsk63.

MUUT LÄHTEET

Ala-Nikkola, M. & Sipilä, J.: Yksilökohtainen palveluohjaus (case management) – uusi ratkaisu palvelujen yhteensovittamisen ikuisiin ongelmiin.

Karppi, P. 1.4.2009. Iäkkään potilaan arviointi ja hoito. Esitelmä.

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, Kotikuntoutuksen suunnitteluryhmä. Luonnos 14.8.2007.

Psykiatrisen kotikuntoutuksen toimintamalli Keski-Suomessa.

Leinonen Kirsi, Kukkia vai kantoja polulla? — terveyden edistäminen ikääntyneiden omaishoitajien näkökulmasta. Vantaan kaupunki, Vanhus- ja vammaispalvelut.

Mäkelä, M. 2010. Mikä ja millainen tuki on omaishoitajille parasta? Omaishoitajat ja Läheiset Liitto ry.

Pitkälä K. 2010. Yleislääketieteen professori, luento.

LIITE I. HANKKEESSA TOIMINEET HENKILÖT

Hankeorganisaation työryhmien jäsenet, suluisissa hankkeen aikana tapahtuneet henkilövaihdokset:

1 Ohjausryhmän jäsenet

Mirva Salmela, sosiaalijohtaja, Pyhäranta

Jussi Mattila, sosiaalijohtaja, Vehmaan kunta

Riitta Luotonen, yhteistoiminta-alueen terveyslautakunnan jäsen

Marika Lehtinen, sosiaalisihiteeri, lastenvalvoja, Kustavin kunta

Helvi Heiniö, sosiaali- ja terveysjohtaja, Uusikaupunki (ohjausryhmän puheenjohtaja)

Marika Lanne, terveyspalveluiden johtaja (Sari Koistinen, Erja Melos, Uudenkaupungin terveyskeskuksen johtava ylilääkäri), Uusikaupunki

Helka Laine, vanhusneuvoston puheenjohtaja, Taivassalo

Veli-Matti Kauppinen, erikoissuunnittelija (Tuula Halttunen), Varsinais-Suomen Liitto

2 Johtoryhmän jäsenet

Päivi Maisila, vanhustyön johtaja, Vehmaa

Päivi Parkkila, vanhustyön johtaja, Uusikaupunki

Jaana Fagerström, vanhustyö johtaja (Mervi Mäensalo), Kustavi

Jaana Palmroos, vanhustyön johtaja, Taivassalo

Kaisa Kurtakko-Hattula, kotihoidon ohjaaja, Pyhäranta

Tarja Uusitalo, geriatrian ylilääkäri, Uudenkaupungin terveyskeskus

3 Avainhenkilöryhmät

3.1 Muistisairauksien ennaltaehkäisy ja varhainen toteaminen

Pysyvää ryhmää ei muodostettu, vaan kokoontumisiin kutsuttiin seuraavat työterveyshoitajat:

Suvi Rantala, Uudenkaupungin sosiaali- ja terveyskeskus
Hanna Rantala, Uudenkaupungin sosiaali- ja terveyskeskus
Minna Heino, Uudenkaupungin sosiaali- ja terveyskeskus
Helena Virtanen, Uudenkaupungin sosiaali- ja terveyskeskus
Jaana Rantala, Uudenkaupungin sosiaali- ja terveyskeskus
Leila Niemelä, Uudenkaupungin sosiaali- ja terveyskeskus
Maarit Mattila, Uudenkaupungin sosiaali- ja terveyskeskus
Ulla Kuusisto, Uudenkaupungin sosiaali- ja terveyskeskus
Päivi Suikkanen, Metson Työterveys, Uusikaupunki

3.2 Muistikoordinaattoriryhmä

Jäsenet:

Päivi Maisila, vanhustyön johtaja, Vehmaa
Päivi Parkkila, vanhustyön johtaja, Uusikaupunki
Jaana Fagerström, vanhustyön johtaja, Kustavi
Jaana Palmroos, vanhustyön johtaja, Taivassalo
Kaisa Kurtakko-Hattula, kotihoidon ohjaaja, Pyhäranta
Erja Melos, johtava lääkäri (Sari Koistinen), Uudenkaupungin terveyskeskus
Kaisa Peltonen, sairaanhoitaja, Taivassalo
Sari Mykrä, kotihoidon ohjaaja, Uudenkaupungin sosiaali- ja terveyskeskus

3.3 Hoito- ja palvelusuunnitelman kehittäminen hoito-, palvelu- ja kuntoutus-suunnitelmaksi

Jäsenet:

Tea Keskitalo, lehtori, Novida

Hanna-Leena Välimaa, hoitaja, kotihoito, Kustavi

Jaana Fagerström, vanhustyön johtaja, Kustavi

Maija Marjunen, hoitaja, Jaala-koti, Kustavi

Pirkko-Liisa Friberg, hoitaja, Jaala-koti, Kustavi

Minna Kivijärvi, osastonhoitaja, Uudenkaupungin terveyskeskus, Maria Sofian osasto

Tiina Viherjäläakso, perushoitaja, ryhmäkoti, Taivassalo

Jaana Palmroos, vanhustyön johtaja, Taivassalo

Hillevi Lindroth, hoitoapulainen, vanhainkoti, Taivassalo

Liisa Kurkilahti, vanhustyöntekijä, ryhmäkoti, Taivassalo

Susanna Liimatainen, lähihoitaja, vanhainkoti, Taivassalo

Kirsi Routi-Pitkänen, vanhustyön ohjaaja, Uudenkaupungin kaupunki

Jaana Aitta, kotihoidon esimies, Uudenkaupungin kaupunki

Maria Nurmi, kotihoidon esimies, Uudenkaupungin kaupunki

Tanja Muurinen, lähihoitaja, kotihoito, Uudenkaupungin kaupunki

Satu Kangasniemi, sairaanhoitaja, kotihoito, Uudenkaupungin kaupunki

Outi Nurmi, fysioterapeutti, Uudenkaupungin kaupunki

Sari Kantonen, sairaanhoitaja, Vehmaan kotihoito, Uudenkaupungin kaupunki

Minna Sairanen, sairaanhoitaja, Uudenkaupungin terveyskeskus, Matleenan osasto

Minna Metsänkylä, sairaanhoitaja, Uudenkaupungin terveyskeskus, Maria-sofian osasto

Tiina Rosten, vanhainkodin johtaja, Kalannin vanhainkoti, Uudenkaupungin kaupunki

Seija Koponen, sairaanhoitaja, Merituulikoti, Uudenkaupungin kaupunki
Janette Lehtonen, sairaanhoitaja, Uudenkaupungin terveystakeskus, hoito-osasto, Vehmaan terveystakesema
Liisa Junttila, sairaanhoitaja, Uudenkaupungin terveystakeskus, hoivaosasto
Päivi Maisila, vanhustyön johtaja, Vehmaa
Sari Lehtonen, hoitaja, kotihoito, Vehmaa
Susanna Piilinen, hoitaja, Margareeta-koti, Vehmaa
Taina Toivola, sairaanhoitaja, Margareeta-koti, Vehmaa
Kaisa Kurtakko-Hattula, kotihoidon ohjaaja, Pyhäranta

3.4 Omaishoitajien tukimuotojen kehittäminen

Jäsenet:

Kirsi Heino, hoitaja, kotihoito, Kustavi
Kaisa Kurtakko-Hattula, kotihoidon ohjaaja, Pyhäranta
Maria Nurmi, kotihoidon esimies, Uusikaupunki
Lea Mäkinen, terveydenhoitaja, Vanhusneuvola Kompassi, Uudenkaupungin kaupunki
Sari Mykrä, kotihoidon ohjaaja, Uudenkaupungin sosiaali- ja terveystakeskus
Pirjo Rantala, perushoitaja, kotipalvelu, Taivassalo
Arja Mäkitalo, diakonissa, Vehmaan seurakunta
Seija Ranta, hoitaja, kotihoito, Vehmaa

3.5 Ympäri vuorokautisen hoidon ja saattohoidon kehittäminen

Jäsenet:

Tiina Viherjäläakso, perushoitaja, ryhmäkoti, Taivassalo
Taina Toivola, sairaanhoitaja, Margareetakoti, Vehmaa
Liisa Junttila, sairaanhoitaja, Uudenkaupungin terveystakeskus, Vehmaan hoito-osasto
Janette Lehtonen, sairaanhoitaja, Uudenkaupungin terveystakeskus, Vehmaan hoito-osasto
Seija Koponen, sairaanhoitaja, Merituulikoti, Uudenkaupungin kaupunki

Hillevi Lindroth, hoitoapulainen, vanhainkoti, Taivassalo

Maija Marjunen, hoitaja, Jaala-koti, Kustavi

Pirkko-Liisa Friberg, hoitaja, Jaala-koti, Kustavi

Tiina Rosten, vanhainkodin johtaja, Kalannin vanhainkoti, Uudenkaupungin kaupunki

Minna Sairanen, sairaanhoitaja, Uudenkaupungin terveyskeskus, Matleenan osasto

Minna Metsäkylä, sairaanhoitaja, Uudenkaupungin terveyskeskus, Maria-sofian osasto

Maria Nurmi, kotihoidon esimies, Uudenkaupungin kaupunki

Turun ammattikorkeakoulusta hankkeessa ovat toimineet:

Annele Keskisarja, VTM, projektipäällikkö

Kaija Virjonen, TtM, hanketyöntekijä

LIITE 2. KUNTALAISKYSELYN SAATE JA KYSYMYKSET

Hyvä vastaaja

Pyydämme Sinua valitsemaan kysymyksissä esitetyistä vaihtoehtoista sen tai ne, jotka parhaiten kuvaavat tilannettasi tai mielipidettäsi.

Joidenkin kysymysten kohdalla tulee valittavaksi vain yksi vaihtoehto mutta joidenkin kysymysten kohdalla saattaa olla, että haluat valita useamman kohdan.

Valitse haluamasi vaihtoehto rastittamalla kyseinen ruutu.

Kiitos ajastasi ja panoksestasi ikäihmisten palveluiden kehittämiseen!

Perustiedot

1. Olen

Mies

Nainen

2. Ikä vuosissa

3. Olen

Työelämässä

Eläkkeellä

Muu:

4. Olen

Naimisissa /parisuhteessa

Naimaton

Eronnut

Leski

5. Asun

Yksin

Puolison kanssa

Muuten, miten:

6. Tapaan ystäviäni tai tuttujani

Päivittäin

Joka viikko

Noin kerran kuukaudessa

Hyvin harvoin

Minulla ei ole sellaisia ystäviä tai tuttuja, joiden kanssa olisin tekemisissä.

7. Tapaan lähisukulaisiani, jotka eivät asu kanssani samassa taloudessa

Päivittäin

Joka viikko

Noin kerran kuukaudessa

Harvemmin

Minulla ei ole sellaisia lähisukulaisia, joiden kanssa olisin tekemisissä.

8. Olisin iloinen, jos voisin viettää enemmän aikaa toisten ihmisten seurassa

Kyllä

En

9. Luen sanomalehtiä

Päivittäin

Joka viikko

Noin kerran kuukaudessa

Harvemmin

En lue sanomalehtiä

10. Osallistun kodin ulkopuoliseen vapaa-ajantoimintaan

Opintopiiriin, harrastepiiriin, harrasteryhmään, kerhotoimintaan tai vastaavaan
Teen matkoja

Osallistun yhteiskunnalliseen vaikuttamiseen, hyväntekeväisyystoimintaan tai
muuhun vastaavaan säännölliseen toimintaan

Muuhun, mihin:

11. Harrastan liikuntaa kuntoni ylläpitämiseksi

Päivittäin

Joka viikko

Noin kerran kuukaudessa

Harvemmin

En harrasta liikuntaa kuntoni ylläpitämiseksi

12. Minulla on todettu

Korkea verenpaine

Korkea kolesterolitaso

Sokeritauti

Ylipainoisuus

Muistisairaus

13. Käytän alkoholia

Päivittäin

Viikoittain

Noin kerran kuukaudessa

Harvemmin kuin kerran kuukaudessa

En käytä alkoholia

14. Koen, että käydessäni lääkärin tai hoitajan vastaanotolla on hyvä, että vastaanotolla tehdään myös muistiin liittyviä kysymyksiä tai testejä

Kyllä

Ei

15. Jos lääkäri tai hoitaja katsoo aiheelliseksi tehdä muistitestin, se on

Kiusallista

Luonnollinen osa asiakkaan tutkimista

Erittäin hyvä asia

16. Minulle on tehty muistitesti

Kerran

Useammin kuin kerran

Ei kertaakaan

17. Muistiongelma on minulle tuttu asia, koska

Itselläni on lääkärin toteama (diagnosoima) muistisairaus

Lääkärin toteamaa muistisairautta ei ole, mutta olen huomannut itselläni muistin heikkenemistä

Perheenjäsenelläni on muistisairaus

Sukulaisellani on muistisairaus

Tuttavapiirissäni jollakulla on muistisairaus

Muu, mikä:

18. Muistin heikkeneminen on käsitykseni mukaan luonnollinen osa vanhenemista

Kyllä

Ei

19. Käsitykseni mukaan muistisairauden etenemiseen voidaan vaikuttaa

Elämäntavoilla

Varhaisella toteamisella

Seulonalla

Ei voida vaikuttaa

Muulla tavoin, miten:

20. Oletko saanut mielestäsi hyödyllistä tietoa muistisairauksista

Aikakausilehdistä ja sanomalehdistä

Televisiosta

Lääkäriltä

Terveystieteiden laitokselta tai muulta hoitajalta

Tuttavilta tai ystäviltä

Yleisötilaisuudesta

Internetistä

Muulta, mistä:

21. Tiedän, milloin minun on syytä olla huolissani muistini toiminnasta

Kyllä

En

22. Minulle sopivin tapa saada tietoa muistiin vaikuttavista asioista on/ olisi

Kirjallinen materiaali, jota voin lukea itseseni

Asiantuntijan pitämä yleisötilaisuus

Omalääkärin/hoitajan kertomana vastaanottokäynnillä

Jokin muu tapa, mikä:

23. Jos olisin huolissani muististani, niin tekisin mitä?

24. Missä katsotte, että yleinen terveystarkastus, jossa pääpaino olisi terveellisten elämäntapojen ohjauksella, tulisi järjestää?

Työterveyshuollossa

Terveyskeskuksessa

Ei missään

Muualla, missä:

25. Jos huomaisin, että muistissani on heikkenemisen merkkejä, toivoisin että

Voisin keskustella lääkärin / hoitajan kanssa

Saisin tietoa muistiin vaikuttavista asioista

Tilannettani seurattaisiin jatkossa

Minulla olisi nimetty yhdyshenkilö, johon voisin ottaa yhteyttä tarvittaessa

Muuta, mitä:

26. Milloin muistin heikkenemiseen tulisi kiinnittää erityistä huomiota?

KIITOS VASTAUKSESTASI!

LIITE 3. MUISTISAIRAAN PALVELUKOKONAISUUDEN ARVIOINTIKOHTTEET

Muistisairaalan palvelupolun kehittäminen Vakka-Suomessa

JOHTORYHMÄN TYÖSKENTELY NYKYTILANTEEN KARTOITTAMISEKSI

Pyydämme teitä kuvaamaan muistisairaalan palveluiden järjestämisen nykytilaa. Kaikkiin kysymyksiin ei välttämättä löydy vastauksia, mutta pyydämme teitä vastaamaan niiltä osin kuin tiedot on saatavissa.

1. Muistisairauksien kohdennettu ennaltaehkäisy

Montako prosenttia vanhuuseläkkeelle jäävistä tai juuri vanhuuseläkkeelle siirtyneistä henkilöistä saa täsmätietoa muistiin liittyvissä asioissa (milloin tulee huolestua muistista, mikä on normaalia ikääntymiseen liittyvää muistin heikkenemistä, miten voin vaikuttaa elämäntavoilla myös aivojen kuntoon)?

2. Muistisairauksien varhainen toteaminen

Paljonko muistisairauksia diagnosoidaan varhaisessa vaiheessa (MM 18-23) vuosittain?

Miten muististaan huolestuneet ovat hakeutuneet tutkimuksiin (mitä arvelette)?

3. Muistisairauden toteaminen, diagnoosin teko

Montako muistisairausdiagnoosia tehdään vuosittain?

4. Muistisairaalan seuranta, ohjaus, neuvonta

Miten muistisairautta sairastavan, kotona asuvan henkilön sairauden etenemisen seuranta on järjestetty?

5. Omaishoito

Monellako omaishoidon tuen saajalla on hoidettavanaan muistisairautta sairastava läheinen?

6. Päivätoiminta

Miten muistisairaiden päivätoiminta on järjestetty? Kenen toimesta järjestetty, missä, kenelle, kuinka usein, paljonko on käyttäjiä?

7. Lyhytaikainen hoito

Miten muistisairaiden lyhytaikaishoito on järjestetty? Missä, kenelle?

8. Kotihoito

Paljonko muistisairautta sairastavia on säännöllisessä kotihoidon piirissä.

9. Ympäri vuorokautinen hoito ja hoiva

Miten muistisairaiden ympärivuorokautinen pitkäaikaishoito on järjestetty?

10. Saattohoito

Missä muistisairaiden saattohoitovaiheet yleisimmin hoidetaan?

11. Yhteistyö

Toimiiko kunnassanne yhdistetty sosiaali- ja terveystyö vai erillisenä sosiaali- ja terveystoimi? Tehdäänkö ylikunnallista yhteistyötä?

Muistisairaan palveluiden arviointiasteikko:

0 = Palvelulle ei ole yhtenäistä, organisoitua ja vakiintunutta palvelumallia.

1 = Palvelu on pirstaleinen, toteutuu satunnaisesti.

2 = Käytössä on vakiintunut palvelumalli, joka kaipaa kehittämistä.

3 = Käytössä on vakiintunut, muistisairaan tarpeita vastaava, toimiva palvelumalli, joka ei tällä hetkellä kaipaa kehittämistä.

LIITE 4. PIDÄ HUOLTA MUISTISTA! – MUISTILIITTO RY.

Pidä huolta muististasi!

- **ylös, ulos ja lenkille** – säännöllinen sykettä nostava liikunta vähentää muistisairauden riskiä
- **kypärä päähän** – kallovammat altistavat aivovaurioille ja muistisairauksille
- **liika viina pois** – humalahakuinen alkoholinkäyttö altistaa muistihäiriöille sekä sekoittaa unirytmia
- **tupakka pois** – tupakointi lisää etenevän muistisairauden riskiä
- **kalaa kaksi kertaa viikossa** – kalarasvat pienentävät sekä sydän- ja verisuoni- että muistisairauksien riskiä
- **marjoista, hedelmistä ja kasviksista vitamiineja** – suojaa aivoverisuonille ja sydämelle
- **rypsiöljyä ruoanlaittoon** - vähemmän eläinrasvaa, niukemmin kaloreita keski-iässä ennakoii pienempää muistisairauden riskiä
- **pidä yllä ystävyyssuhteitasi** - sosiaalinen kanssakäyminen aktivoi muistin toimintaa sekä edistää aivojen terveyttä auttamalla hallitsemaan stressiä ja ehkäisemällä masentuneisuutta
- **nuku tarpeeksi** – hyvä ja riittävä uni on aivojen toiminnan edellytys sekä oppimisen että muistin kannalta, jatkuva unenpuute voi aiheuttaa muistihäiriöitä
- **vältä liikaa huolehtimista** – pitkäaikainen stressi aiheuttaa muistihäiriöitä
- **aktivoi aivojasi** – mitä enemmän aivojaan elinaikanaan käyttää, sitä vastustuskykyisemmät ne ovat muistisairauksien aiheuttamille muutoksille

Voimme itse vaikuttaa valtaosaan
sairauksien vaaratekijöistä
– vain murto-osa muistisairauksistamme
on perinnöllisiä!



Muistiliitto
Alzheimer Centralförbundet

Muistiliitto ry Luotsikatu 4 E 00160 HKI – puh. (09) 6226 200 – www.muistiliitto.fi

LIITE 5A. HOITO-, PALVELU- JA KUNTOUTUSSUUNNITELMA – TAUSTATIEDOT JA TOIMINTAKYVYN ARVIOINTILOMAKE

Taustatiedot ja toimintakyvyn arviointi

1. Henkilötiedot (olemassa oleva henkilötietolomake)

2. Taustatiedot hoito-palvelu- ja kuntoutussuunnitelmaa varten

Tiedot kerätty _____, tarkistettu _____

Omahoitaja _____

2.1. Asumismuoto:

Oma asunto

kerrostalo _____ (kerros, hissi) _____

rivitalo _____

omakotitalo _____ varustelutaso: _____

Asunnon sijainti ja kulkuyhteydet _____

Palveluasunto _____

milloin muuttanut: _____

Tehostettu palveluasuminen _____

milloin muuttanut: _____

Laitoshoito _____

milloin alkanut: _____

Muuta huomioitavaa _____

2.2. Sosiaalinen tilanne ja palvelut

Naimisissa / avoliitossa _____ Eronnut _____

Leski vuodesta _____

Lapsia _____ kpl, suhteet lapsiin _____

Asuu yksin _____ / samassa taloudessa asuu: _____

Edunvalvoja, kuka _____

Asioiden hoito: itse _____, kuka hoitaa ja mitä asioita _____

2.3. Palvelut

Kotihoito:

tiimi _____, käyntimäärä _____

Milloin tullut kotihoidon asiakkaaksi: _____

Intervallihoidon jaksot: _____

Päivätoiminta: _____

Tukipalvelut:

turvapuhelin _____

kauppapalvelu _____

ateriapalvelu (kuinka usein) _____

saunapalvelu (missä) _____

pyykkipalvelu (missä) _____

asiointipalvelu _____

kuljetuspalvelu _____

siivouspalvelu _____

vammaispalvelu _____

asumistuki _____

omaishoidon tuki _____

eläkkeensaajan hoitotuki: ei haettu _____, perustuki _____, korotettu tuki _____,

ylin tuki _____ myönnetty _____ asti

palvelusetelit _____

hoitotarvikkeet (esim. vaipat) _____

veteraani _____

sotavamma _____ % vahinkonumero _____

muut palvelut _____

3. Luvat ja maininta siitä, missä allekirjoitetut luvat säilytetään

Tietojen anto, mahdolliset rajoitukset / kenelle saa antaa tietoja _____

Lupa tietojen välittämiseen niille sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoille, jotka osallistuvat hoitoon ja palveluun, on _____ ei ole _____

Lupa liikkumista rajoittavien turvavälineiden käyttöön. _____

Väineet: _____

Lupa valokuvien ottamiseen ja esillä pitämiseen hoitoympäristössä.

On _____ Ei _____

Kirjallinen hoitotahto on _____ ei ole _____

Muu _____

4. Toimintakyvyn arviointi

4.1. Toimintakykymittarit

Aina asiakassuhteen alkaessa, kontrollit sovitusti:

ADL / Barthelin indeksi	pvm ja tulos
IADL	pvm ja tulos
Paino	pvm ja tulos
Pituus	pvm ja tulos
SPPB	pvm ja tulos
MMSE	pvm ja tulos
Tarvittaessa tehtävät:	
Myöhäisiän depressioseula	pvm ja tulos
Muistikysely läheiselle	pvm ja tulos
Audit	pvm ja tulos
CERAD	pvm ja tulos
CDR	pvm ja tulos

Toistuvasti tehtävät:

MNA, vuosittain syntymäkuukauden aikana	pvm ja tulos
RaVa, vuosittain poikkileikkausmittaus ja sijoituksia arvioitaessa	pvm ja tulos

4.2. Toimintakyvyn kartoitus

Koettu terveys ja hyvinvointi: _____

Todetut sairaudet, diagnoosit: _____

Allergiat: _____

Erytisruokavalio: _____

Eryistä huomioitavaa: _____

Tupakointi: ei _____, kyllä _____ montako savuketta /vrk _____

Alkoholin käyttö: ei _____, viikoittain _____, päivittäin _____

Tarvealue	Voimavarat, omatoimisuuden aste, toimintakyky	Toiminnan vajeus, avun tarve. Apuvälineet
<i>Fyysiset tarpeet</i>		
Viestiminen		
Näkö		
Kuulo		
Puhe		
Ravitsemus ja ruokailu		
Syöminen		
Juominen		
Lääkehoidon toteutus		
Eritystoiminta		
Rakon toiminta		
Suolen toiminta		
Puhtaus ja vaatetus		
Peseytyminen		
Pukeutuminen		
Ihon kunto		
Suu ja hampaat		
Liikkuminen ja siirtyminen		
Kävely		
Porraskävely		
Lihaskunto ja kestävyys		
Siirtymiset (vuoteessa, vuoteesta, wc:ssä)		
Tasapaino, kaatumiset		
Ulkoilu		
Uni ja lepo		

<i>Psyykkiset tarpeet</i>	
Elämänhalu	
Suhtautuminen kuolemaan	
Vakaumus ja hengelliset tarpeet	
Turvallisuus	
<i>Sosiaaliset tarpeet</i>	
Ihmissuhteet ja kuuluminen yhteisöihin, osallisuus	
<i>Ajanviete ja harrastukset</i>	

LIITE 5B. HOITO-, PALVELU- JA KUNTOUTUSSUUNNITELMA – HOITO- JA KUNTOUTUS SUUNNITELMALOMAKE

Hoito- ja kuntoutussuunnitelma

TARVEALUE	VOIMAVARAT	TOIMINNAN VAJAUS	MENETELMÄT JA TOTEUTUS	ARVIOINTI

Suunnitelma tehty, pvm _____ Tekijä _____

Suunnitelma tarkistettu, pvm _____ Tekijä _____

LIITE 5C. HOITO-, PALVELU- JA KUNTOUTUSSUUNNITELMA – SEURANTA JA ARVIOINTILOMAKE

Seuranta ja arviointi

Päivä	Asiakkaan vointi ja edistyminen. Havainnot.	Erityistä

LIITE 5D. HOITO-, PALVELU- JA KUNTOUTUSSUUNNITELMA – VIIKKO-OHJELMALOMAKE

Palveluiden, hoidon ja kuntoutuksen toteutumissuunnitelma

Viikko-ohjelma

	Maanantai	Tiistai	Keskiviikko	Torstai	Perjantai	Lauantai	Sunnuntai
ap							
ip							
ilta							

--	--	--	--	--	--	--	--

Allekirjoitukset

Asiakas _____ pvm _____

Työntekijä _____ pvm _____

Asiakkaan edustaja(t) _____ pvm _____

LIITE 5E. HOITO-, PALVELU- JA KUNTOUTUSSUUNNITELMA – ELÄMÄNKAARITIE TOJEN KARTOITUSLOMAKE

Elämänkaaritietoja

Tavoitteenamme on hoitaa asiakkaitamme yksilöllisesti, kohdata heidät persoonina ja ymmärtää heitä eri tilalanteissa. Ihminen on eletyn elämänsä näköinen ja elämänvaiheidensa muovaama. Taustatiedot eletystä elämästä ja tämänhetkisistä toiveista ovat pohjana hoidon suunnittelulle ja toteutukselle. Tietoja käytetään vain ammatillisesti. Voitte itse päättää, mitä tietoja haluatte antaa.

Tämän henkilökuvauksen voi tehdä asiakas itse tai hänen läheisensä.

Perustietoja:

Asiakkaan nimi:

Syntymäaika:

Perhesuhde:

Lähin omainen ja hänen yhteystietonsa:

Yhdyshenkilö asiakasta koskevissa asioissa ja hänen yhteystietonsa:

Elämänkaari:

Kuvaus lapsuudesta ja nuoruudesta (missä asunut; minkälainen perhe ja elämäntyyli; tärkeät ihmiset; asiat, jotka lapsuudesta tai nuoruudesta asti edelleen heijastuvat nykyiseen elämään):

Aikuisikä (perhe, ammatti, työ, harrastukset, tärkeät tapahtumat ja henkilöt):

Nykyhetki

- persoonallisuus, tavat ja tottumukset, jotka on hyvä huomioida kohtaamisissa, arkipäivän askareissa ja hoitamisessa
- elämäkatsomus, vakaumus, mitä arvostan, mihin uskon
- mieluisa tekeminen ja ajanviete
- iloa, mielihyvää, turvallisuuden tunnetta tuottavat asiat
- asiat joita on syytä välttää (ärsyttävät, epämiellyttävät, pelkoa tai ahdistusta tuottavat asiat)
- toivoisin että ...

Päiväys

Nimi

Nimi ja sukulaisuussuhde, mikäli tiedot antaa joku muu kuin asiakas itse.

LIITE 6. YMPÄRIVUOROKAUTISEN HOIDON JA SAATTOHOIDON KRITEERIT JA TOIMINNAN TOTEUTUMISEN ARVIOINTI

Palvelupolku

Ympäri vuorokautisen hoidon ja saattohoidon kriteerit

Alla olevaa mittaristoa käytetään hoitoyksikön toiminnan arviointiin ja kehittämiseen.

Mittariston kehittämisestä ja arviointien toimeenpanosta vastaavat kuntien vanhustyön johtajat. Vanhustyön johtajat ohjeistavat oman alueensa ympärivuorokautista hoitoa toteuttavien yksiköiden arvioinnin suorittamisen. Tärkeää on, että jokaisella työntekijällä on mahdollisuus osallistua oman yksikön toiminnan arviointiin ja kehittämiseen. Suositeltavaa on, että jokainen työntekijä yksilönä tekee arvioinnin ja sen jälkeen esim. yksikön lähiesimies tekee arvioinneista koonnin. Vanhustyön johtajat päättävät, milloin arvioinnit suoritetaan. Tulokset tulevat työntekijöiden tietoon kohtuullisessa ajassa arvioinnin suorittamisen jälkeen. Arvioinnin tuloksia käsitellään yksiköissä ja myös alueellisesti vanhustyön johtajien tapaamisessa. Arviointi voidaan suorittaa esim. samaan aikaan kuin RaVa arvioinnit tehdään.

Arvioinnin kohteita:

1. Hoitoympäristö
2. Hoidon suunnittelu ja seuraaminen
3. Kuntoutumista edistävä työote
4. Yhteistyö omaisten kanssa
5. Virikkeellinen arki
6. Kommunikointi ja viestintä
7. Saattohoito
8. Henkilöstö ja johtaminen

Arviointiasteikko:

3 = asiat on hoidettu hyvin, väittämän toteutuu hyvin

2 = asiat on hoidettu kohtalaisesti, väittäjä toteutuu kohtalaisesti

1 = asiassa on puutteita, väittäjä toteutuu vain osittain

0 = asia ei toteudu tällä hetkellä

1. Hoitoympäristö

Hoitoympäristö on asiakkaiden/potilaiden elinympäristö ja henkilökunnan työympäristö.

Fyysisen ympäristön **turvallisuus** muodostuu monesta tekijästä: lattioiden pintamateriaalien sekä huonetiloissa, yleisissä tiloissa että kylpytiloissa tulisi olla luistamattomia liukastumisvaaran minimoimiseksi, valaistuksen tulisi olla tilanteeseen ja paikkaan sopiva (tarkkuutta vaativaan toimintaan hyvät kohdevalot, hyvä yleisvalaistus, pehmeä valo), asiakkaiden liikkumista ja siirtymistä helpottavia kahvoja ja kaiteita on sijoitettu asiakkaiden tarpeiden mukaisesti. Fyysisen tilojen esteettömyys on kartoitettu ja tarkistuskartoitus tehdään määräajoin. Työympäristön ergonomia tarkistetaan kolmen vuoden välein.

Fyysisen ympäristön **viihtyvyys** luo asiakkaille turvallisuuden tunnetta ja ympäristön siisteydestä ja kauneudesta huolehtiminen viestii asiakkaille arvostusta ja välittämistä. Ympäristön tulisi olla rauhallinen elinympäristö, joka kuitenkin tarjoaa sopivasti vaihtelua ja mahdollistaa yksilöllisten tarpeiden toteutumisen. Fyysisen ympäristö mahdollistaa asiakkaan ja omaisten/läheisten yhdessäolon ja haluttaessa myös häiriöttömän seurustelun luontevalla tavalla.

Sosiaalinen ympäristö on asiakkaan/potilaan kannalta yksi tärkeimmistä hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä. Kohtaamisten laatu ja määrä vaikuttaa henkiseen hyvinvointiin.

Hoitoyhteisön terapeuttinen ilmapiiri näkyy asiakkaiden yksilöllisessä ja hyvässä kohtelussa, sopivassa huumorissa, hymyssä ja kosketuksessa. Turvallisessa ja sallivassa ilmapiirissä asiakas voi ilmaista tunteitaan ja tulla ymmärretyksi. Omaiset ja läheiset otetaan mukaan asiakkaan arkielämään ja juhlaan.

- Fyysinen hoitoympäristö on turvallinen.

3 2 1 0

- Fyysinen ympäristö on viihtyisä.

3 2 1 0

- Sosiaalinen ympäristö luo turvaa ja lisää henkistä hyvinvointia.

3 2 1 0

Jos valitsitte muun vaihtoehdon kuin 3 (hyvin), kuvatkaa, missä asioissa puutteita ilmenee, mitä aiotte tehdä, mihin mennessä ja kuka on vastuuhenkilö:

2. Hoidon suunnittelu ja seuraaminen

Asiakkaalle tehdään yksilöllinen, kirjallinen hoito- ja kuntoutussuunnitelma. Hoitosuunnitelmassa ja hoidossa huomioidaan ihmisen elämänhistoria, siitä saadaan tietoa esim. elämäntietoa keräämällä. Hoito- ja kuntoutussuunnitelman teko ja muu kirjaaminen on ohjeistettu, jotta dokumentointi tapahtuu yhdenmukaisesti. Hoito- ja kuntoutussuunnitelman teossa ja tarkistuksissa asiakkaan lisäksi omaiset/läheiset ovat mukana yhteistyökumppaneina, heitä kuullaan ja myös heidän roolinsa yhteistyössä kirjataan (esim. ulkoilu, juhlapäivien vietto, ostokset, sisustus).

Hoito- ja kuntoutussuunnitelma tarkistetaan asiakkaan tilan muuttuessa ja vaikka erityistä muutosta ei tapahtuisi, aina 2xvuodessa. Toinen tarkistuskerroista tapahtuu lääkärin kanssa yhteistyössä. Silloin tarkistetaan asiakkaan kokonaistilanne ja arvioidaan erityisesti säännöllisesti ja tarvittaessa käytettävä lääkitys.

- Elämäntiedot-lomaketta apuna käyttäen asiakkaasta kerätään elämäntiedot. Kerätyn tiedon avulla lisätään hoidon asiakaslähtöisyyttä ja yksilöllisyyttä.

3 2 1 0

- Asiakkaille/potilaille tehdään kirjalliset, yksilölliset hoitosuunnitelmat. Hoitosuunnitelman teosta ja kirjaamisesta on kirjalliset ohjeet, joita noudatetaan.

Hoito tarkistetaan vähintään 2 x vuodessa.

3 2 1 0

Jos valitsitte muun vaihtoehdon kuin 3 (hyvin), kuvatkaa, missä asioissa puutteita ilmenee, mitä aiotte tehdä, mihin mennessä ja kuka on vastuuhenkilö:

3. Kuntoutumista edistävä työote

Asiakkaan toimintakykyä kartoitetaan ja arvioidaan tekemällä sovitut, toimintayksikön kirjaamisohjeissa mainitut toimintakykyä kuvaavat mittaukset hoitosuhteen alkaessa ja hoitosuhteen kestäessä.

Maittava ja ravitseva ruoka on osa toimintakykyä ylläpitävää perushoitoa. Ruokailutilanteita seurataan ja asukas/potilas saa tarvitsemansa avun ruokailuissa. Painon seuranta toteutuu säännöllisesti, jotta ravitsemustilassa tapahtuviin muutoksiin voidaan puuttua nopeasti. Monipuolisen ruoan lisäksi käytetään tarvittaessa lisäravinteita ja rutiinisti D-vitamiinilisää 20 mikrog/vrk. Ruokailuympäristö ja ruokailu sosiaalisena tilanteena on järjestetty niin, että se on hyvinvointia edistävä ja mielialaa kohottava.

Asiakkaan hoito toteutuu voimavaralähtöisesti: asiakasta ohjataan ja kannustetaan käyttämään jäljellä olevia voimavarojaan ja heikkenemässä olevia toimintoja vahvistetaan kuntouttavilla menetelmillä. Toimintakyvyn ylläpitäminen toteutuu yksittäisten asiakkaiden hoidossa hoito- ja kuntoutussuunnitelman mukaisesti.

Liikkumiseen ja lihasvoimaan liittyvät erityiset harjoitteet sekä arkielämään liittyvä liikkuminen on hyvä ohjeistaa. Mikäli asiakkaalla on selvästi kohonnut kaatumisriski, tulee sen syy selvittää. Jos riskiä ei voida interventioilla poistaa, lonkkahousut otetaan käyttöön, mikäli se asiakkaan kohdalla on mahdollista. Asiakkaan viikko-ohjelmassa ilmaistaan yksilölliset, toimintakykyä ylläpitävät asiat. Yksikön päivä- ja viikko-ohjelma sisältää aktiviteetteja, joilla edistetään fyysistä-, psyykkistä- ja sosiaalista toimintakykyä.

- Toiminnassamme toteutuu kuntoutumista edistävä työtapa.

3 2 1 0

Jos valitsitte muun vaihtoehdon kuin 3 (hyvin), kuvatkaa, missä asioissa puutteita ilmenee, mitä aiotte tehdä, mihin mennessä ja kuka on vastuuhenkilö:

4. Yhteistyö omaisten kanssa

Omaiset ja läheiset ovat henkilökunnan yhteistyökumppaneita. Omaiset ovat mukana hoidon suunnittelussa ja hoitolinjausten tarkistuksissa. Tavoitteena on yhdessä tekeminen ja sellainen yhteistyöilmapiiri, että omaiset voivat kokea olevansa tervetulleita aktiivisiksi toimijoiksi.

Omaiset ovat myös asiakkaita siinä mielessä, että he tarvitsevat tukea luopumisprosesseissa ja myös ohjausta ja neuvontaa käytännön asioissa.

Hoitoyksikkö huolehtii omaisille suunnatusta aktiivisesta tiedottamisesta.

- Omaiset/läheiset ovat osa hyvää hoitoa.

3 2 1 0

Jos valitsitte muun vaihtoehdon kuin 3 (hyvin), kuvatkaa, missä asioissa puutteita ilmenee, mitä aiotte tehdä, mihin mennessä ja kuka on vastuuhenkilö:

5. Virikkeellinen arki

Asiakkaan fyysisen toimintakyvyn säilyminen, mielen virkeys ja hyvä olo edellyttävät mahdollisuutta osallistua mielekkääseen tekemiseen ja toimintaan omien mielihalujen, toiveiden ja tottumusten mukaisesti. Päiväohjelmaan voi kuulua liikuntaa, ulkoilua, musiikkia, TV:n katselua, seurustelua, askartelua ja käsitöitä, lehtien lukua, pelejä ja monia muita asioita, jotka liikuttavat kehoa ja mieltä. Myös hoitoyhteisöjen arkipäivään liittyviä asioita tehdään mahdollisuuksien mukaan yhdessä (pyykin viikkaus, pöytien pyyhkiminen jne.), arkiliikunnan lisäksi osallistuminen tuottaa yhteisöön kuulumisen kokemuksen.

Hoitoyksikössä ollaan aidosti kiinnostuneita siitä, mitä virikkeitä asiakas toivoo päiviinsä ja yhdessä omaisten/läheisten ja muiden tahojen kanssa luodaan toteutumisedellytykset niille asioille, joiden toteuttaminen on realistista.

Hoitoyksikössä järjestetään aktiivisesti virikkeitä arkipäivään ja tarjolla olevista asioista tiedotetaan ajoissa ja selkeästi asiakkaita. Vuodenkulun mukaisia juhlia ja erityistapahtumia järjestetään.

- Asiakas voi elää hoitoyksikössä virikkeellistä ja elämäntäyteistä arkea ja juhlaa.

3 2 1 0

Jos valitsitte muun vaihtoehdon kuin 3 (hyvin), kuvatkaa, missä asioissa puutteita ilmenee, mitä aiotte tehdä, mihin mennessä ja kuka on vastuuhenkilö:

6. Kommunikointi ja viestintä

Hoitoyhteisössä ollaan vuorovaikutuksessa hoidossa olevien asiakkaiden ja heidän läheistensä kanssa, työtovereiden kanssa hoitoyhteisön sisällä, esimiesten kanssa, kollegojen ja lukuisten sidosryhmien kanssa oman työyhteisön ulkopuolella. Kaikessa työrooliin kuuluvassa vuorovaikutuksessa toimitaan asiallisesti, ystävällisesti ja hyvää tarkoittaen.

Ympäri vuorokautiseen hoitoon tulevan asiakkaan tulotilanne on erityistilanne, johon on valmistauduttu etukäteen niin, että tilanne on asiakkaalle ja häntä

mahdollisesti saattamassa olevalle läheiselle turvallisuutta luova, hyvä alku rakentuvalle yhteistyösuhteelle (huone valmiina; tilojen, toiminnan ja henkilöstön esittely, sopiva määrä informaatiota, tarjoilu mietittynä, tulotilannetta hoitava henkilö irrotettu muusta työstä jne.).

Hoitoyhteisössä tapa kommunikoida on ihmisarvoa kunnioittava ja asiakasta arvostava, asiakkaan yksilölliset ominaisuudet huomioiva (sairauksien tuomat rajoitteet, muistiongelmät, huumorintaju jne). Asiakas tulee kuulluksi oman elämänsä parhaana asiantuntijana.

Viestintä tapahtuu sillä kielellä ja niillä viestinnän väylillä, joilla viestin vastaanottaja parhaiten pystyy viestin vastaanottamaan ja ymmärtämään (selkokieli, suullinen/kirjallinen viestintä, kosketus, eleet, kuvat, musiikki jne).

Oman toiminnan avulla helpotetaan asiakkaan ja hänen läheisensä mahdollisuuksia avoimeen ja hyvään kommunikaatioon (kuulolaitteet huolletaan ja niitä käytetään, toimitaan kiirettömästi ja annetaan aikaa myös vaivalloisesti puhetta tuottavan ihmisen kuulemiseen, vierailijoiden kanssa keskustellaan aina kun he käyvät, yksikköjen yhteystiedot jaetaan kirjallisesti, yhteistyökokouksia pidetään jne).

- Yksikössä on vakiintunut käytäntö hyvän tulotilanteen toteuttamiseksi.

3 2 1 0

- Yksikössä vuorovaikutus on asiallista, ystävällistä ja hyvää tarkoittavaa työtovereita kohtaan, esimiehiä kohtaan, asiakkaita ja heidän läheisiään kohtaan ja oman yksikön ulkopuolisia tahoja kohtaan.

3 2 1 0

- Yksikössä kiinnitetään erityistä huomiota siihen, että asiakkaat tulevat kuulluiksi ja asiakkaiden omaiset ja läheiset ovat hyvin informoituja.

3 2 1 0

Jos valitsitte muun vaihtoehdon kuin 3 (hyvin), kuvatkaa, missä asioissa puutteita ilmenee, mitä aiotte tehdä, mihin mennessä ja kuka on vastuuhenkilö:

7. Saattohoito

Saattohoito toteutetaan siinä asuinympäristössä, missä henkilö on asunut. Tavoitteena on hoitaa omat asiakkaat loppuun asti.

Saattohoitopäätökset ja elvytystä koskevat päätökset tehdään ja kirjataan selkeästi.

Asiakkaan itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan ja ilmaistu hoitotahto ohjaa hoitoa.

Itsemääräämisoikeus toteutuu myös arjen yksityiskohdissa, esim. syömisessä ja juomisessa.

Omaisilla on mahdollisuus olla mukana hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Hoitokokonaisuus muodostuu hyvästä ravitsemuksesta, perushoidosta, yksilöllisiin tarpeisiin vastaamisesta ja erityisesti huolehditaan kivun hoidosta sekä lääkkeellisesti että hoitotyön keinoin.

Omaisille läheisen saattohoito on ainutkertainen aika ja tilanteet saattavat olla hämmentäviä. Omaisten kanssa varataan keskustelumahdollisuuksia sekä saattohoitoon siirryttäessä, saattohoidon aikana että läheisen kuoleman jälkeen. Tuen ja lohdutuksen lisäksi omaiset tarvitsevat ohjausta käytännön kysymyksissä.

Omaisille tarjotaan mahdollisuus viettää läheisen luona normaalia enemmän aikaa saattohoitovaiheessa. Tämä tarkoittaa joustavia käytännön järjestelyjä esim. omaisen yöpymisen, ruokailun ja henkilökohtaisen puhtauden hoitomahdollisuuksien suhteen.

Saattohoitoympäristön rauhallisuuteen, turvallisuuteen ja kauneuteen kiinnitetään huomiota. Tapaan hoitaa, koskettaa ja puhutella asiakasta liitetään lohdutus, kiireettömyys ja lämmin läsnäolo.

Saattohoidosta ja vainajan hoidosta on kirjalliset toiminta/työohjeet.

- Yksikössä on hyvän saattohoidon toteutumisedellytykset.

3 2 1 0

Jos valitsitte muun vaihtoehdon kuin 3 (hyvin), kuvatkaa, missä asioissa puutteita ilmenee, mitä aiotte tehdä, mihin mennessä ja kuka on vastuuhenkilö:

8. Henkilöstö ja johtaminen

Henkilökunnalla on työn edellyttämä ammattipätevyys: ammattitutkinto ja työn vaatimusten mukainen erityisosaaminen.

Henkilökunnalla on aito kiinnostus tekemäänsä työhön, kyky toimia vanhusasiakkaiden kanssa rauhallisesti ja empaattisesti.

Esimiestyössä osaamisen johtamista pidetään tärkeänä ja esimiehet turvaavat henkilökunnan ammattitaidon päivittymisen ja kehittymisen koulutussuunnitelun ja muun ammattitaitoon myönteisesti vaikuttavan toiminnan avulla. Sekä yksilöiden että työyhteisön kehitystä seurataan ja edistetään.

Yksikön henkilöstömitoitus ja henkilökuntarakenne on suositusten mukainen, kaikkien tiedossa ja se ohjaa henkilöstön käyttöä.

Esimiehet huolehtivat siitä, että kirjallista palautetta toiminnasta kerätään systemaattisesti sekä asiakkailta, omaisilta että henkilökunnalta.

Vuorovaikutus esimiesten ja alaisten välillä on yhteisiä asioita eteenpäin vievää ja tiedonkulku sujuvaa.

- Yksikön palautejärjestelmä on systemaattinen ja se sisältää asiakas-, omais- ja henkilökuntakyselyt.

3 2 1 0

- Henkilökunnan ammattipätevyys vastaa työn vaatimuksia.

3 2 1 0

- Esimiestyöllä luodaan hyvän toiminnan mahdollisuuksia.

3 2 1 0

Jos valitsitte muun vaihtoehdon kuin 3 (hyvin), kuvatkaa, missä asioissa puutteita ilmenee, mitä aiotte tehdä, mihin mennessä ja kuka on vastuuhenkilö: