



**Riihimäen seudun dementiatyön strategia
vuosille 2008–2015**

24.6.2008

SISÄLLYSLUETTELO

JOHDANTO JA VISIO	3
STRATEGIASSA KÄYTETTYJEN KÄSITTEIDEN MÄÄRITTELY.....	4
1. VALTAKUNNALLISET LINJAUKSET JA SUOSITUKSET	6
2. NYKYTILA JA MUUTOSTARPEET RIIHIMÄEN SEUDULLA	9
2.1 Nykytilan ja muutostarpeiden arviointi kunnittain	9
2.1.1 HAUSJÄRVI.....	9
2.1.2 LOPPI.....	10
2.1.3 RIIHIMÄKI.....	12
2.2 Muistisairaiden määrän kehitys kunnissa.....	14
2.3 Muistisairaiden tehostetun palveluasumisen tarpeen arviointi.....	15
2.4 Määrälliset muutostarpeet kunnissa 2008 - 2015	17
3 KEHITTÄMISTAVOITTEET JA TOIMENPITEET VUOTEEN 2015.....	19
3.1 Visio: Muistisairaana hyvä elämä Riihimäen seudulla	19
3.2 Kehittämisen strategiset tavoitteet.....	19
3.2.1 Osaaminen ja uudistuminen.....	20
3.2.2 Asiakkaat ja vaikuttavuus	20
3.2.3 Prosessit ja rakenteet	24
3.2.4 Resurssit ja talous	26
4 STRATEGIAN TOTEUTUKSEN SEURANTA JA ARVIOINTI.....	27
LIITE 1. STRATEGIA TAULUKKONA.....	28
LÄHTEET:	32

Johdanto ja visio

Visio: Muistisairaana hyvä elämä Riihimäen seudulla.

Riihimäen seudulla panostetaan muistisairauksien varhaiseen tunnistamiseen, omaisten tukemiseen ja henkilöstön kouluttamiseen. Muistisairaiden palvelut järjestetään asiakaslähtöisesti, joustavasti, tarkoituksenmukaisesti ja taloudellisesti.

Riihimäen seudun dementia-työn strategia vuosille 2008–2015 on työstetty osana Riihimäen seudun dementia-työn kehittämissuunnitelmaa (RIDKE). Strategiatyöryhmän työskentelyyn ovat osallistuneet sosiaalityöntekijä Kirsi Harju Riihimäeltä (työryhmän puheenjohtaja), kodinhoitaja Terttu Kivistö Hausjärveltä, vanhushuollon johtaja Marja-Liisa Vitikka Lopelta, osastonhoitaja Anneli Heinäaro Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymästä, suunnittelija Eija Antikainen-Juntunen Pikassos Oy:stä ja projektipäällikkö Riitta Uronen RIDKE-hankkeesta (työryhmän sihteeri).

Strategiatyön aloituskokouksessa 25.1.2008 koottiin seudun ammattilaisilta evästystä strategiaan. Aloituskokouksessa pohdittiin: 1) miten dementia-palvelujen yhteistyötä järjestetään 2) miten dementiaa sairastavien kuntalaisten palvelut järjestetään, rahoitetaan ja tuotetaan ja 3) miten kunnissa varmistetaan dementia-työn osaaminen ja sen kehittäminen.

Strategiatyöryhmä on tehnyt tutustumiskäynnin Valkeakosken dementia-keskukseen ja Helsingin Seniorisäätiön lyhytaikaishoitoa antavaan osastoon. Strategiatyö aloitettiin tutustumalla dementia-työn valtakunnallisiin ohjeistuksiin ja linjauksiin ja arvioimalla palvelujen nykytilaa kunnittain. Kuntien omaishoidontukea saaville postitettiin kesäkuussa 2008 kysely muistisairaiden päivätoiminnasta ja lyhytaikaishoidosta ja kyselyn alustavia tuloksia on käytetty strategian laadinnassa. Strategiatyössä on myös hyödynnetty muiden hankkeiden tuloksia.

Seudullisessa dementiafoorumissa 10.4.2008 oli mukana 71 seudun ammattilaista kuulemassa ajankohtaiskatsausta RIDKE-hankkeesta ja pohtimassa pienryhmissä muistisairaana hyvän elämän aineksia Riihimäen seudulla ja evästämässä strategiatyöryhmää.

Strategiatyöryhmä kiittää kaikkia työhön osallistuneita ja toivoo, että dementia-työ Riihimäen seudulla etenisi työryhmän ehdottamalla tavalla.

Riihimäellä 24.6.2008

Työryhmän puolesta:

Kirsi Harju
työryhmän puheenjohtaja

Riitta Uronen
työryhmän sihteeri

Strategiassa käytettyjen käsitteiden määrittely

Strategiassa on käytetty käsitteitä, joiden määrittelyt on otettu Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksista (2008) sekä sosiaalihuollon sanastosta (Lehmuskoski & Kuusisto-Niemi 2007).

Avohuolto

Sosiaalipalvelu, jonka antamiseen ei liity yhtäjaksoista, ympärivuorokautista palveluvastuuta sosiaalihuollon toimintayksikössä. Avopalveluja voivat olla sekä toimintayksiköissä annettavat palvelut että toimintayksiköiden ulkopuolella annettavat palvelut (esim. kotipalvelu). Avopalvelutoiminnaksi katsotaan nykyisin myös ns. intervalli eli jaksottaishoidot, joissa avo- ja laitoshoitajaksot vuorottelevat.

Laitoshuolto

Laitoshuolto voi olla lyhytaikaista tai jatkuvaa päivä- tai yöhoitoa tai ympärivuorokautista hoitoa. Sosiaalipalvelu katsotaan laitoshuolloksi silloin, kun se järjestetään täysihoidtona sosiaalihuollon toimintayksikössä, jossa on sosiaalialan ammatillista henkilöstöä ja palvelu sisältää hoitoa tai kuntoutusta. Laitoshuollossa asiakkaaksi ottamisen yhteydessä tehdään sisäankkirjaus tai muu päätös laitokseen ottamisesta.

Palveluohjaus

Palveluohjaus on palvelumuoto, jonka tarkoituksena koota keskitetysti yhteen tiedot asiakkaalle kuuluvista sosiaalipalveluista, sosiaalietuuksista ja muusta sosiaaliturvasta sekä tukea, neuvoa ja ohjata häntä palvelujen käytössä. Palveluun liittyvät keskeiset asiat (esimerkiksi taustatiedot, asiakkaan palvelu- ja tukitarpeet, suunnitellut palvelut ja tuet, tukia ja palveluja antavat tahot) kootaan asiakkaan yksilöllisten tarpeiden mukaan asiakaskohtaiseen palvelusuunnitelmaan.

Kotihoito

Sosiaali- ja terveydenhuollon hoivapalvelu, jossa yhdistyy tarvittava kotipalvelun ja kotisairaanhoidon tarjoama tuki.

Päivätoiminta

Päivätoiminta on kuntouttavaa ja toimintakykyä ylläpitävää virikkeellistä toimintaa sitä varten järjestetyissä tiloissa. Päivätoimintaa järjestetään vanhuspalvelujen tukipalveluna.

Kuntoutus

Kuntoutus on fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitämiseen ja edistämiseen tähtäävä palvelu. Kuntoutus voi olla esimerkiksi ammatillista, lääkinnällistä, psykiatrista, psykososiaalista tai sosiaalista ja se sisältää kuntoutumisen kannalta tarpeellisen tutkimuksen ja hoidon. Kuntoutus perustuu kuntoutujan ja palveluntuottajan yhteisesti laatimaan suunnitelmaan ja sen toteutumisen arviointiin. Kuntoutusta annetaan useissa eri sosiaalihuollon palvelutehtävissä.

Lyhytaikaishoito

Suunnitelmallista kotona asumista tukeva jaksottais- tai intervallihoido, jota toteutetaan palveluasumisena tai laitoshoidtona. Intervallihoidossa on määritelty säännöllinen rytmi kuntoutusjaksojen ja kotihoidon välillä. Jaksoittaishoidoissa kuntoutusjaksoista sovitaan erikseen tarpeen mukaan.

Palveluasuminen

Palveluasuminen on asumismuoto, johon kuuluu palveluntuottajan järjestämän vakituisen asunnon lisäksi jokapäiväiseen selviytymiseen liittyviä sosiaalipalveluja. Palveluasumista voidaan tarjota asiakkaille joko kunnan sosiaalipalveluja koskevan järjestämisvelvollisuuden perusteella tai yksityisesti. Palveluasumiseen tarkoitettun asunnon voi omistaa joko valtio, kunta, yritys, järjestö, säätiö tai yksittäinen henkilö, mutta myös jotkut edellä mainituista omistajista yhdessä (ns. sekaomistus). Asumispalvelun asiakas voi asua joko omistus- tai vuokra-asunnossa.

Tehostettu palveluasuminen

Tehostettu palveluasuminen tarkoittaa palveluasumista, johon liittyviä palveluja on saatavissa kaikkina vuorokauden aikoina.

Pitkäaikaishoito

Pitkäaikaista hoito on silloin, kun asiakkaalle on tehty pitkäaikaishoitopäätös tai kun asiakas on ollut hoidossa yli 90 vuorokautta (vanhainkodissa tai terveyskeskuksen pitkäaikaishoito-osastolla).

Henkilöstömitoitus

Henkilöstömitoitus tarkoittaa henkilöstön ja hoidettavien asiakkaiden välistä laskennallista suhdelukua. Henkilöstömitoitukseen eri palveluissa lasketaan asiakkaan välittömään hoitoon osallistuvat työntekijät, mitoitus koskee myös terapiahenkilöstöä. Henkilöstö lasketaan hoitomitoitukseen heidän työpanostaan vastaavalla osuudella.

Palveluketju

Palveluketju on asiakkaan tiettyyn palvelutarpeeseen kohdistuva suunnitelmallinen ja yksilöllisesti toteutuva eri palveluperustein järjestettävien palveluprosessien kokonaisuus. Palveluketjut muodostuvat palveluprosesseista, jotka kuuluvat eri palvelutehtäviin.

Konsultaatio

Asiantuntijan työntekijälle tai työryhmälle antama neuvo ja ohjaus oman erityisalansa ilmiöihin liittyen.

Muistikoordinaattori, dementiakoordinaattori

Muistikoordinaattori toimii muistisairaiden ja heidän omaistensa tukena. Muistikoordinaattorin tehtävänä on arvioida yhdessä asiakkaan ja omaisen kanssa tuen tarpeita ja vastata siitä, että asiakas saa tarvitsemansa hoidon ja palvelut sosiaali- ja terveydenhuollosta. Koordinaattori pitää säännöllistä yhteyttä perheisiin puheluin ja kotikäynnein. (oma määritelmä)

1. Valtakunnalliset linjaukset ja suositukset

Väestötutkimuksen mukaan Suomessa arvioidaan olevan 83 000 vaikeasti tai keskivaikeasti dementoitunutta ja 30 000 lievästi dementoitunutta henkilöä. Vuosittain johonkin dementoivaan sairauteen sairastuu noin 13 000 henkilöä (Viramo & Sulkava 2006). Muistihäiriöiden ja dementian esiintyvyys lisääntyy väestön ikärakenteen vanhetessa. Tautia sairastaa 65–74-vuotiaiden ikäryhmässä 4,2 prosenttia, 75–84-vuotiaiden ikäryhmässä 10,7 prosenttia ja yli 85-vuotiaiden ryhmässä 35,1 prosenttia. Ikäryhmässä 30–65-vuotiaat dementiaa arvellaan esiintyvän 0,26 prosenttia väestöstä. (Viramo & Sulkava 2006)

Dementia on ikääntyneillä henkilöillä merkittävin tekijä, joka johtaa toimintakyvyn heikkenemiseen, avuntarpeeseen ja laitoshoitoon. Ikärakenteen muutokset ja dementian lisääntyminen tuovat valtavan haasteen palveluiden, erityisesti kotihoidon ja lyhytaikaishoidon kehittämiseksi. Dementoiviin sairauksiin on olemassa lääkehoitoa, joka ylläpitää toimintakykyä ja lieventää käytösoireita. Lääkehoidon lisäksi on olennaista tukea dementoituneen toimintakykyä virikkeellisellä toiminnalla ja tukea omaishoitajien jaksamista.

Iän mukana toimintakyky voi heiketä paljonkin ennen kuin se asettaa vakavia esteitä arkipäivästä selviytymiselle. Kognitiivisen toimintakyvyn heikkeneminen on merkittävin hoivapalvelujen piiriin tulon syy. Ennakoiva, nopea ja joustava apu ja tuki ovat yleensä paras keino vähentää ennen aikaista laitospalvelujen tarvetta. (Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015, s. 13)

Hyvän vanhuuden turvaaminen edellyttää toimintakyvyn edistämistä ja elinympäristön muokkaamista kaikenikäisille sopivaksi. Vanhusten hoidon ja palvelujen linjausten mukaiset toiminnalliset tavoitteet ovat:

- ihmisten omatoimisuus ja mahdollisuus itsenäiseen elämiseen säilyä mahdollisimman pitkään
- toimintakyvyn heikkenyttyä palvelutarve arvioidaan välittömästi
- arvioinnin mukainen hoito ja tuki järjestetään suunnitelmallisesti ja arvioinnin tulosten mukaisesti
- palvelujen ja tukimuotojen yhteensopivuus varmistetaan
- henkilöstön osaamisesta ja riittävydestä huolehditaan
- hoito ja palvelut perustuvat tutkittuun tietoon ja hyviin käytäntöihin
- palvelujen laatu ja toimivuus varmistetaan ja valvontaa tehostetaan
- palvelurakennetta kehitetään alueellisena kokonaisuutena (emt., s.14)

Vanhustenhuollon linjausten mukaan Suomeen ollaan luomassa kattava seniorineuvolaverkosto. Toiminta toteutetaan paikallisesti tai seudullisesti sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyönä. Toimintana seniorineuvolassa ovat ennalta ehkäisevät terveydentilaan ja sosiaaliseen toimintakykyyn liittyvät määräaikaistarkastukset ja asiakkaan tarpeista lähtevät neuvontapalvelut. (emt, s.15)

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa (2008) korostetaan huolellista varautumista ikärakenteen muutokseen ja se sisältää linjauksia laadun ja vaikuttavuuden parantamiseksi. Suosituksessa painotetaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä, ehkäisevän toiminnan ja kotona asumisen tukemisen ensisijaisuutta ja kattavaa yksilökohtaista palvelutarpeen arviointia. Dementiaoireisten ihmisten tarpeet on otettava palvelurakenteen kehittämisessä erityisesti

huomioon. Kaikkiin palveluihin on sisällytettävä ikäihmisten mahdollisuus toimintakykyä ja kuntoutusta edistävään hoitoon ja palveluun. Tulevaisuuden strategiset linjaukset pitkäaikaishoidossa ovat tehostetun palveluasumisen lisäämisessä ja vanhainkoti- ja terveyskeskushoidon vähentämisessä. Tavoitteena on kehittää perinteisen vanhainkotihoiton ja terveyskeskuksen vuodeosastohoidon tilalle uusi hoivapalvelumuoto, joka tarjoaa kuntouttavaa pitkäaikaista ympärivuorokautista hoivaa ja jossa on lääkäripalveluita joustavasti saatavilla. Pitkäaikainen laitoshoido pyritään puolittamaan. Toiminnallisten menetelmien käyttöä ja sosiokulttuurista työtä vanhustyössä suositellaan järjestettäväksi. STM antaa sosiaalihuollon ja kotihoidon henkilöstön valtakunnalliset mitoitussuosituksen vuoden 2008 loppuun mennessä. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus, 2008)

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa tavoitteena on hyvinvointia ja terveyttä edistävä palvelurakenne, joka toteutetaan seuraavilla toimilla:

- **palvelutarpeen arviointi** lähtökohtana palvelurakennetta kehitettäessä.
- **kuntouttava kotihoito**, joka vastaa asiakkaiden fyysisiin, kognitiivisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin kuntoutumisen tarpeisiin. Koti- ja omaishoitoa tuetaan järjestämällä kuntouttavaa päivätoimintaa ja lyhytaikaista ympärivuorokautista hoitoa asiakkaan toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja hoitavan omaisen vapaan mahdollistamiseksi.
- **pitkäaikaishoivan uudistaminen**. Tulevaisuuden strategiset linjaukset pitkäaikaishoidossa ovat tehostetun palveluasumisen lisäämisessä ja vanhainkoti- ja terveyskeskushoidon vähentämisessä.
- **dementiaoireisten ihmisten erityistarpeiden huomiominen**. Turvataan joustavat, dementoituvan toimintakyvyn muutokseen sopeutetut palvelut koko hoito- ja palvelujatkumolla, tuki muistisairaalle ja hänen perheelleen sairauden kaikissa vaiheissa. Kuntien vanhuspalvelustrategioihin tulee sisällyttää dementoituvien palvelukokonaisuuksia koskeva osio (emt. s.25-29)

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen mukaisena valtakunnallisena tavoitteena vuoteen 2012 mennessä on, että 75 vuotta täyttäneistä henkilöistä

- 91-92 % asuu kotona itsenäisesti tai palvelujen turvin
- 13-14 % saa säännöllistä kotihoitoa
- 5-6 % saa omaishoidon tukea
- 5-6 % on tehostetussa palveluasumisessa
- 3 % on pitkäaikaisessa laitoshoidossa vanhainkodissa tai terveyskeskussairaalassa

Tavoitteita on asetettava myös hyvinvointia ja terveyttä edistävälle ehkäiseville palveluille, päivätoiminnalle ja jaksoittaishoidolle. Hoito- ja palveluprosessien asiakaslähtöinen suunnittelu ja toteutus perustuvat asiakkaan tarpeiden, voimavarojen ja toimintaympäristön huolelliseen ja monipuoliseen arviointiin. Arviointi luo pohjan toimintakykyä ja kuntoutumista edistävän toiminnan tavoitteelliselle toteutukselle, joka on laatutekijä ehkäisevistä palveluista pitkäaikaiseen laitoshoidon asti. (emt. s. 30-31)

Henkilöstömitoitusta suunniteltaessa otetaan huomioon asiakkaiden toimintakyky ja avun tarve, palvelurakenne, palvelujen tuottaminen ja saatavuus sekä henkilöstöön ja työn organisointiin liittyvät tekijät. Hoitohenkilöstömitoitukseen lasketaan asiakkaan välittömään hoitoon osallistuvat työntekijät. Hoito- ja laitosapulaiset sisällytetään hoitohenkilöstömitoitukseen silloin, kun he osallistuvat asiakkaiden välittömään hoitotyöhön. Terapiahenkilöstö sisällytetään hoitohenkilöstömitoitukseen työpanostaan vastaavalla osuudella. (emt. s. 33-37)

Hyvä mitoitus ympärivuorokautisessa hoidossa on 0,7–0,8 ja vähimmäismitoitus 0,5–0,6. Mitoituksen lähtökohtana ovat aina asiakkaat tarpeineen riippumatta siitä, minkä nimisessä yksikössä he ovat. Ympärivuorokautisessa hoidossa on hyvä käytäntö se, että lääkäri käy yksiköissä sovituin väliajoin. (emt. s. 33-37)

Laatusuosituksen mukaan tavoitteena ovat esteettömät, turvalliset ja viihtyisät omatoimisuutta tukevat asumis- ja hoitoympäristöt. Omatoimisuutta tuetaan kodin muutostöillä, apuvälineillä ja geronteknologiaa hyödyntämällä. Pitkäaikaishoivan yksiköissä tulee jokaisella asukkaalla olla oma huone ja siihen liittyvä hygieniatila, ellei asukas nimenomaan halua asua puolison tai muun yhteistä asumista toivovan asukkaan kanssa. Yhteistilojen viihtyisyys ja turvallisuus sekä mahdollisuus ulkoiluun on otettava tilojen suunnittelussa huomioon. Dementiakodin suositeltava paikkaluku on 12-15, suuremmat yksiköt on syytä jakaa pienempiin itsenäisiin kokonaisuuksiin.(emt. s.39-43)

Tehostetun palveluasumisen tavoite on Finne-Soverin ja Nurmen tutkimuksen mukaan luoda ”sosiaalinen hyvä elämä vaikeasti sairaille”. Tehostettu palveluasuminen on tarkoitettu monisairaille, toiminnanvajeisille henkilöille, jotka hyötyvät tehostetun palveluasumisen itsenäisyydestä, asuntojen sijainnista ja muiden asukkaiden seurasta. Dementia voi olla yksi sairauksista - tällöin on sosiaalisia taitoja jäljellä. (Finne-Soveri & Nurme 2007, s. 27)

2. Nykytila ja muutostarpeet Riihimäen seudulla

2.1 Nykytilan ja muutostarpeiden arviointi kunnittain

Dementiatyön palvelujen nykytilan ja muutostarpeiden arviointi suoritettiin kunnittain maaliskuussa 2008. Arvioinnissa selvitettiin palveluasumisen, kotihoidon, lyhytaikaishoidon, päivätoiminnan, vanhainkotihoito ja terveyskeskuksen vuodeosastojen nykytilaa, ongelmia ja muutostarpeita muistisairaiden hoidon kannalta. Omaishoidon tukemisen keinoja ja omaishoidon palveluohjausta selvitettiin. Lisäksi kysyttiin niistä muistisairausasiakasryhmistä, joiden hoitoon tulisi kiinnittää erityistä huomiota tai joiden palvelut tulisi järjestää seudullisesti. Vastaajia pyydettiin myös nimeämään ne muistisairaiden palvelujärjestelmän ongelmakohdat, joihin tulisi kiinnittää erityistä huomiota.

Kaikille omaishoidontukea saaville vanhusasiakkaille lähetettiin kesäkuussa 2008 kysely päivätoiminnasta ja lyhytaikaishoidosta. Kyselyn tuloksia on hyödynnetty strategiatyössä.

2.1.1 HAUSJÄRVI

Hausjärven dementiatyön palvelujen nykytilan ja muutostarpeiden arviointiin osallistuivat vanhainkodin ja terveyskeskuksen osastonhoitajat, päivätoiminnan ohjaaja, kotipalvelun ohjaaja kotisairaanhoidaja ja omaishoidosta vastaava kodinhoitaja.

Vanhainkodissa on 30 paikkaa, vanhainkoti on jaettu kahteen soluun. Dementoituneita asukkaista on arviolta 38 %. Erityistyöntekijöitä vanhainkodilla ei ole. Ongelmana on se, että osa asukkaista häiritsee muita asukkaita. Osa työntekijöistä ei halua hoitaa dementoituneita. Henkilöstölle tarvittaisiin voimakkaampaa ja tehokkaampaa koulutusta.

Terveyskeskuksessa on 30 paikkaa, joista pitkäaikaishoidossa on 20 paikkaa. Asiakkaista noin 25 % on dementoituneita. Virikeohjaaja järjestää viriketoimintaa. Henkilökunta on saanut koulutusta muistisairauksista, dementiaopiskelusta on kahdella hoitajalla, vanhustyön erityisammattitutkinnon on suorittanut yksi hoitaja ja kahdella hoitajalla on osa tutkinnosta suoritettuna. Osastolla toimitaan kuntouttavan hoitotyön periaatteiden mukaan. Ongelmana on liian suuri osasto, joka tuo levottomuutta. Osastolla on paljon ovia, joista voi karata tai asukas ei löydä huonettaan. Muistisairaant tulisi sijoittaa heille tarkoituksenmukaisempaan asumispalveluun.

Hausjärvellä on käytössä 43 tehostetun palveluasumisen paikkaa. Koppelikodissa 11 paikkaa ja ryhmäkoteissa 10 paikkaa ja dementia koti Lasihelmessä 20-paikkaa. Osa Koppelikodin asukkaista on muistisairaita ja osalla ryhmäkotien asukkaista on lieviä muistiongelmia. Yksityisiltä on ostettu kaksi tehostetun palveluasumisen paikkaa.

Lyhytaikaishoitoa järjestetään vanhainkodissa, jossa lyhytaikaishoitoon on varattu 3 paikkaa. Lyhytaikaishoitoa järjestetään yleensä viikon mittaisissa jaksoissa. Jaksot palvelevat omaisia, mutta hoidettavalle pitäisi pystyä tarjoamaan virikkeellisempää ja kuntoutuksellisempaa toimintaa. Joillekin asiakkaille olisi tarkoituksenmukaisempaa järjestää lyhytaikaishoitoa nopeammassa tahdissa. Lyhytaikaishoidon ympäristö voisi olla viihtyisämpi, vanhainkodin laitospäivätoiminnan sijasta. Asiakkaat eivät mielellään laittaisi omaistaan vanhainkotiin lyhytaikaishoitoon, tarvittaisiin lyhytaikaishoidolle oma yksikkö. Lyhytaikaishoitopaikkojen akuutti tarve on tällä hetkellä 5 paikkaa, tarve lisääntyy omaishoidon myötä.

Hausjärven vanhusten päivätoiminta on järjestetty uudelleen vuosi sitten. Päivätoiminta muutti uusiin tiloihin, jotka ovat toimintaan tarkoituksenmukaiset ja kodikkaat. Päivätoimintaa järjestetään viitenä päivänä viikossa. Muistisairaille suunnattua toimintaa on kolmena päivänä, yhtenä päivänä kokoontuu ns. Lady-ryhmä ja yhtenä päivänä toimintaa järjestetään Ryttylässä. Päivätoimintaan mahtuu enintään 8 henkilöä päivässä. Ryhmässä työskentelee kaksi työntekijää, joista toinen on työllistetty. Työllistetty on työssä 4 päivänä viikossa. Päivätoimintaan tarvitaan ehdottomasti toinen vakituinen työntekijä, jotta pystytään panostamaan jatkuvuuteen ja suunnitelmallisuuteen. Liikunnallisen kuntoutuksen lisätila toisi uusia mahdollisuuksia kuntouttamiseen. Päivätoiminnan tarve on lisääntyvä ja tällä hetkellä päivätoimintaan jonotetaan.

Dementiakoti Lasihelmessä on järjestetty maaliskuusta 2007 alkaen pienimuotoista päivätoimintaa muistisairaille. Lasihelmessä on jokaisena arkipäivänä mahdollisuus ottaa päivän ajaksi hoitoon kotona asuva muistisairas. Toiminta on soveltunut hyvin dementiakotiin, päivätoiminnan asiakkaat ovat potentiaalisia dementiakodin tulevia asukkaita. Päivätoiminnassa oleminen tutustuttaa asiakkaan kotiin ja työntekijöihin. Mahdollinen dementiakodin asukkaaksi siirtyminen on helpompaa näiden asiakkaiden kohdalla.

Kotihoitotiimejä on kolme, kotipalvelun ja kotisairaanhoidon tiimeillä on yhteiset tilat siten, että kaksi tiimitilaa on Oitissa ja yksi Ryttylässä. Kotipalvelutyöntekijöitä on 19,5. Yksityisiltä palveluntuottajilta ostetaan sotainvalidien palvelut. Kotihoidon vastuuhoidtajat on nimetty, mutta järjestelmä ja työn tavoitteellisuus vaativat vielä kehittämistä. Tarvitaan asiakaskohtaista tavoitteiden, keinojen ja oman työn arviointia. Työntekijät ovat osallistuneet RIDKE-hankkeen koulutuksiin, mutta edelleen on koulutustarpeita. Haasteena on päästä varhaiseen muistiongelmien tunnistamiseen ja luoda yhteiset toimenpiteet hoitoon ohjaamiseen.

Omaishoidontuen piirissä on 27 vanhusta, joista 37 %:lla on muistisairausdiagnoosi. Omaishoitajille ostetaan palveluja kotiin yksityisiltä palveluntuottajilta 1-4 tuntia kerrallaan. Omaishoitajien vapaapäivät järjestetään pääsääntöisesti intervallijaksoina vanhainkodilla tai päivätoimintana. Dementiakoti Lasihelmen päivätoiminta on käytössä arkipäivisin. Omaishoidon työntekijä tekee kotikäynnin vähintään kerran vuodessa tai tarvittaessa. Omaishoitajien vertaistukiryhmä on toiminut jo vuosia kerran kuukaudessa, tällä hetkellä toimintaa ei ole. Omaishoitajille järjestetään kunnan toimesta retkipäivä keväisin ja syksyisin sekä seudun kuntien yhdessä järjestämä joulujuhla. Riihimäen seudun Omaishoitajat ja Läheiset ry. järjestää Pysäkki-toimintaa kerran viikossa. Seurakunta järjestää omaishoitajille virkistyspäiviä ja käytössä on diakonissa-palvelut.

Parhailaan Hausjärvellä päivitetään ikäihmisten palveluopasta. Kotisairaanhoidon tekee ennalta ehkäiseviä kotikäyntejä. Muistineuvolan tai muistipoliklinikan toimintaan tulisi kiinnittää erityistä huomiota seudulla, sairauden varhainen diagnosoiminen on tärkeää. Lyhytaikaishoitoa tulee kehittää. Ongelmana Hausjärvellä on yöhoidon puuttuminen. Tekniikkaa pitäisi pystyä paremmin hyödyntämään kotona asumisen mahdollistamiseksi. Vanhainkodista puuttuu erityistyöntekijä, pitäisikin miettiä, olisiko mahdollista ostaa viriketoiminnan ohjausta terveyskeskukselta.

2.1.2 LOPPI

Lopen dementiatyön palvelujen nykytilan ja muutostarpeiden arviointiin osallistuivat vanhustenhuollon johtaja, vanhustenhuollon sosiaalityöntekijä, kotipalveluohjaaja, vanhainkodin osastonhoitaja ja terveyskeskuksen osastonhoitaja.

Vanhainkodissa on 41 paikkaa, joista 37 vakituista asukasta ja 4 intervallipaikkaa. Arviolta 65 % vanhainkodin asukkaista on muistisairaita. Vanhainkodissa on kuusipaikkainen dementoituneiden pienyksikkö, Kuusikoti. Vanhainkodissa on 0,5 kuntahoitaja.

Terveyskeskuksessa on 33 paikkaa, joista pitkäaikaishoidossa 9 paikkaa. Asiakkaista noin kolmannes on dementoituneita. Osasto on liian suuri muistisairaalle ja aiheuttaa levottomuutta.

Lopella on 13 tavallista palveluasumispaikkaa, joiden palveluiden järjestämisestä vastaa kotipalveluhenkilöstö. Tehostetun palveluasumisen paikkoja (Hoivakoti Salmela muistisairaille) on 12, ostopalvelupaikkoja ei ole tällä hetkellä käytössä.

Lyhytaikaishoitoa järjestetään vanhainkodissa. Tällä hetkellä on käytössä 4 paikkaa, mutta olisi välitön tarve viidelle paikalle. Omaishoidossa olevat muistisairaat eivät saa aina tarvitessaan hoitopaikkaa. Nykytilanteessa ongelmana on myös se, että intervallipaikkoja ei ole pienyksikössä. Suuret osastot eivät sovellu muistisairaalle, vaan sijoitus aiheuttaa levottomuutta ja hämmennystä sekä asiakkaassa, omaisissa että hoitajissa.

Päivätoimintaa järjestetään neljänä päivänä viikossa Palvelukeskus Eedilässä. Toimintaan osallistuu noin 8 asiakasta/päivä, 36 eri asiakasta. Päivätoiminnan kehittäminen on haasteena, tarvittaisiin tavoitteellisempaa toimintaa ja lisää ohjattua toimintaa. Saunotuksen järjestäminen vaatii uudelleen organisointia. Päivätoiminnassa on tällä hetkellä hyvin erilaisia asiakkaita, muistisairaat tarvitsisivat oman ryhmänsä. Päivätoiminnan viemistä kunnan muihin taajamiin tulisi pohtia.

Kotihoitotiimejä on kolme, kotipalvelussa on 27,5 työntekijää ja kotisairaanhoidossa 5 työntekijää. Käytössä on lisäksi terveyskeskuksen toimintaterapeutin ja fysioterapeutin palvelut. Kotipalvelun työntekijöistä 6 työskentelee palveluasumisessa, 2 päivätoiminnassa, 1 omaishoidossa, 0,5 efficassa ja 0,5 kuntahoitaja. Kotipalvelun kenttätyössä on 17,5 työntekijää. Pitkät matkat ja ilta- ja viikonlopputyö verottavat työntekijäresursseja. Kotihoidon asiakkaat ostavat siivouspalveluita ja yksityistä kotipalvelua, yksityistä palvelutuotantoa ei kuitenkaan ole riittävästi tarjolla. Kotihoidon työntekijöillä ei ole erikoistumista dementia-työhön, RIDKEN koulutusten avulla hankitaan asiantuntemusta dementia-työhön. Yhdellä kotipalvelun työntekijällä on vanhustyön erikoisammattitutkinto.

Omaishoidontuen piirissä on 34 vanhusasiakasta, muistisairaiden osuutta ei ole kartoitettu. Omaishoidon palveluohjauksesta huolehtii sosiaalityöntekijä ja lyhytaikaishoidon osalta vanhainkoti. Omaishoitajien vapaapäivät järjestetään Palvelukeskus Eedilän lyhytaikaishoidon ja kotipalvelun omaishoidettavien hoitajan avun turvin, yksi asiakas on intervallihoidossa terveyskeskuksessa. Osa omaishoitajista ei halua käyttää em. palveluita, vaan järjestää vapaapäivät omaisten turvin. Kunta ei järjestä tällä hetkellä omaishoitajien vertaistukitoimintaa. Riihimäen seudun Omaishoitajat ja Läheiset ry. järjestää omaishoitajien Pysäkin Lopella kerran viikossa. Vanhustenhuollon sosiaalityöntekijä käy Pysäkillä ollakseen omaishoitajien tavoitettavissa.

Tehostetun palveluasumisen paikkoja (pienryhmiä) tarvittaisiin lisää. Seudullisia palveluita tulisi järjestää psykogeriatrisille asiakkaille, päihdeongelmallisille muistisairaille, nuorille muistisairaille. Paikkoja tarvittaisiin lääkityksen kokeiluihin psyykkisesti sairaille muistisairaille. Palvelujärjestelmässä tulee panostaa varhaiseen puuttumiseen ja diagnosointiin.

2.1.3 RIIHIMÄKI

Riihimäen dementiatyön palvelujen nykytilan ja muutostarpeiden arviointiin osallistuivat asumispalveluista vastaava kotipalvelun ohjaaja, palveluneuvoja, vanhustenhuollon sosiaalityöntekijä, vanhainkodin hoitotyön johtaja ja osastonhoitajat sekä terveyskeskuksen osastonhoitajat.

Vanhainkodissa on 143 paikkaa, joista 133 vakituista asukasta ja 10 intervallipaikkaa. Arviolta 70- 80 % vanhainkodin asukkaista on muistisairaita. Vanhainkodissa on 25-paikkainen dementiayksikkö. Vanhainkodin remontin valmistuttua sinne on tulossa kuntoutusosasto. Osaston toiminnan suunnittelu alkaa syksyllä 2008.

Terveyskeskuksessa on yhteensä 96 hoitopaikkaa, joista pitkäaikaishoidon käytössä on noin puolet. Asukkaista 70-80 % arvioidaan olevan dementoituneita. Ongelmana on se, että käytöshäiriöillä oireilevat ovat kaikkien muiden potilaiden kanssa isoilla sekaosastoilla. Tämän hetken suurin ongelma on se, että dementoituneet laitostuvat terveyskeskuksessa nopeasti. Heille olisi äärettömän tärkeätä päästä jatkohoitoon. Tarvitaan osastojen profiloitua ja pienempien yksiköiden muodostamista. Muistisairaiden kuntoutus ja virikkeellinen toiminta ovat puutteellisia, fyysisen kuntoutuksen lisäksi tarvittaisiin toimintaterapiaa, henkilöstöllä on mielestään riittämättömästi aikaa keskusteluun, muisteluun, virikkeisiin ja taitojen ylläpitämiseen.

Riihimäen kaupunki ostaa palveluasumisen pääosin yksityisiltä. Huhtikuussa 2008 ostettuja tehostetun palveluasumisen paikkoja oli yhteensä 65. Kaupungin omia tehostetun palveluasumisen paikkoja on 19 Toivokodissa ja Kirjauksenmäen palveluasunnoissa. Dementiakotipaikkoja on Vienokodissa yhteensä 9. Vuoden 2007 aikana dementiakotiin sai 2 henkilöä ja keskimääräinen odotusaika dementiakotiin oli 15,5 kuukautta, kun se vanhainkotiin oli keskimäärin 9 kuukautta.

Lyhytaikaishoitoa järjestetään vanhainkodissa, 10 paikkaa, Vienokodissa 1 paikka ja Inkilänhovissa 2 paikkaa. Lyhytaikaisosasto vanhainkodin 30-paikkaisella osastolla on todettu muistisairaiden kannalta ongelmalliseksi: osasto on liian suuri. Lyhytaikaishoito tulisi siirtää pienempiin yksiköihin ja enemmän tehostetun palveluasumisen puolelle. Lyhytaikaishoidon tarve kasvaa, kotihoidossa on yhä vaikeammin dementoituneita ja lyhytaikaishoito on usein paras keino tukea omaisen jaksamista. Omaisilta on tullut palautetta, etteivät halua vanhustaan lyhytaikaiseen hoitoon vanhainkotiin. Tarvittaisiin myös kuntoutuspaikkoja sairaalasta kotiin kuntoutettaville ja tutkimusjaksoja arkielämän toimintojen testaamiseen. Lyhytaikaishoitoa järjestetään jonkin verran myös terveyskeskuksessa silloin, kun tarvitaan tutkimusjaksoja tai lääkityksen arviointijaksoja, joskus myös omaisen loman vuoksi. Terveyskeskuksessa tulisi järjestää lyhytaikaishoitoa vain sairauden vuoksi ja jaksolla tulee olla selkeä tavoite sekä jatkohoito- ja seurantasuunnitelma.

Päivätoimintaa kaupunki järjestää itse kahdessa paikassa, Rautatiepuiston päivätoiminnassa, jossa on 25 paikkaa ja Muistisairaiden kuntouttavassa päivätoiminnassa, jossa on 12 paikkaa. Rautatiepuiston päivätoiminnassa on myös muistisairaita. Lisäksi kaupunki ostaa Inkilänhovilta osapäiväistä päivätoimintaa 68 asiakkaalle. Rautatiepuiston päivätoiminta vaatii uudelleen organisoitua. Toimintaa tulisi kehittää tavoitteellisempaan ja kuntouttavampaan suuntaan. Päivätoimintapalveluja pitäisi suunnata eri ikäryhmille ja erilaisille asiakasryhmille. Muistisairaiden määrän kasvaessa heille kohdennettua päivätoimintaa tarvitaan lisää. Tulisi pohtia päivätoiminnan uudelleen sijoittelemista siten, että muistisairaille tarjottaisiin enemmän paikkoja ja ne toiminnot siirrettäisiin Rautatiepuistoon. Muiden asiakkaiden päivätoiminta

siirtyisi Uudenmaankadulle. Pienimuotoinen vanhusten arkea tukeva ryhmätoiminta mahdollistunee myös tulevan vapaaehtoistyön keskuksen kautta.

Kotihoitotiimejä on kuusi, kotipalvelun kenttätyössä on 49 työntekijää ja kotisairaanhoidossa 12,5 työntekijää. Lisäksi kotipalvelussa on 2 perhetyöntekijää, 2 kotiutushoitajaa ja 2 hoitajaa omaishoidon käytössä. Erikseen ostetaan yksityistä siivouspalvelua sotainvalideille, yöhoitoa, kauppapalvelua ja asiakkaat ostavat yksityistä kotipalvelua suoraan palveluntuottajilta. Palveluseteli ei ole käytössä. Muistisairaiden kotihoidon laatu on kirjavaa. Pitäisi asettaa tavoitteet muistisairaiden hoidolle ja osan tiimien työntekijöistä pitäisi erikoistua muistisairaiden hoitamiseen. Muistisairaiden kanssa toimiessa tarvitaan erityisesti vuorovaikutustaitoja, luovuutta, taitoa ja aikaa asiakkaan omien voimavarojen tukemiseen sekä sitkeyttä luottamuksellisuuden saavuttamiseen. Palveluiden tulisi taipua enemmän asiakkaiden rytmiin kuin asiakkaan palvelujen rytmiin. Asiakasprosessit tulisi avata ja määritellä, mikä on muistisairaalle riittävä ja kuntouttava tuki kotihoidossa.

Omaishoidon piirissä on 83 asiakasta, joista 21 %:lla on diagnosoitu muistisairaus ja 31 %:lla merkintä muistiongelma. Omaishoitajien vapaapäivien järjestäminen toteutuu lyhytaikaishoidon, omaishoidon hoitajien ja tilapäisen kotipalvelun avulla. Omaiset haluaisivat enemmän palveluita kotiin, eivätkä halua viedä hoidettavaansa lyhytaikaishoittoon vanhainkotiin. Omaishoitajien vertaistukitoimintaa järjestää Riihimäen seudun Omaishoitajat ja Läheiset ry. RIDKE-hankkeen lisäksi. Omaishoitajien jaksamisen tukemiseen pitäisi pystyä panostamaan.

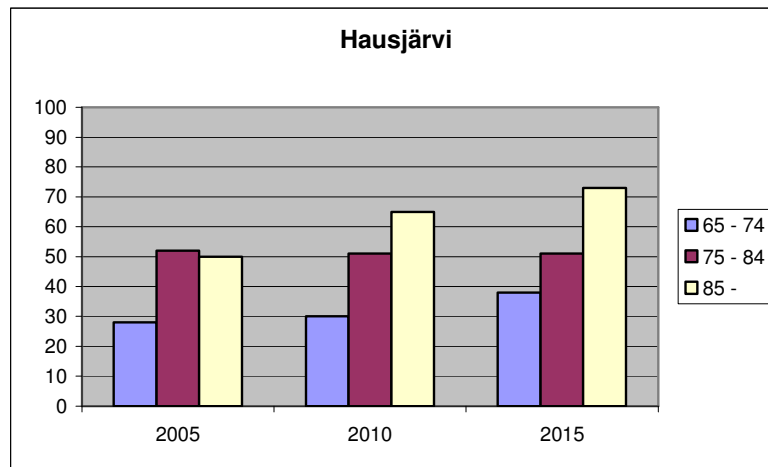
Riihimäellä on panostettu asiakkaiden palveluohjaukseen. Palveluohjausta antavat koti- ja vanhuspalveluiden palveluohjaaja, vanhustenhuollon sosiaalityöntekijä ja sosiaalihojaaja sekä kotipalveluohjaajat.

Seudullisesti tulisi järjestää psykogeriatristen ja päihdeongelmaisten muistisairaiden sekä alle 65-vuotiaiden palvelut. Erityisesti tulisi kiinnittää huomiota varhaiseen diagnosointiin ja tarvittaisiin lisää geriatripalveluita. Palvelujärjestelmässä tulee kiinnittää huomiota tutkimuksiin ohjaamiseen automaattisen palvelujen lisäämisen sijasta. Palvelujärjestelmään tulisi luoda mahdollisuus puolisoitten yhteisasumiseen palvelutalossa. Omaishoito vaatii seuranta, osa omaishoitajista ei ole kykenevä hoitamaan puolisoaan esim. oman muistisairautensa vuoksi. Tarvitaan lisää tehostetun palveluasumisen paikkoja muistisairaille. Palveluiden ns. pyöröviilmiö pitäisi saada loppumaan: tulee tehdä riittävät etukäteisvalmistelut, sitouttaa ja luoda yhteiset tavoitteet asiakkaiden onnistuneelle kotiuttamiselle. Pitää pyrkiä mahdollisimman lyhyisiin laitoshoidojaksoihin.

2.2 Muistisairaiden määrän kehitys kunnissa

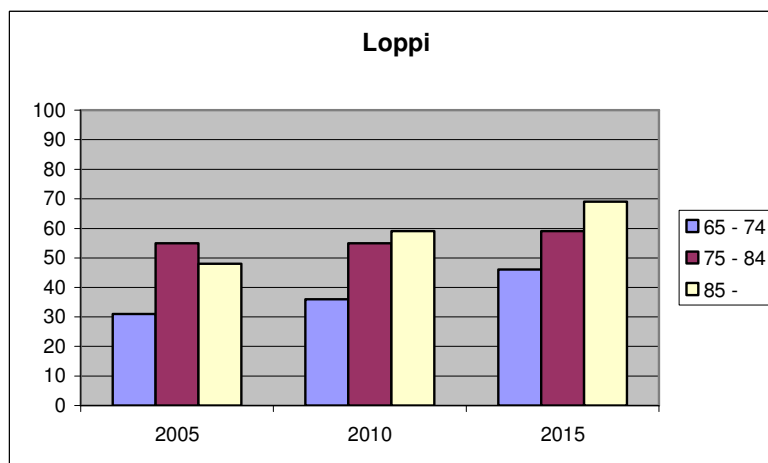
Tilastokeskuksen väestöennusteiden ja Viramon ja Sulkavan demencian esiintyvyyyslaskelmien mukaan muistisairaiden määrä nousee vuodesta 2005 vuoteen 2015 Hausjärvellä 25 %, Lopella 30 % ja Riihimäellä 34 %.

Hausjärvellä (kuvio 1.) muistisairaiden määrä lisääntyy yli 85-vuotiaiden ikäluokassa 46 % vuoteen 2015 mennessä. Tämä tuo erityisen haasteen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kehittämiseen.



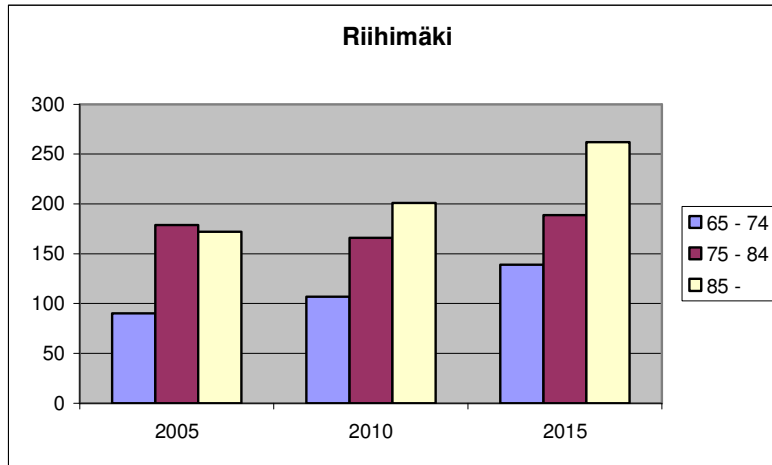
Kuvio 1. Muistisairaiden määrän kehitys Hausjärvellä 2005–2015

Lopella (kuvio 2.) 65–74-vuotiaiden muistisairaiden määrä nousee vuoteen 2015 mennessä 48 % ja yli 85-vuotiaiden määrä 44 %. Lopella tarvitaan tehoimia kotona asumiseen nuorempien ikäluokkien osalta, mutta myös riittävästi tehostettua palveluasumista vanhimmalle ikäluokalle.



Kuvio 2. Muistisairaiden määrän kehitys Lopella 2005–2015

Riihimäellä (kuvio 3.) 65–74-vuotiaiden muistisairaiden määrä nousee vuoteen 2015 mennessä 54 % ja yli 85-vuotiaiden määrä 52 %. Yhteensä muistisairaiden määrä lisääntyy 149 henkilöllä. Riihimäellä tarvitaan Lopen tapaan tukitoimia nuoremmille ikäluokille ja tehostetun palveluasumisen paikkoja vanhemmille ikäluokille.



Kuvio 3. Muistisairaiden määrän kehitys Riihimäellä 2005–2015

2.3 Muistisairaiden tehostetun palveluasumisen tarpeen arviointi

Stakes on tutkinut ja kehittänyt arviointimallin kuntakohtaisen palveluasumistarpeen arviointiin. Palvelutarpeita voidaan arvioida väestöennusteiden perusteella, laatusuosituksen perustuen tai arvioida eri osatekijöiden avulla. (Andersson 2007) Suurin syy palveluasuntojen lisätarpeelle on dementian yleisyys, johon ei ole toistaiseksi varauduttu. (emt. s.21)

Arvioinnissa eri osatekijöiden avulla otetaan huomioon dementiaoireisten henkilöiden määrän kehitys. Arviointi dementoituneiden määrästä tehdään ensin seuraavalla oletuksella: keskivaikean ja vaikean dementian esiintyvyys Suomessa

- 75–84-vuotiailla 11 prosenttia
- yli 85-vuotiailla 35 prosenttia

Tutkimustiedon mukaan keskivaikeista ja vaikeista dementiaoireista kärsivistä henkilöistä puolet tarvitsee pitkäaikaishoitoa kodin ulkopuolella. Mallissa oletetaan, että 2/3 näistä vähintään keskivaikeasti dementoituneista hoidetaan tehostetussa palveluasumisessa ja 1/3 vanhainkodeissa, koska on perusteltua olettaa, että kolmasosalla 75 vuotta täyttäneistä vähintään keskivaikeasti dementoituneista on dementian lisäksi muitakin hoivan tarvetta aiheuttavia tekijöitä. (emt. s.24)

Vähintään keskivaikeasti dementoituneiden määrä ja tehostetun palveluasumisen tarve dementian vuoksi kunnittain 2005–2025

	2005	2010	2015	2020	2025
Hausjärvi					
75–84-vuotiaat	52	51	51	57	75
yli 85-vuotiaat	50	65	73	77	81
	102	116	124	134	156
joista pitkäaikaishoidossa	51	58	62	67	78
- vanhainkodissa	17	20	21	23	27
- tehostetussa palveluasumisessa	34	38	41	44	51
Loppi					
75–84-vuotiaat	55	55	59	73	106
yli 85-vuotiaat	48	59	69	74	88
	103	114	128	147	194
joista pitkäaikaishoidossa	52	57	64	74	97
- vanhainkodissa	18	19	22	25	33
- tehostetussa palveluasumisessa	34	38	42	49	64
Riihimäki					
75–84-vuotiaat	179	166	189	231	311
yli 85-vuotiaat	172	201	262	271	322
	351	367	451	502	633
joista pitkäaikaishoidossa	176	184	226	251	317
- vanhainkodissa	60	63	77	85	108
- tehostetussa palveluasumisessa	116	121	149	166	209

Tehostetun palveluasumisen tarvetta selvitettäessä on huomioitava lisäksi, että muun tehostetun palveluasumisen tarvetta aiheuttavat fyysisen toimintakyvyn vaje, terveyskeskuksen pitkäaikaispaikkojen ja vanhainkotipaikkojen vähentäminen sekä puutteellinen asuntojen varustelutaso tai asuintalojen hissittömyys. Lisäksi 65-74-vuotiaiden ikäryhmästä 0,5 % ikäluokasta arvioidaan tarvitsevan tehostettua palveluasumista. (emt. s. 25)

2.4 Määrälliset muutostarpeet kunnissa 2008 - 2015

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa on asetettu valtakunnalliset tavoitteet, jotka esiteltiin edellä luvussa 1. Tilanne Riihimäen seudun kunnissa vuonna 2006 (Stakesin indikaattoripankki Sotkanetin tietojen mukaan) on seuraava:

Indikaattori	tavoite 2012	koko maa	Hausjärvi	Loppi	Riihimäki
Kotona asuvat 75 vuotta täyttäneet, %	91-92	90,1	89,5	90,5	91,2
Säännöllisessä kotihoidossa, % (tieto vuodelta 2005)	13-14	11,5	19,0	15,8	11,9
Omaishoidontuella, %	5-6	3,7	2,7	3,9	2,9
Tehostetussa palveluasumisessa, %	5-6	3,9	5,7	2,3	1,8
Vanhainkodissa tai pitkäaikaisessa hoidossa terveyskeskuksessa, %	3	6,5	7,0	6,8	7,9

Laatusuosituksen tavoitteen mukaiset lukumäärät Riihimäen seudulla ovat seuraavat:

Indikaattori	tavoite 2012 %	Hausjärvi	Loppi	Riihimäki
Kotona asuvat 75 vuotta täyttäneet, %	91-92	608	668	2244
Säännöllisessä kotihoidossa, % (v.2005)	13-14	87	96	321
Omaishoidontuella, %	5-6	33	37	123
Tehostetussa palveluasumisessa, %	5-6	33	37	123
Vanhainkodissa tai pitkäaikaiseshoidossa terveyskeskuksessa, %	3	20	22	74

Säännöllisessä kotihoidossa olevien määrä on Hausjärvellä ja Lopella tavoitteessa jo tällä hetkellä, Riihimäen tulee parantaa 1-2 prosenttiyksikköä. Omaishoidontuen piirissä on Hausjärvellä tällä hetkellä 27 vanhusta, tavoite vuoteen 2012 on 33 omaishoidettavaa. Lopella omaishoidontuen piirissä on tällä hetkellä 34 vanhusta, tavoite on 37 vanhusta. Riihimäellä omaishoidontukea tulee tuntuvasti lisätä, tämänhetkisestä 83 asiakkaasta 123 asiakkaaseen. Riihimäellä tuensaajia tulee lisätä kymmenellä vuosittain.

Tehostettua palveluasumista on Hausjärvellä tällä hetkellä 41 kunnan omaa paikkaa ja kaksi ostopalvelupaikkaa. Tehostetun palveluasumisen paikoista 20 on dementoituneita varten. Stakesin palveluasumisen tarpeen arviointimallin mukaan dementoituvia varten tarvitaan 41 tehostetun palveluasumisen paikkaa vuoteen 2015 mennessä, vuoteen 2025 mennessä paikkoja tulee olla 51.

Lopella tehostetun palveluasumisen paikkoja tarvittaisiin reilusti lisää. Tällä hetkellä palveluasumista on 12 paikkaa, kun vuonna 2012 pitäisi olla laatusuosituksen mukaan 37 paikkaa. Stakesin palveluasumisen tarpeen arviointimallin mukaan dementoituville tarvitaan 42 paikkaa vuoteen 2015 mennessä ja 64 paikkaa vuoteen 2025 mennessä.

Toukokuussa 2008 Riihimäellä on 93 tehostetun palveluasumisen paikkaa, kun vuonna 2012 tulisi olla laatusuosituksen mukaan 123 paikkaa. Stakesin palveluasumisen tarpeen arviointimallin mukaan tehostetun palveluasumisen paikkoja dementoituneille tarvitaan 149 vuoteen 2015 mennessä ja 209 vuoteen 2025 mennessä. Riihimäen lähivuosien suunnitelmissa on lisätä tehostetun palveluasumisen paikkoja Uranuskodin laajentamisella ja Kotokartanosäätiön dementiayksiköiden käyttöönotolla. Näillä lisäyksillä paikkoja saadaan lisää 36, jolloin jo lähes saavutetaan laatusuosituksen tavoite.

Pitkäaikaishoitoa vanhainkodeissa tai terveyskeskuksessa tulee huikeasti vähentää. Hausjärvellä pitkäaikaishoidon paikkoja on 50, kun tavoite on 20. Lopella paikkoja on 45, kun pitäisi olla 22. Riihimäellä paikkoja on 170, kun pitäisi olla 74. Kunnissa onkin pohdittava, mitä tapahtuu terveyskeskuksen vuodeosastoille, luovutaanko niistä ikääntyneiden hoitopaikkoina. Samoin on pohdittava, muutetaanko vanhainkodin ja terveyskeskuksen osastoja tehostetun palveluasumisen yksiköiksi.

3 Kehittämistavoitteet ja toimenpiteet vuoteen 2015

3.1 Visio: Muistisairaana hyvä elämä Riihimäen seudulla

Riihimäen seutu on yhteisesti sitoutunut muistisairauksien varhaiseen tunnistamiseen, omaisten tukemiseen ja henkilöstön kouluttamiseen. Muistisairaiden palvelut järjestetään asiakaslähtöisesti, joustavasti, tarkoituksenmukaisesti, taloudellisesti ja seudullisesti sosiaali- ja terveydenhuollon tiiviinä yhteistyönä.

3.2 Kehittämisen strategiset tavoitteet

Strategian työstämisessä on käytetty Balanced Scorecard- arviointia. BSC korostaa tasapainoista arviointia, jossa huomioidaan:

- osaaminen ja uudistuminen
- asiakasnäkökulma ja vaikuttavuus
- prosessit ja rakenteet
- resurssit ja talous

RIIHIMÄEN SEUDUN DEMENTIA TYÖN STRATEGIA, KRIITTISET MENESTYSTEKIJÄT



Kuvio 4. Kriittiset menestystekijät

3.2.1 Osaaminen ja uudistuminen

– **Dementiatyön osaamisen vahvistaminen**

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus velvoittaa kunnat kehittämään palveluja siten, että kotona asuminen onnistuu mahdollisimman pitkään. Kuntien pitää panostaa riittävästi myös kuntoutukseen. Kaikissa ikääntyneiden palveluissa tulee ottaa käyttöön toimintakykyä ja kuntoutumista edistävä työtapa ja sen lisäksi hyödynnetään kohdennetusti varsinaisia kuntoutusmahdollisuuksia. Kuntoutuksen tarjoamiseksi kuntiin tarvitaan erityistyöntekijöitä, mm. fysioterapeutteja ja toimintaterapeutteja.

Jokaisessa kotihoidon tiimissä tulee olla dementiatyöhön erikoistunut työntekijä tai isommissa tiimeissä esim. 20 % kotihoidon työntekijöistä. Dementiatyön passi-koulutus on niillä, jotka työskentelevät muistisairaiden kanssa. Tavoitteeksi asetetaan se, että kaikilla dementiakodeissa työskentelevillä on TunteVa-hoitajakoulutus. Hyödynnetään erikoistumista dementiatyöhön, järjestetään sisäistä konsultaatiota ja verkostoidaan dementiatyöhön erikoistuneet työntekijät. Dementiatyön erikoistumiskoulutus voisi olla esim. TunteVa-hoitajakoulutus. Pyritään kannustamaan palkkauspolitiikkaan, lisäkoulutus ja sen myötä tuleva erityisosaaminen tulisi huomioida palkassa kaikissa seudun kunnissa.

– **Kulttuurisen viriketoiminnan lisääminen ja fyysisen kunnon ylläpitäminen**

Kulttuurisella viriketoiminnalla pyritään vahvistamaan muistisairaana toimintakykyä ylläpitävää sosiaalista kanssakäymistä. Fyysisen kunnon ylläpitämiseen kiinnitetään huomiota kaikessa työssä. Jatketaan kulttuurisen viriketoiminnan kehittämistä dementiayksiköissä ja päivätoiminnassa. Ryhmätoiminnallisten menetelmien avulla kehitetään ja ylläpidetään kommunikointi-, vuorovaikutus- ja ryhmätyötaitoja. Huolehditaan siitä, että dementiayksiköiden henkilöstöllä on hallussaan viriketoiminnan eri työmenetelmät. Dementiatyön kehittämisessä tarvitaan edelleen toiminnanohjaajan työtä, toiminnanohjaajan tehtävänä on testata ja kehittää toiminnallisia menetelmiä yhteistyössä hoitohenkilökunnan kanssa.

– **Lääketieteellisen asiantuntemuksen lisääminen kotihoitoon ja palveluasumiseen.**

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen mukaan ympärivuorokautisessa hoidossa on hyvä käytäntö se, että lääkäri käy yksikössä sovituin väliajoin. Kotihoitoon tarvitaan omalääkäri vastaamaan kotihoidon ja palveluasumisen lääkäripalveluista. Tehostetun palveluasumisen yksiköihin tarvitaan vastuusairaanhoitajia. Kotihoitoon ja palveluasumiseen pyritään saamaan omalääkäri vuoteen 2010 mennessä. Vastuusairaanhoitajat pyritään saamaan jokaiseen dementiayksikköön vuoteen 2010 mennessä.

– **Oppilaitosyhteistyöstä huolehtiminen**

On tärkeä tehdä säännöllistä ja tiivistä yhteistyötä seudun oppilaitosten kanssa henkilöstön jatkuvuuden turvaamiseksi. Seudun työyksiköitä markkinoidaan oppilaitoksille. Pyritään vaikuttamaan siihen, että alan koulutuspaikkoja lisättäisiin. Pyritään vaikuttamaan myös peruskoulutuksen ja tarjottavan täydennyskoulutuksen sisältöihin.

3.2.2 Asiakkaat ja vaikuttavuus

– **Tiedottaminen**

Seudullinen muistikeskus koordinoi ja järjestää yleisötilaisuuksia ja huolehtii yleisestä muistisairauksista tiedottamisesta. Vanhustenhuollon palveluoppaat päivitetään säännöllisesti ja huolehditaan, että niitä on riittävästi saatavilla.

- **Ennaltaehkäisy ja varhainen diagnosointi**
Muistin testaaminen sisällytetään 80-vuotiaille tehtävien ennaltaehkäisevien kotikäyntien ohjelmaan. Kotihoidon ja terveysasemien henkilöstö tehostaa tutkimuksiin ohjaamista. Vuosi 2009 julistetaan Havaitse muistisairautesi - teemavuodeksi Riihimäen seudulla.
- **Yksilöllinen palveluohjaus**
Pyritään yksilölliseen palvelutarpeen arviointiin. Seudullinen muistikeskus vastaa muistisairaiden palveluohjauksesta. Muistikoordinaattori tekee työtä Riihimäen seudun kunnissa.
- **Kotona asumisen tukeminen**
 - **Kotihoidon kehittäminen**
Kehitetään muistisairaiden kotihoitoa, erikoistutaan tiimin sisällä muistisairauksien hoitoon. Kehitetään omaishoidon tukemista ns. kotimiespalvelun avulla. Tällä hetkellä Riihimäellä on 2 hoitajaa ja Lopella 1 hoitaja omaishoidontukea saavien perheiden käytettävissä. Tärkeää on kehittää palveluja myös niille omaishoitajille, jotka eivät ole omaishoidontuen piirissä. Seudullisen palvelusetelin käyttöönotto lisäisi palveluvalikoimaa entisestään. Kotihoidon kehittämisessä hyödynnetään nykyaikaista teknologiaa ja apuvälineitä. Muistisairaana kotihoidossa pitäisi kiinnittää huomiota entistä enemmän pysyviin hoitosuhteisiin.
 - **Muistisairaiden päivätoiminnan kehittäminen**
Muistisairaiden päivätoimintaa tulee kehittää ja lisätä. Muistisairaana tulee koota omiin ryhmiinsä. Kotihoidon tukemiseksi päivätoimintaa tulee lisätä kaikissa kunnissa. Päivätoiminnan tulee olla kuntouttavaa ja tavoitteellista toimintaa. Haasteena palvelujärjestelmässä on, miten saada yksin asuvat päivätoiminnan piiriin. Päivätoimintaa kannattaisi kokeilla kylillä perhehoitona. Päivätoimintaa voisi kokeilla Dementiakoti Lasihelmen mallilla myös Hoivakoti Salmelassa.

Muistisairaiden päivätoiminnan lisääminen tulee ottaa tavoitteeksi vuoteen 2015 mennessä. Hausjärvellä tavoite on 20 paikkaa, Lopella 22 paikkaa ja Riihimäellä 40 paikkaa vuoteen 2015 mennessä. Päivätoimintaa voidaan järjestää myös jaksottaisena, esim. 10 viikon jaksoissa. Päivätoiminnan asiakkaille laaditaan tavoitteellinen hoitosuunnitelma, jonka toteutumista arvioidaan. Asiakaskyselyt suoritetaan säännöllisesti jaksojen lopussa.
 - **Omaisten tukeminen**
Seudullinen muistikeskus vastaa omaishoidon tukemisen koordinoinnista alueella. Muistikeskuksessa järjestetään vertaistukiryhmiä ja muistikeskus järjestää yleisötilaisuuksia ja huolehtii dementiatyön tiedottamisesta. Seudullinen muistikoordinaattori ja muistipoliklinikan sairaanhoitaja sijoittuvat myös muistikeskukseen. Perhehoitoa kokeillaan omaishoitajien vapaapäivien järjestämisessä. Omaishoitajille järjestetään virkistyspäiviä kaksi kertaa vuodessa kuntien, järjestöjen ja oppilaitosten yhteistyönä.
 - **Perhehoito päivätoimintana tai lyhytaikaisena**
Vanhusten perhehoidon kehittäminen lomituspalveluna soveltuisi hyvin maaseudun sivuelinkeinoksi. Selvitellään mahdollisuutta käyttää perhehoitoa muistisairaiden

päivätoimintana ja lyhytaikaishoitona. Perhehoitajina toimivat tulee verkostoida seudullisesti.

- **Lyhytaikaishoidon uudelleen organisoiminen ja lisääminen**

Dementian taudinkuvaan kuuluvat käytösoireet aiheuttavat usein hoitotilanteen kriisiytymistä kotona ja hoitavan henkilön uupumista. Lyhytaikaishoidon tarkoituksena on antaa vapaata omaishoitajalle, mutta myös samalla kuntouttaa asiakasta selviytymään kotonaan mahdollisimman pitkään. Tämä asettaa hoitotyölle vaatimuksia, joihin vastaamiseen tarvitaan erityisosaamista. Henkilöstöllä tulee olla valmiuksia ja osaamista moniammatilliseen yhteistyöhön ja monialaiseen kuntoutukseen. Tämä tarkoittaa henkilöstömitoitukseen ja rakenteeseen panostamista. Yksittäisillä lyhytaikaistaikapaikoilla tavoitteellinen kuntoutustoiminta on vaikeampi toteuttaa kuin erityisesti tämänkaltaiseen toimintaan suuntautuneilla osastoilla, joilla lyhytaikaisasiakkaiden hoito on jokapäiväistä toimintaa. (Muurinen 2003)

Helsingin kaupungin sosiaaliviraston Vanhusten lyhytaikaishoidon nykytila ja kehittämissuosituksen-selvityksessä (2004:8) suositellaan, että lyhytaikaishoidon hoitoaika on 1-3 viikon mittainen. Tavoitteena on mahdollisimman lyhyt, asiakkaan toimintakyvyn säilyttämistä ja parantumista tukeva hoitojakso. Olennaista on joustavuus, mikä asettaa kovan haasteen hoitoyksikölle. Alle 65-vuotiaat tulisi sijoittaa omaan osastoonsa, ei vanhusten hoidon yksiköihin. Koska lyhytaikaishoidon tavoitteena on asiakkaiden toimintakyvyn ja päivittäisissä toimissa tarvittavien taitojen ylläpitäminen, lyhytaikaishoidon yksiköillä tulee olla käytettävissä fysioterapeutin ja toimintaterapeutin palvelut.

Lyhytaikaishoito tulee organisoida seudulla uudelleen. Tällä hetkellä seudulla on käytössä 18 lyhytaikaishoidon paikkaa, pääosin vanhainkodeissa. Lyhytaikaishoidon kysyntään varmasti vaikuttaa tällä hetkellä se, että paikkoja on tarjolla vain vanhainkodeissa. Omaisilta on tullut hyvin kriittistä palautetta vanhainkodeissa ja terveyskeskuksessa järjestetystä lyhytaikaishoidosta. Pääosin kokemus on se, että ko. paikoissa ei ole kuntouttavaa toimintaa ja omaisen kunto on huonontunut jakson aikana.

Muistisairaiden lyhytaikaishoito tulee keskittää seudulliseen muistikeskukseen, jonne perustetaan 30 paikkaa. Seudullisessa muistikeskuksessa järjestetään kuntoutus- ja tutkimusjaksoja ja toimintakyvyn arviointia. Lyhytaikaishoidon jakson pituus määräytyy asiakkaan tarpeiden mukaan. Suunnittelussa tulee ottaa huomioon alle 65-vuotiaiden tarpeet ja selvittää voitaisiinko heidät keskittää omalle viikolleen. Muistikeskukseen tulee varata myös kriisihoitopaikka äkillisiä tilanteita varten.

Muistikeskus on muistisairauksien erityisosaamisen keskus, joka kehittää muistisairaiden asiakkaiden hoitoa ja omaisten tukemisen käytäntöjä. Seudullinen muistikeskus olisi kuntouttavaa lyhytaikaishoitoa ja tutkimusjaksoja antava yksikkö. Seudullisesta muistikeskuksesta nimetään asiakkaalle omahoitaja, jonka tehtävänä on huolehtia asiakkaan tilanteen tarkistuksesta säännöllisesti. Seudullisen muistipoliklinikan työ ja seudullisen muistikoordinaattorin työ sekä seudullisten koulutusten koordinointi olisi hyvä kiinnittää muistikeskukseen. Vanhusten mielenterveysongelmat pitäisi huomioida paremmin palveluja kohdennettaessa. Tulisikin järjestää seudun vanhuksille oma psykiatrinen sairaanhoitaja.

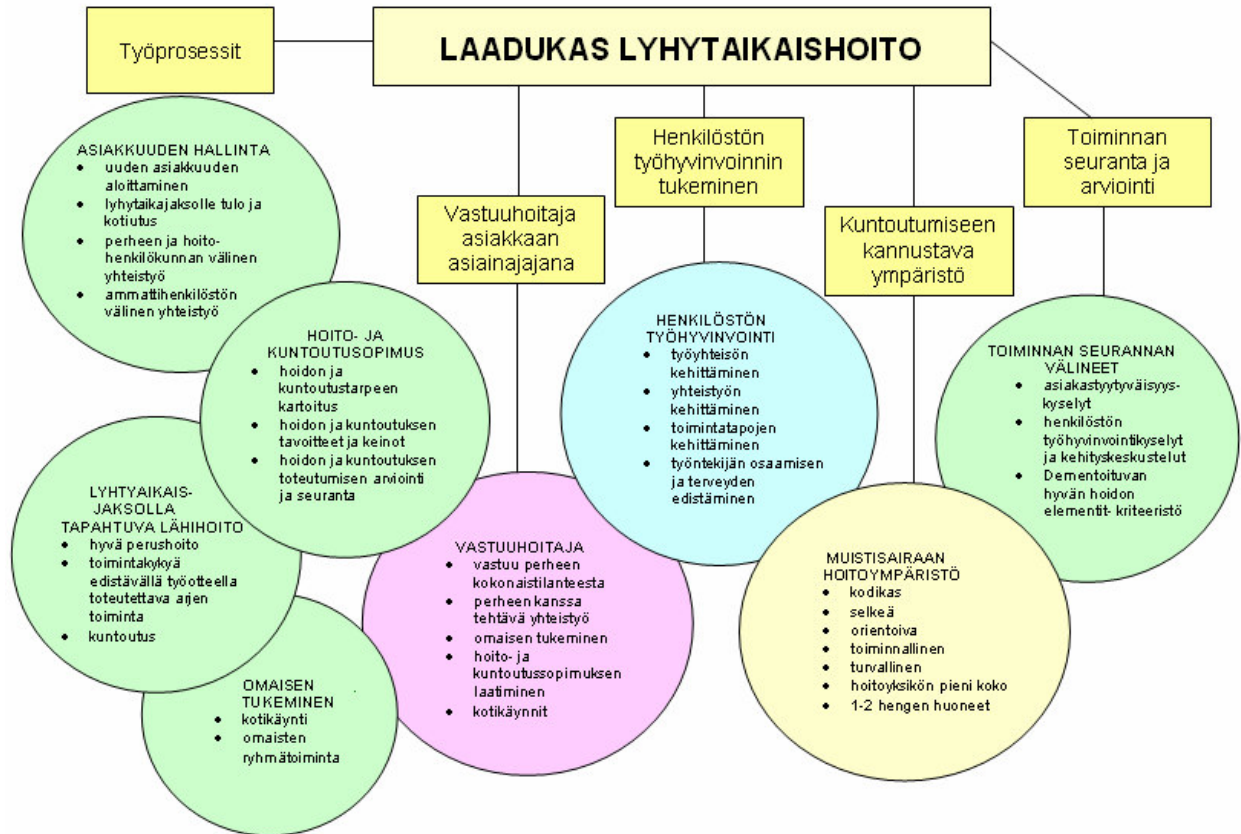
Lähtökohtana lyhytaikaishoidossa on yksilöllisyys ja oikea-aikaisuus. Oikea-aikaisuudella tarkoitetaan erilaisten kuntoutustoimenpiteiden oikeaa ajoittamista. Muistisairaudet etenevät aiheuttaen muutoksia toimintakyvyssä, jolloin myös kuntoutuksen tavoitteet on määriteltävä uudelleen. Kuntoutuksen tavoitteena on tukea kuntoutujaa selviytymään arjen eri tilanteista ja ylläpitää hänen elämänhallintansa tunnetta tilanteissa, joissa hänen mahdollisuutensa selviytymiseen ovat sairauden vuoksi uhattuina tai heikentyneet.

Lyhytaikaishoito aloitetaan aina kartoituskotikäynnillä asiakkaan luokse. Kotikäynti antaa tietoa siitä, millaisiin olosuhteisiin ja ympäristöön asiakasta kuntoutetaan. Kotikäynnillä nähdään, miten arki kotona sujuu ja mitkä ovat ne selviytymisongelmat kotona, joihin pyritään hoitajakson aikana vaikuttamaan. Kotikäynti auttaa myös hoito- ja kuntoutussuunnitelman laatimisessa. Kotikäynnit tekee muistikeskuksen henkilöstö.

Omahoitajan tehtävänä on selvittää asiakkaalle merkitykselliset asiat, jäljellä olevat voimavarat sekä muistisairaana ja hänen omaisensa hyvinvointia edistävät toimet. Näiden pohjalta tehdään asiakkaille yksilölliset kuntoutussuunnitelmat yhteistyössä asiakkaan ja hänen omaisensa kanssa. Tärkeää on kaikkien osapuolten sitoutuminen yhdessä sovittuihin tavoitteisiin. Seudullisen muistikeskuksen omahoitaja ottaa päävastuun perheen kokonaistilanteesta, näin perheellä on yksi paikka, josta voi saada tarvitsemansa tuen.

Seudullisessa muistikeskuksessa omaishoitajille järjestetään vertaistukiryhmiä. Omaishoitajien ryhmätoiminnan tavoitteena on tukea omaishoitajia hoitotyössä ja auttaa jaksamaan arjessa tarjoamalla tietoa, virkistystä, vaihtelua ja mahdollisuutta vertaistukeen. Omaishoitajille suunnattu ryhmätoiminta kuuluu osaksi lyhytaikaishoidon asiakkuutta.

Mikkelin seudun Dementiayhdistys ry:n LyhDeKe-projektissa 2005–2007 kehitettiin kuntouttavaa lyhytaikaishoitoa. Hankkeessa luotiin Mikkelin kaupungin ja Mikkelin seudun Dementiayhdistys ry:n yhteistyönä laadukas lyhytaikaishoito-toimintamalli (kuvio 5), joka soveltuu hyvin toimintamalliksi Riihimäen seudulliseen muistikeskukseen.



Kuvio 5. Laadukas lyhytaikaishoito-toimintamalli, LyhDeKe-projekti, 2008

– **Joustavat, toimintakyvyn huomioon ottavat palvelut**

Palvelut vastaavat asiakkaiden tarpeita, pyritään tavoitteelliseen hoitosuunnitelmaan ja sen toteuttamiseen. Palveluiden joustavuuden mittarina käytetään jonon pituutta ja odotusaikaa lyhytaikaishoitoon. Asiakaskyselyitä tehdään säännöllisesti.

3.2.3 Prosessit ja rakenteet

– **Palveluketjun sujuvuuden parantaminen**

Rakennetaan Riihimäen seudulle muistisairaalan palvelupolku. Seudullinen muistikeskus on keskeinen toimija palvelupolun suunnittelussa. SAS-työryhmät kunnissa on keskeinen yhteistyökumppani seudulliselle muistikeskukselle. Palveluketjun sujuvuutta arvioidaan vuosittain sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisessä työpajassa.

MUISTISAIRAAN HOITOPOLKU RIIHIMÄEN SEUDULLA



Kuvio 6. Muistisairaan hoitopolku Riihimäen seudulla

- **Muistikeskus koordinoi koulutus- ja kehittämistoimintaa**
Vuosittain järjestetään yhteiset seudulliset dementia-työn koulutukset. Seudullinen ohjausryhmä ja kehittämissuuryhmä huolehtivat yhdessä kehittämisestä ja tiedon vaihtamisesta siten, että on mahdollisuus oppia toisilta. Dementia-työtä tekeviä verkostoidaan keskenään.
- **Seudullinen ohjausryhmä suunnittelee palveluiden seudullisen organisoimisen**
Seudulla kartoitetaan erityisryhmiin kuuluvien määrä, mm. alkoholidementit ja nuoret dementit, joiden hoitamiseen kehitetään seudullisia ratkaisuja.

- **Seudullinen kehittämistyöryhmä seuraa ja arvioi strategian toteutumista**
Tavoitteiden määrittely ja arviointi tehdään vuosittain seudullisessa työpajassa.

3.2.4 Resurssit ja talous

- **Palvelutarpeita vastaava henkilöstö**

Muistisairaiden hoitamisessa tulee olla riittävästi moniammatillista henkilöstöä. Asumispalveluyksiköihin tarvitaan vakinaiset varahenkilöt. Henkilöstöä tulee voida käyttää joustavasti. Erityisosaamisesta tulee maksaa. Henkilöstömitoituksessa pyritään ikäihmisten laatusuosituksen mukaiseen hyvään henkilöstömitoitukseen, joka on ympärivuorokautisessa hoidossa 0,7- 0,8. Kotihoidon henkilöstömitoituksen osalta odotetaan vuoden 2008 lopulla annettavia henkilöstömitoituksia. Henkilöstön koulutus toteutetaan täydennyskoulutus-suosituksen mukaisena.

- **Laitoshoidon vähentäminen**

Tavoite vuoteen 2012 mennessä on laatusuosituksen mukainen, 3 %. Siirrytään pienempiin tehostetun palveluasumisen yksiköihin. Lähivuosina tulee päättää nykyisten vanhainkotien uudelleenjärjestelystä ja terveyskeskuksen pitkäaikaispaikkojen vähentämisestä.

- **Tehostetun palveluasumisen lisääminen**

Tavoitellaan ikäihmisten laatusuosituksen mukaiseen palveluasuntojen määrää. Kunnissa tarvitaan poliittisia linjauksia palveluasumisen ja laitoshoidon suhteen. Valtakunnallisesti tämä asia on linjattu ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa: laitoshoidon on vähennettävä puoleen nykyisestä. Ratkaistavia kysymyksiä ovat: 1) Mitä tapahtuu terveyskeskuksen vuodeosastoille, luovutaanko niistä ikääntyneiden pitkäaikaishoidon paikkoina. 2) Suunnataanko palveluasuminen tulevaisuudessa vain tehostettuun palveluasumiseen ja dementoituneille tai muille vaativaa hoitoa tarvitseville, onko tulevaisuudessa tavallista palveluasumista kunnan palveluvalikoimassa.

- **Laadukkaat, kustannustehokkaat palvelut**

Toteutetaan muistisairaiden hoitopaikkaseurantaa. Peruseriaatteena on, että muistisairas olisi samassa paikassa loppuun saakka. Pyritään siihen, että hoito on aktivoivaa, jotta vuodepotilas-aika jää hyvin lyhyeksi. Panostetaan omat voimavarat huomioivaan, kuntouttavaan ja tavoitteelliseen hoitoon. Seudullisilla palveluilla haetaan kustannustehokkuutta. Tehostamalla kotihoitoa, lisäämällä päivätoimintaa ja lyhytaikaishoitoa säästetään laitoshoitokustannuksissa. Tilojen tulisi olla monikäyttöiset ja joustavasti muunneltavat. Teknologia (mm. tunnistematot ja ovihälytykset) mahdollistaa ympärivuorokautisen valvonnan.

Muistisairaiden hoidon laatua voidaan arvioida esim. Muistiasiantuntijat ry:n kehittämällä EloD-menetelmällä. Selvitellään mahdollisuuksia kouluttaa seudulle työntekijöitä menetelmän käyttöön.

- **Riittävät seurantajärjestelmät**

Seudullisen muistikeskuksen ohjausryhmä ja seudullinen kehittämistyöryhmä vastaavat seurannasta ja raportoivat toiminnasta perusturvalautakunnille vuosittain. Työtä arvioidaan yhteisessä työpajassa.

4 Strategian toteutuksen seuranta ja arviointi

Seudullisen strategian tavoiteasettelu ja tavoitteiden toteutumisen seuranta tapahtuu seudullisen kehittämistyöryhmän ja ohjausryhmän työpajassa vuosittain. Keskeiset strategiset tavoitteet ja niihin liittyvät ratkaisevat menestystekijät sekä mittarit on kuvattu liitteessä 1.

Liite 1. Strategia taulukkona

VISIO: Muistisairaana hyvä elämä Riihimäen seudulla.

Riihimäen seutu on yhteisesti sitoutunut muistisairauksien varhaiseen tunnistamiseen, omaisten tukemiseen ja henkilöstön kouluttamiseen. Muistisairaiden palvelut järjestetään asiakaslähtöisesti, joustavasti, tarkoituksenmukaisesti, taloudellisesti ja seudullisesti sosiaali- ja terveydenhuollon tiiviinä yhteistyönä.

Näkökulma	Keskeiset strategiset tavoitteet	Ratkaisevat menestystekijät	Mittarit
Osaaminen ja uudistuminen	<p>Dementiatyön osaamisen vahvistaminen</p> <p>Kulttuurisen viriketoiminnan lisääminen ja fyysisen kunnon ylläpitäminen.</p> <p>Lääketieteellisen asiantuntemuksen lisääminen kotihoitoon ja palveluasumiseen</p> <p>Oppilaitosyhteistyöstä huolehtiminen</p>	<p>Dementiatyön passi tai muu erikoistumiskoulutus dementiatyötä tekevillä.</p> <p>Yksiköiden henkilöstöllä on hallussa viriketoiminnan eri työmenetelmät.</p> <p>Lääketieteellisen asiantuntemuksen saaminen kotihoitoon ja palveluasumiseen.</p> <p>Säännöllinen ja tiivis yhteistyö seudun oppilaitosten kanssa.</p>	<p>Dementiatyön passi-koulutus dementiatyössä olevilla.</p> <p>TunteVa-hoitajakoulutus dementiakodeissa työskentelevillä.</p> <p>Viriketoiminnan määrä.</p> <p>Kotihoidossa ja palveluasumisessa omalääkäri vuoteen 2010 mennessä.</p> <p>Dementiakodeissa vastuusairaanhoitajat vuoteen 2010 mennessä</p> <p>Harjoittelijoiden määrä.</p>

<p>Asiakkaat ja vaikuttavuus</p>	<p>Tiedottaminen</p> <p>Ennaltaehkäisy, varhainen diagnosointi</p> <p>Yksilöllinen palveluohjaus</p> <p>Kotona asumisen tukeminen</p> <p>Joustavat, toimintakyvyn huomioon ottavat palvelut</p>	<p>Säännöllinen tiedottaminen, yleisötilaisuudet.</p> <p>Ennaltaehkäisevillä kotikäynneillä 80-vuotiaille tehdään aina muistitesti. Kotihoidon henkilöstö tehostaa tutkimuksiin ohjaamista.</p> <p>Seudullinen muistikeskus vastaa muistisairaiden palveluohjauksesta.</p> <p>Kotihoidon kehittäminen.</p> <p>Muistisairaiden päivätoiminnan lisääminen ja kehittäminen.</p> <p>Omaisten tukeminen</p> <p>Perhehoidon kehittäminen</p> <p>Lyhytaikaishoidon organisoiminen seudulliseen muistikeskukseen ja lyhytaikaishoidon lisääminen.</p> <p>Palvelut vastaavat asiakkaiden tarpeita.</p>	<p>Vanhusten palveluoppaiden säännöllinen päivittäminen. Tiedotteiden ja yleisötilaisuuksien määrä.</p> <p>Vuosi 2009 julistetaan Havaitse muistisairautesi - teemavuodeksi.</p> <p>Jokaiselle muistisairaalle nimetty omahoitaja, jolla päävastuu perheen tilanteen selvittelystä ja tukemisesta.</p> <p>Tiimin sisäinen konsultaatio toiminnassa. Dementiakoordinaattorin palvelut seudullisena.</p> <p>Muistisairaiden päivätoiminnan asiakaspaikkoja lisätään, paikkoja Hausjärvellä 20, Lopella 22 ja Riihimäellä 40 vuoteen 2015 mennessä.</p> <p>Vertaistukiryhmien ja virkistyspäivien määrä.</p> <p>Perhehoitopäivien määrä.</p> <p>Lyhytaikaishoito keskitetty seudulliseen muistikeskukseen.</p> <p>Jonotilanne. Asiakaskyselyt säännöllisesti. Tavoitteellinen hoitosuunnitelma ja sen toteuttaminen.</p>
---	---	---	---

Näkökulma	Keskeiset strategiset tavoitteet	Ratkaisevat menestystekijät	Mittarit
<p>Prosessit ja rakenteet</p>	<p>Palveluketjun sujuvuuden parantaminen</p> <p>Muistikeskus koordinoi koulutus- ja kehittämistoimintaa</p> <p>Ohjausryhmä suunnittelee palveluiden organisoimisen</p> <p>Seudullinen kehittämistyöryhmä seuraa ja arvioi strategian toteutumista</p>	<p>Muistisairaahan hoitopolun selkiyttäminen. Seudullinen muistikeskus vastaa hoidon koordinoinnista.</p> <p>Seudulliset koulutukset. Yhdessä kehittäminen ja toisilta oppiminen.</p> <p>Seudulliset erityisryhmien palveluratkaisut. Tilaa muille palveluntuottajille. Sektorirajat ylittävää toimintaa.</p> <p>Dementiatyön kehittyminen, strategian käytäntöön vieminen.</p>	<p>Palveluketjun sujuvuuden arviointi vuosittain sos. ja terv.huollon yhteisessä työpajassa.</p> <p>Asiakaskyselyt joka toinen vuosi muistikeskuksen asiakkaille.</p> <p>Lyhytaikaishoidossa kerätään joka jaksolta palaute.</p> <p>Odotusaika geriatriin vastaanotolle, jono dementiakotipaikalle, päivätoimintaan ja lyhytaikaishoittoon.</p> <p>Koulutuspäivät/vuosi.</p> <p>Työtä arvioidaan yhteisessä työpajassa vuosittain.</p> <p>Tavoitteiden määrittely ja arviointi vuosittain yhteisessä työpajassa</p>

Resurssit ja talous	Palvelutarpeita vastaava henkilöstö	Henkilöstön riittävyys: määrällinen, laadullinen, saatavuus ja sen varmistaminen, yhteistyö oppilaitosten kanssa	Ympäri vuorokautisessa hoidossa mitoitus 0,7 – 0,8. Kotihoidossa noudatetaan v. 2008 lopussa STM:n antamia mitoituksia. Täydennyskoulutus 3-10 pv/vuosi Henkilöstön työtyytyväisyyskysely joka toinen vuosi.
	Laitoshoidon vähentäminen	Laitoshoitopaikkoja vähennetty, tavoite 3 %.	Laitoshoitopaikkojen määrä.
	Tehostetun palveluasumisen lisääminen	Tehostetun palveluasumisen paikkoja lisätty, tavoite 6 %.	Tehostetun palveluasumisen määrä.
	Laadukkaat, kustannustehokkaat palvelut	Palvelut tuotetaan kustannustehokkaasti, laatuasioista huolehtien. Tarkoituksenmukaiset tilat ja teknologian käyttö.	Hoitopäivämaksun hinta.
	Riittävät seurantajärjestelmät	Ohjausryhmä ja seudullinen kehittämistyöryhmä vastaavat seurannasta.	Seuranta ja raportointi kaksi kertaa vuodessa.

Lähteet:

Andersson Sirpa (2007) Palveluasuntoja ikäihmisille. Palveluasumisen nykytilanne ja tuleva tarve. Stakes, raportteja 14/2007.

Asiakaslähtöinen kotihoito (2007). Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Stakes.

Finne-Soveri Harriet ja Nurme Pia (2007). Tehostetun palveluasumisen asukasvalinta ja palveluohjauksen kriteeriehtotus Porvoossa, Työpapereita 28/2007. Stakes.

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus (2008). Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisu 2008:3.

Kuntouttava lyhytaikaishoito omaishoidon tukena (2008), LyhDeKe-projektin loppuraportti, Mikkelin seudun Dementia yhdistys ry.,

Lehmuskoski Antero ja Kuusisto-Niemi Sirpa (2007). Sosiaalialan sanasto asiakastietojärjestelmää varten. Terveystieteiden ja – talouden laitos. Kuopion yliopisto.

Muurinen Sirkka (2003). Hoitotyö ja hoitohenkilöstön rakenne vanhusten lyhytaikaisessa laitoshoidossa. Akateeminen väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 936. Tampere University Press, Tampere.

Sotkanet Indikaattoripankki, Stakes, www.sotkanet.fi

Tie hyvään vanhuuteen. Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön selvityksiä 2007:8

Vanhusten lyhytaikaishoidon nykytila ja kehittämissuosituksien, Helsingin kaupungin sosiaalivirasto, selvityksiä 2004:9

Viramo Petteri & Sulkava Raimo (2006) Muistihäiriöiden ja dementian epidemiologia. Kirjassa Erkinjuntti T, Rinne J, Alhainen K, Soininen H: Muistihäiriöt ja dementia. Kustannus Oy Duodecim.