

Muistityön kehittäminen ja arki, yhteistyöllä tuloksiin

**Varsinais-Suomen
yleislääkäripäivät**

Turku, 21.5.14

Tarja Uusitalo
geriatrian ylilääkäri

**Uudenkaupungin
yhteistoiminta-alueen
terveyskeskus**



Sidonnaisuudet/yhteistyökumppanit: Lundbeck, Novartis, Janssen-Cilag

Luennon rakenne

- Taustatietoa
- Case Uusikaupunki
 - Muistityön kehittäminen
 - Muistityö käytännössä
 - Työn mittarit ja tuloksia



Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveyskeskus on toiminut 1.1.2010 alkaen



➤ Väestöpohja on noin 23 000

- Uusikaupunki 15 800
- Vehmaa 2 400
- Pyhärinta 2 200
- Taivassalo 1 700
- Kustavi 900

Työn kehittäminen terveyskeskuksessa

- Laatutyötä tehty pitkään ja vuonna 2011 Uudenkaupungin terveyskeskus ja vanhustyö saivat laaduntunnustuksen (SHQS-laatujärjestelmä).
- Valtimotautien hoitoa on kehitetty valtakunnallisen laatuverkoston avulla (Conmedic)
 - Vuonna 2013 laatuverkosto nimesi Uudenkaupungin terveyskeskuksen vuoden laatuterveyskeskukseksi
- Prosessityöskentely on tullut vuosien saatossa henkilökunnalle tutuksi
 - tärkeimmät prosessit on kuvattu



Muistisairaita on paljon

- Dementia on ikääntyneillä henkilöillä tärkein yksittäinen tekijä, joka johtaa toimintakyvyn heikkenemiseen, avuntarpeeseen ja laitoshoitoon
- Suomessa oli vuonna 2010 (Kansallinen muistiohjelma 2012-2020)
 - keskivaikea / vaikea muistisairaus on noin 95 000 henkilöllä
 - lievempi muistisairaus 30 000-35 000 henkilöllä
 - yli 120 000 henkilöä, joilla on lievä älyllinen heikkeneminen
 - yhteensä siis diagnoosin saaneita tai tarvitsevia potilaita on noin 250 000 vs. vuoden 2013 lopussa Kelan erityiskorvauksen lääkkeistä sai noin
 - 480 000 verenpainepotilasta
 - 290 000 diabeetikkoa
 - 250 000 astmaatikkaa
 - 180 000 sepelvaltimotautia sairastavaa henkilöä
 - 66 000 muistihäiriöpotilasta – työtä riittää!
- Vuosittain noin 13 000 henkilöä sairastuu muistisairauteen (36 joka päivä)

Esiintyvyys ikäryhmittäin

- Muistisairautta sairastaa (STM:n opas Laadukkaat dementia palvelut – opas kunnille)
 - 65-69-vuotiaista 2.3 %
 - 70-74-vuotiaista 4.2 %
 - 75-79-vuotiaista 8.6 %
 - 80-84-vuotiaista 13 %
 - 85-89-vuotiaista 25.3 %
 - Yli 90-vuotiaista 33.5 %

yli 65-vuotiaat → 5-9%

→ Näillä prosenteilla Sotkanetin väestöennusteesta laskettuna muistisairaita oli/on

	2010	2020	2030	2040	2060
Uusikaupunki	276	402	567	692	692
Yhteistoiminta-alue	153	194	254	323	320

→ Eurocode -tutkimuksen prosenteilla sama tulos

Kustannuksista

- Muistisairaahan potilaan hoito maksaa keskimäärin 24 000 – 28 000 euroa vuodessa
- Vuonna 2010 hoidon keskimääräiset kustannukset olivat (Kansallinen muistiohjelma 2012-2020)
 - avohoidossa 19 000 euroa yhtä henkilöä kohti
 - laitoshoidossa 46 000 euroa
- Alzheimerin taudin ylimääräiset kustannukset yhden potilaan elinaikana ovat 170 000 - 200 000 euroa, kustannukset lisääntyvät tilan vaikeutuessa, seuraavat karkeita arvioita
 - yhden MMSE -pisteen menetys 1000 euroa/vuosi
 - yhden CDR -asteen vaikeutuminen noin 10 000 euroa/vuosi
- Muistisairaudet/Duodecim/2010: omaishoito mukaan lukien arvio 1.5-2.5 miljardia euroa/vuosi
- Viramo ja Sulkava: Kuopiossa tehdyt laskelmat arvioivat kustannusten olevan vuonna 2015 jopa 3.8 miljardia euroa
 - 7 % Suomen valtion 2014 budjetista
 - 30 % STM:n budjetista
 - 80 % kustannuksista tulee laitoshoidosta
- Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueella kustannuksia 2010 tuli noin 10 milj. euroa

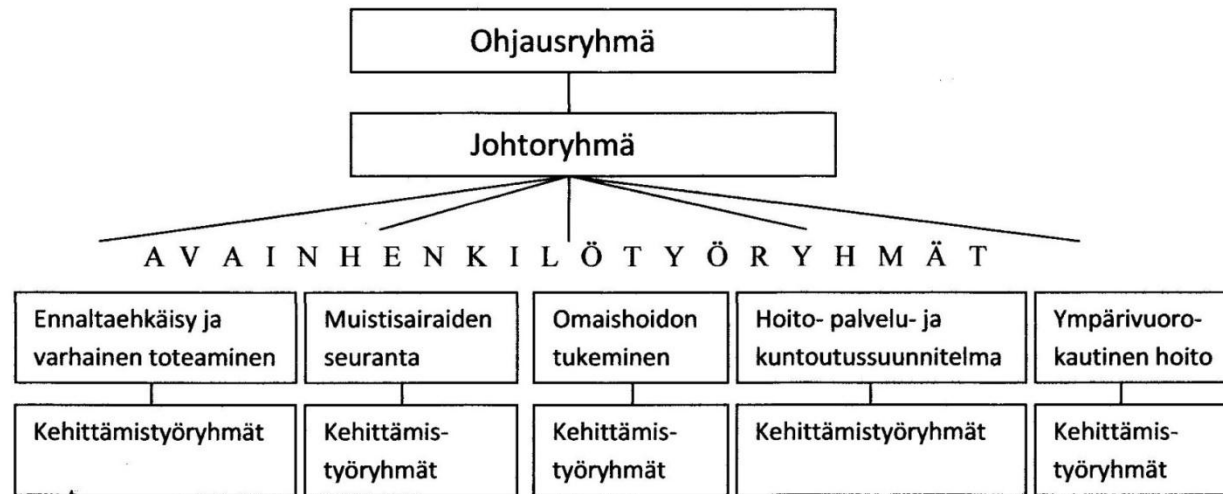
Muistityön kehittäminen



Muistisairaalan palvelukokonaisuus

- Kehitystyötä on tehty oman työn ohella:
 1. hanketyöskentelyn avulla (Seutukunnallinen muistihanke 2009-2012)
 2. prosessimallintamisen avulla (Muistiprosessi valmistui 2011)
 - Prosessityöllä tarkoitetaan sosiaali- ja terveyspalveluissa käytännössä sitä, että hoitopolut kuvataan ja vastuut määritellään, jolloin henkilökunta tietää paremmin miten toimia ja mistä löytää tarvittavan tiedon.
 - Tavoitteena on ensisijaisesti parempi hoito potilaalle, mutta prosessien tehostamisen myötä saadaan myös kustannussäästöjä.
- Avaintekijänä sekä kehittämisessä että toiminnassa on seutukunnallinen, moniammatillinen ja sektorirajat ylittävä **yhteistyö**.
 - Jokaisen työntekijän osuus palvelukokonaisuudessa on tärkeä ja minkä tahansa puuttuminen voi rapauttaa hoidon.
 - Jotta kokonaisuus toimisi, **tarvitaan toisen työn ymmärtämistä ja arvostamista**.

Seutukunnallinen muistihanke 2009-2012



- Hankkeen rahoitti Turun AMK, Varsinais-Suomen Liitto ja kunnat
- Noin 50 käytännön työntekijää

Raportti löytyy Googlettamalla: Muistisairaalan palvelupolku (Virjonen/Turun AMK/2012)

Miksi muistisairaahan palvelukokonaisuuden hallinta on tärkeää?

- Muistisairauksia voidaan ennaltaehkäistä; esimerkiksi puuttamalla Alzheimerin taudin riskitekijöihin voidaan sairauden puhkeamista siirtää jopa viidellä vuodella. Tämä puolittaisi sairauden ilmaantuvuuden yhden sukupolven aikana (Kansallinen muistiohjelma 2012-2020).
- Varhainen taudinmääritys ja hoidon aloitus on keskeistä; lääkityksen myöhästyminen muutamalla kuukaudella voi aiheuttaa sen, että potilas ei enää missään vaiheessa saavuta sitä toimintakyvyn tasoa, johon hän olisi päässyt varhaisella lääkkeen aloituksella.
 - On arvioitu, että yksistään kohdennetun lääkehoidon tuoma nettohyöty Suomessa olisi yli 83 miljoonaa euroa (Erkinjuntti, Viramo 2010/Muistisairaudet)
- Potilaiden seuranta on edellytys oikea-aikaisille toimille ja edellyttää moniammatillista, sektorirajat ylittävää toimintaa.
 - Tavoitteena potilaan elämänlaadun parantaminen, tulevaisuuteen varautuminen ajoissa ja laitoshoidon siirtäminen
- Kustannukset: On arvioitu, että kun kunta tai kuntayhtymä pystyy järjestämään muistioireisten kansalaisten ohjauksen, neuvonnan, tutkimukset, kuntoutuksen, palvelut ja hoidon tukeutumalla asiakaslähtöisiin prosesseihin ja toimintatapoihin, sillä on mahdollisuudet selviytyä ikääntyvän väestön aiheuttamasta palvelujen tarpeen kasvusta kohtuullisin kustannuksin.
- Inhimillinen lähtökohta; kaikilla muistisairailla tulisi olla mahdollisuus varhaiseen diagnoosiin, asianmukaiseen hoitoon - **mahdollisuus asua pidempään omassa kodissaan!!**

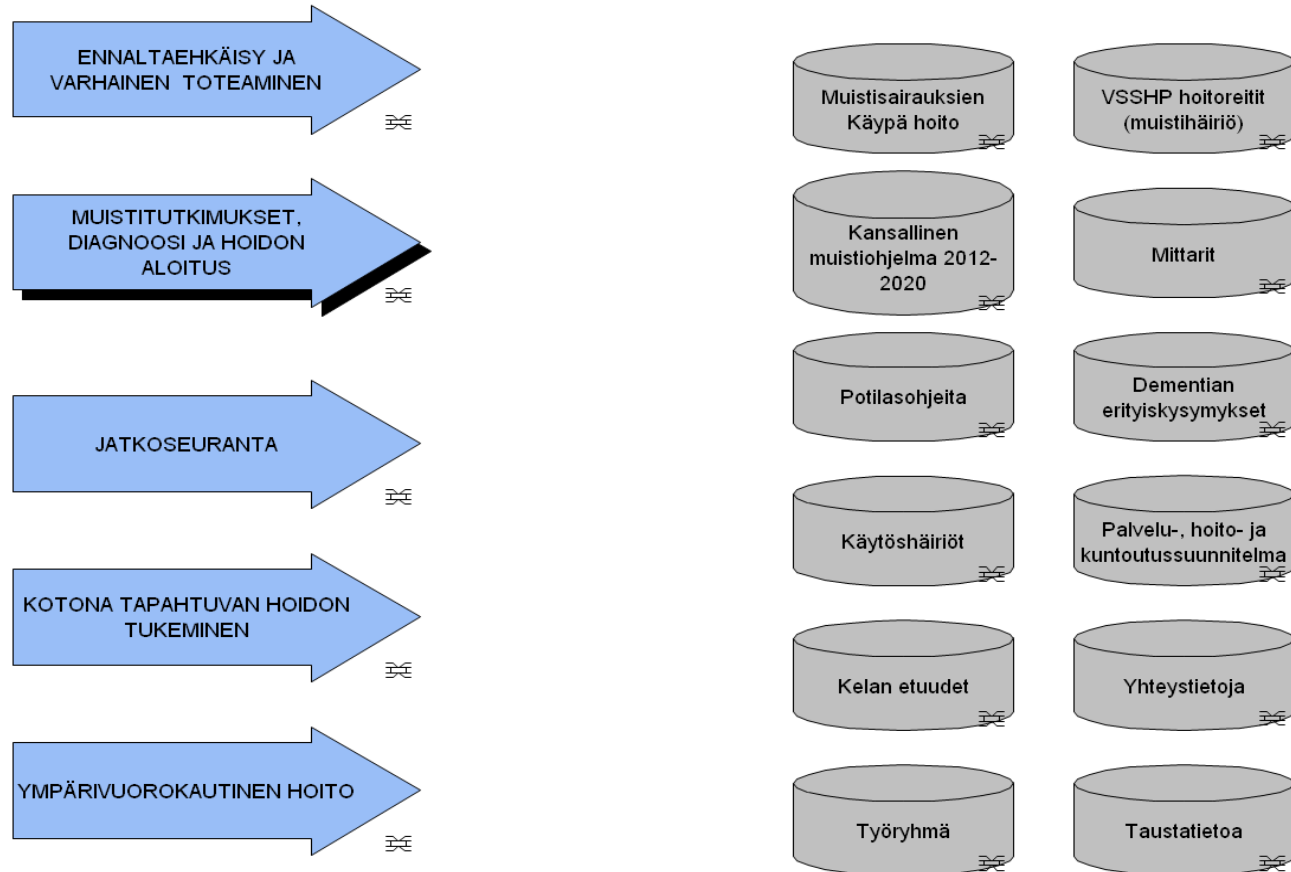
Muistityö käytännössä



Prosessikartta

MUISTIPROSESSI, UUDENKAUPUNGIN YHTEISTOIMINTA-ALUEEN TERVEYSKESKUS (päivitys 27.11.2012)

Tulosta PDF-
versio tästä



**ENNALTAEHKÄISY JA
VARHAINEN TOTEAMINEN**



Ennaltaehkäisy ja varhainen toteaminen – miten käytännössä?

Hyvinvointityö väestötasolla tärkeää

- Terveydenhuoltolaki edellyttää yhteistyötä kunnan eri toimintasektoreiden välillä
- Uudenkaupungin painopisteenä ollut
 - Terveysliikunnan lisääminen – ”Liike on lääke”-ryhmä → liikkumislähete
 - Päihdetyö
- Toiminnan riittävä resursointi ja koordinoiminen olisi tärkeää – johdon rooli korostuu

Valtimosairaudet

- Keski-ikä korkea kolesteroli ja verenpaine lisäävät riskiä sairastua muistisairauteen eli terveelliset elintavat läpi elämän ovat muistisairauden ennaltaehkäisyä - mikä suojaa sydäntä, suojaa myös aivoja!
- Vakka-Suomessa osallistuttu valtimotautien laatuverkostoon 2005 alkaen
 - Viime vuosina erityispaino ollut hoitosuunnitelmien laatimisessa
 - Yhteistyö potilaan kanssa, vastuu omasta hoidosta
- Valtimosairaudet ovat yksi kehittämistyön painopistealue tällä hetkellä, prosessi on työn alla

Diabetes riskitekijänä

- Keski-ikä diabetes altistaa sekä verisuoniperäiselle muistisairaudelle että Alzheimerin taudille
- DEHKO 2000-2010/loppuraportti: Diabetesta tai sen esiastetta sairastaa vajaa puolet 45-74-vuotiaista miehistä ja joka kolmas nainen
- Suomalaisessa diabeteksen ehkäisy tutkimuksessa (DPS) todettiin, että jopa 58 % tyyppin 2 diabeteksestä voidaan ehkäistä elintapamuutoksilla korkean riskin potilailla
- Diabeteksen käypä hoito suositus 2011: Diabeteksen hoidon suorat kustannukset ovat 15 % terveydenhuollon kokonaismenoista, vähintään 2/3 kuluista aiheutuu vältettävissä olevien komplikaatioiden hoidosta
 - Tärkeää on ennaltaehkäisyn lisäksi löytää potilaat varhain ja saattaa heidät interventioiden piiriin
- Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen tk:ssa diabeteksen hoitoa on kehitetty aktiivisesti 2006 alkaen, DM prosessi valmistui 2011 (aktiivinen kehittäminen lähti liikkeelle Conmedicin laatuverkostoon liittymisestä)
 - Esim. vuosien 2009 – 2011 välillä potilaiden diagnosointi on kaksinkertaistunut

Muita näkökulmia ennaltaehkäisyyn

- Aivojen aktiivinen käyttäminen
 - Koulutus
 - Harrastaminen ja aktiivinen sosiaalinen toiminta läpi elämän on hyödyllistä
- Pään kolhujen välttäminen on ennaltaehkäisyä
- 70-v ajokorttitarkastusten yhteydessä CERAD
- Työterveyshuollon osallistuminen talkoisiin – yhteistyö
 - Muistiasiat terveystarkastuksen osaksi
- Ikääntyvien ohjaus ja neuvonta
 - Vanhuspalvelulaki määrittelee sisällön (voimaan 1.7.13)
 - Uudessakaupungissa vanhusneuvola on toiminut 2007 alkaen
 - 70-vuotiaiden terveystarkastukset ja 75-vuotiaiden hyvinvointia edistävät kotikäynnit
- Muistisairauksien riskimittari – löytyy Googlettamalla
 - Millä todennäköisyydellä sairastun muistisairauteen 20 v kuluessa?

Koulutus muistisairauksien ennaltaehkäisyssä ja varhaisessa toteamisessa

- Väestön informointi
 - Vakka-Suomessa pidetty lukuisia koulutustilaisuuksia
 - eri järjestöjen tapahtumissa
 - Muistiviikon tapahtumat
 - Yleistieto muistisairauksista ja toimintatavat
 - Muisti muuttuu vanhetessa. **Normaalisti muisti ei koskaan heikkene niin paljon, että arkielämän selviytyminen vaikeutuu.**
 - Lehdistö
- Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten koulutus
 - Useita luentotilaisuuksia eri työyhteisöille
 - Muistihoitajakoulutus, Vakka-Suomessa 46 henkilöä suoritti – uusi koulutus alkamassa
 - muistihoitajaverkosto

**MUISTITUTKIMUKSET,
DIAGNOOSI JA HOIDON
ALOITUS**

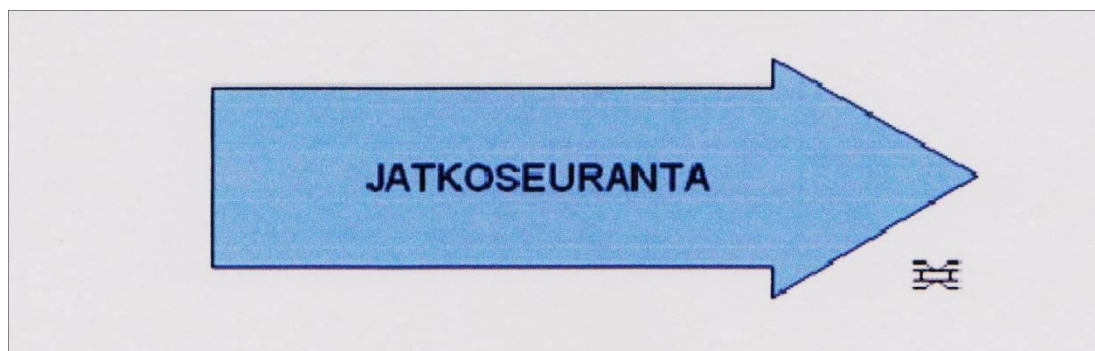


Muistisairauksien diagnosointi 1

- Vuoden 2009 alusta iäkkäät tutkittu terveyskeskuksessa geriatriin toimesta
 - Vuonna 2010 noin 80 % potilaista oli yli 75-vuotiaita, nykyään ikäraja 70 v
 - Nuoremmat tutkitaan TYKS-Vakka-Suomen sairaalaan neurologialla
 - Vuonna 2013 kaikki 307-korvauksen saajat olivat yli 70-vuotiaita.
 - Vuonna 2013 Ukissa alle 70-vuotiaita 307 korvauksen saajia oli yhteensä 13.
- Lähettämisen kynnys matalaksi
 - Lähetteitä tulee yleislääkäreiltä, muistihoitajilta, terveydenhoitajilta, Muistineuvolasta, neurologilta, yksityislääkäriltä
 - Sairauskertomusjärjestelmän tiedoksi -viesti on kätevä tapa ohjata selvityksiin
 - B1-lähete tarvitaan vain neurologille lähetettäessä
- Esitietoihin perehtyminen, tietojen kerääminen tiivistelmään
 - Geriatriinen kokonaisarvio on avain onnistuneeseen hoitoon!
 - Erityistä huomiota kiinnitetään
 - Kokonaislääkitykseen – onko muut sairauden asianmukaisesti hoidettu?
 - Liikkumisturvallisuuteen ja luuston kuntoon
 - Mahdolliseen inkontinenssiin
 - Potilaan omiin murheisiin ja toiveisiin!
- Pään kuvantaminen (MRI, jos ei estettä)
- Laboratoriokokeet pakettina
- Diagnosointi Käypä hoidon ohjeiden mukaisesti

Muistisairauksien diagnosointi 2

- Mittarit potilaan tilanteen selvittämisessä
 - Muistikysely läheiselle
 - Kognition mittarina CERAD (joskus ei pysty tekemään → MMSE)
 - Toimintakykymittareista käytössä Barthelin indeksi (ADL-toiminnot) ja IADL
 - Dementian vaikeusasteen mittarina CDR
 - Depressioseulana GDS-15
- Lähetteet ja lausunnot, yleisimpiä:
 - Lähetete fysioterapeutille (kunnallinen / yksityinen)
 - Lausunnot Kelaan (erityisesti lääkekorvaus, hoitotuki, sopeutumisvalmennus)
 - Lausunto ajokyvystä, edunvalvonnasta
- Kirjallisen informaation antaminen
 - Tietoa sairaudesta
 - Yhteystiedot - Tueksi muistisairaalle ja hänen läheiselleen
 - Muistiliiton Muistiopas, Oikeusopas ja Kuntoutusopas aktiivisessa käytössä
- Seurannan järjestäminen



Muistipotilaan seuranta

Taulukko 3. Muistisairaahan henkilön diagnoosivaiheen ja seurantakäyntien sisältö ja tarkoitus

	Hoitaja	Yleislääkäri	Geriatrit
Diagnoosi vaihe	muistivastaanoton muistihoitaja • muistin, toimintakyvyn, sosiaalisen tilanteen ja tukipalvelujen kartoitus sovitulla mittareilla • tutkimusten ja ajanvarauksen järjestäminen käytännössä • asioiden varmistaminen potilaan ja omaisten kanssa	• perustilanteen kartoitus • laboratoriokokeiden ohjelmointi • aivojen kuvantamislähet • tulosten katsominen • lähet	• perehtyy aiempaan sairaushistoriaan ja kokoaa tärkeimmät esitiedot tiivistelmään • muistisairaahan diagnoosi ja hoidon aloitus • kokonaisarvio muista sairauksista • liikkumisturvallisuuden ja luukunnon huomiointi sekä tarvittavat interventiot • kokonaislääkityksen arvioiminen • etuisuuksien ja ajokyvyn arvio + tarvittavat lausunnot • hoitosuunnitelman laatiminen • informaation antaminen suullisesti ja kirjallisesti • potilaan kirjaaminen muistikutsujärjestelmään
1 kk soitto			• Lääkityksen siedettävyyden ja annostus
3 kk kontrolli	muistikoordinaattori tai kotihoidon muistihoitaja • mahdollisesti esiin tulleisiin kysymyksiin vastaaminen, sairaudesta kertominen • lääkehoidon siedettävyyden ja toteutuminen • etuisuuksien tarkistaminen (onko myönnetty hakemusten mukaisesti?) • omaisten jaksaminen • hoitosuhteen luominen		Muistikutsujärjestelmä!!
6kk kontrolli	muistivastaanoton muistihoitaja • ajanvaraus tutkimuksiin ja kontrolliin • asioiden varmistaminen potilaan ja omaisten kanssa • muistin, toimintakyvyn, sosiaalisen tilanteen ja tukipalvelujen kartoitus sovitulla mittareilla		• geriatrisen kokonaisuuden tarkistaminen (kognitio, toimintakyky, liikkumisturvallisuus, sairaudet, lääkit, nykyongelmat, status, lab.kokeet, etuisuudet) • painon kehitys !!! • hoitotahto-, edunvalvonta- ja testamenttiasiat, !!! • tarvittaessa ajokyvyn arvio • hoitosuunnitelman laatiminen • kirjaus muistikutsujärjestelmään
1 v kontrolli, jatkossa vuosittain	muistivastaanoton muistihoitaja • kuten 6 kk kontrollissa	• geriatrisen kokonaisuuden • painon kehitys • hoitosuunnitelman päivitys • kirjaus kutsujärjestelmään	• geriatrisen kokonaisuuden kuten edellä • painon kehitys • tarvittaessa hoitotahto-, edunvalvonta ja testamenttiasiat ja ajokyvyn arvio • hoitosuunnitelman päivitys, kirjaus kutsujärjestelmään

+ muistikoordinaattorin seuranta perheiden tarpeen mukaisesti!

Väestöpohja mahdollistaa sen, että potilaita seurataan muistivastaanotolla kotihoidon potilaita lukuun ottamatta Aina lupa ottaa yhteyttä, jos ongelmia tulee.

**KOTONA TAPAHTUVAN HOIDON
TUKEMINEN**



Kotona pärjäämistä tukee..

- Muistisairauden diagnoosi + geriatrinen kokonaisarvio
 - Ovatko kaikki muutkin sairaudet asianmukaisesti hoidettu? Mikä on järkevää? Miten sovitaan?
 - Ennaltaehkäisevät toimet, esim. liikkumisturvallisuus, D-vitamiini, rokotukset
 - Geriatrisen kokonaisarvion hyödyistä on yli 70 000 potilaan tutkimusnäyttö
 - **Konsensuslausuma Kohti parempaa vanhuutta, 2012: lääkärit tulisi opettaa käyttämään geriatrista kokonaisarviota kuin laboratoriokoetta!**
- Seurannan toteutuminen
 - Turvallisuus, luottamus
 - Yhteystiedot – mitä teen jos arjessa on ongelmia?
- Riittävä ja oikea-aikainen informaatio
 - Ensitieto/sopeutumisvalmennus
 - Tulevaisuuteen varautuminen ajoissa
 - Hoitotahto, edunvalvonta-asiat, testamentti
 - Muistiliiton jäsenyys
- Kotihoidon palvelut
- Vertaisryhmät ja päivätoiminta
- Apuvälineet ja teknologia – merkitys tulevaisuudessa kasvanee
- Lyhytaikaisjaksot
- Taloudelliset tuet, mm. eläkkeensaajan hoitotuki

Omaishoidosta

- Toistaiseksi kuntakohtaista, variaatio suurta
 - Omaisten apu on Suomessa yleistä, mutta suurin osa avusta ei kuulu omaishoidon tuen piiriin.
- Kelan ikätutkimus 4/13:
 - Omaishoito on taloudellisesti kannattavaa, sen avulla säästetään keskimäärin 20 000 euroa/henkilö/vuosi, valtakunnallisesti säästö on yli 2 miljardia euroa vuosittain
 - Yli 70-vuotiaiden sosiaali- ja terveystaloudelliset olisivat kaksinkertaiset ilman omaishoitoa.
 - Tutkimus osoitti, että tukea olisi taloudellisesti kestävä maksaa nykyistä useammalle omaistaan hoitavalle.
- Uudessakaupungissa
 - Omaishoidon tuki myönnetään, jos henkilö tarvitsee käytännössä ympärivuorokautista tukea
 - Kaksi luokkaa, tuki joko 600 tai 1200 euroa/kk avun tarpeesta riippuen
 - Kolmas luokka olisi tarpeen
- Selvitä kuntasi tilanne ja muista, että tuki on usein taloudellisesti merkittävää

Kotihoidon jatkumista uhkaavat riskitekijät

Vakka-Suomessa muistiprosessiin jaoteltiin riskitekijät seuraavasti:

- Käyttöoireet, mm. masennus, ahdistuneisuus, levottomuus, harhaisuus, unirytmien sekoittuminen
- Akuutit sairaudet, infektiot
- Päivittäisen toimintakyvyn lasku
- Perheen psykososiaaliset tekijät
- Inkontinenssi eli virtsankarkailu
- Hoito- ja palvelujärjestelmän kyvyttömyys vastata perheiden avuntarpeeseen

Riskitekijät pitäisi tunnistaa ajoissa!

Mutta tunnistaminen ei riitä, pitää olla keinoja auttaa!

Kuntoutus kotona pärjäämistä tukemassa

- Kaikilla on jakamaton oikeus kuntoutukseen – ikäsyrajintää ei tule hyväksyä
- Muistisairaana kuntoutus koostuu hoidon kokonaisuudesta ensitiedosta laitoshoidon - ei vain yksittäisestä tapahtumasta
- Kuntoutus on arkisidonnaista, toimintakyky säilyy tekemällä arjen askareet entiseen tapaan
- Omaisten ja läheisten rooli usein korostuu
 - puolesta ei saa tehdä liian aikaisin
- Koko perheen tukeminen tulee muistaa
- Uudessakaupungissa kuntoutus, m.m.
 - Päiväkeskuksen toiminta: ryhmissä ja yksilötasolla
 - Vanhustyön fysioterapeutti arvioi, fysioterapia pääsääntöisesti Kelan tukemana
 - Joskus suositeltu Kelan laitospääsääntöisistä – liian vähän
 - Ensitieto omana toimintana, sopeutumisvalmennus Kelan kautta
 - Kutsutaksijärjestelmä

Hoito- ja palvelusuunnitelma muuttuu hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmaksi

- Kotona on ainakin tehty paljon kuntouttavaa työtä!
- Tavoitteena Vakka-Suomessa on saada tämä työ näkyväksi, suunnitelmalliseksi ja tavoitteelliseksi. Tämä edellyttää tietoa lähtötilanteesta, potilaan kokonaistilanteen kartoittamista (mittarit) .
- Seutukunnallisessa muistihankkeessa 2009-2012
 - 1) sovittiin käytettävistä mittareista
 - 2) laadittiin lomakepohjat hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmaa varten – tätä on päivitetty edelleen
- Uusi toiminta-ajatus edellyttää koulutusta, sillä
 - mittaaminen on monelle vanhustyön toimijalle vierasta
 - kuntoutus voidaan myös kokea vieraana – ”kuntoutusta tehdään, jos perustyöltä ehditään”

Seutukunnallisesti sovittu kliininen mittaristo potilaiden arvioon

- myös muiden kuin muistisairaiden

Aina asiakassuhteen alkaessa ja kontrollit sovitus	MMSE, Barthelin indeksi, IADL, paino, pituus ja SPPB
Tarvittaessa tehtävät mittarit	Muistikysely läheiselle, CERAD, CDR, GDS-15, Audit
Toistuvasti tehtävät mittarit	MNA: vuosittain syntymäkuukauden mukaan RAVA: vuosittain poikkileikkausmittaus + sijoituksia arvioitaessa

Mittaukset tarpeellisia – ja nykyään myös lakisääteisiä..

- Hoidon ja kuntoutuksen lähtötilanne tulee objektiivisesti arvioitua, jolloin on helpompi
 - Asettaa arkilähtöiset tavoitteet
 - Kohdentaa hoitotoimenpiteet kuntouttavasti
- Tavoitteiden avulla voidaan lisätä asiakkaan omaa roolia, vastuuta ja motivaatiota toimintakyvyn ylläpitämisestä tai kuntoutumisesta.
- Mittarit helpottavat potilaan tilan hahmottamista seurannassa.
- Mittareiden käyttö ja lomakepohjien yhtenäistäminen ohjaavat työkulttuuria ja yhtenäistävät käytäntöjä seutukunnassa
 - Tukitoimien kokonaisuus kootaan yhteen, palveluja voidaan ”järkevöittää”
 - Myös omaisten rooli ja sitouttaminen hoitoon konkretisoituu

YMPÄRIVUOROKAUTINEN HOITO



Hyvä ympärivuorokautinen hoito

- Hoidon yksiportaisuus, oikeus kuolla ”kotona”
 - Hoitolinjaukset mietittävä ajoissa, vastuu ei voi siirtyä ensiavun päivystävälle lääkärille
- Kaikilla tulee olla helposti löydettävä hoitosuunnitelma
 - Lähtökohtana hyvä vointi: kipujen, mielialaongelmien ja muita elämänlaatua heikentävien oireiden hyvä hoito
 - Liikuntakyvyn turvaaminen, murtumien esto, D-vitamiini
 - Toimintasuunnitelma akuutin sairauden kohdatessa
 - ER-päätös
 - Päivitys aina voinnin muuttuessa, moniammatillinen arvio syntymäkuukauden mukaan?
- Yhteistyö omaisten kanssa
- Henkilökunnan osaamisen lisäksi asenteet ja työhyvinvointi vaikuttavat
- **Erityishuomio potilaan kohtaamiseen, sillä tämä on avain onnistuneeseen hoitoon!**

Seutukunnallisessa muistihankkeessa laadittiin hyvän hoidon kriteeristö

- Aihealueet vastaavat henkilökunnan tällä hetkellä tärkeimmiksi kokemia hyvän hoidon elementtejä – valtakunnalliset linjaukset huomioitu
 - Hoitoympäristö
 - Hoidon suunnittelu ja seuraaminen
 - Kuntoutumista edistävä työote
 - Yhteistyö omaisten kanssa
 - Virikkeellinen arki
 - Kommunikointi ja viestintä
 - Saattohoito
 - Henkilöstö ja johtaminen
- Mukana arviointiasteikko, korjaus- ja kehittämistoimenpiteitä kartoitetaan myös
- Paras tuntemus käytännön toiminnasta on sen tekijöillä!
- Keväällä 2014 kaikkien kunnallisten ympärivuorokautista hoitoa tuottavien yksiköiden arviointi kriteeristöä käyttäen

Muistiprosessin mittarit

- 1) prosessin jalkauttamisen toteutuminen
 - 2) diagnosoitujen potilaiden osuus
 - 3) vaikuttavuuslaskelmat yli 75-vuotiaiden palveluista
- * tähän vaikuttavat monet muutkin tekijät



Prosessin jalkauttaminen

- Laajempi koulutuskokonaisuus: luento muistisairauksista, muistityön perusteista sekä prosessin läpikäynti
 - 01.06.11 yhteistoiminta-alueen lääkärit
 - 30.08.11 Sote johtoryhmä
 - 14.09.11 VSS neurologia
 - 29.09.11 Tepa johtoryhmä
 - 17.10.11 Seutukunnallisen muistihankkeen johtoryhmä
 - 22.03.12 Muistihoitajaverkosto
 - 27.03.12 Taivassalo (Taivassalon ja Kustavin työntekijöille + Vehmaa)
 - 28.03.12 Vehmaa (Vehmaan + Taivassalon ja Kustavin työntekijöille)
 - 09.05.12 Uudenkaupungin vanhustyön henkilökunta
 - 21.05.12 Uudenkaupungin avosairaanhoidon + Maria-Sofian henkilökunta
 - 28.05.12 Uudenkaupungin avosairaanhoidon + Maria-Sofian henkilökunta
 - 18.09.12 Seutukunnallinen koulutus (Novida)
 - 19.09.12 Terveyskeskuslääkärit
 - 17.12.12 Pyhärannan päättäjät
- Yhteensä lähes 50 koulutustilaisuutta 5 vuoden aikana
- Muistikoordinaattorien ja muistihoitajien toteuttama ohjaus ja neuvonta
- Seutukunnallisen muistihankkeen yhteydessä
- Ennen kaikkea käytännön työn kautta!

Diagnosoitujen potilaiden osuus

1) Arvioitu muistisairaiden potilaiden määrä väestötietojen ja esiintyvyyden mukaan

1) Kelasta selvitetty Alzheimer-lääkkeisiin peruskorvausta saaneiden määrä (307)

→ Näistä laskettu diagnosoitujen potilaiden osuus olettaen, että 85 %:lle muistisairaista on lääkitys aloitettu (Alzheimer 70 % + sekamuodot 15 %)

	väestö	31.12.08	31.12.10	31.12.11	31.12.12	31.12.13
Uusikaupunki	15 800	52 %	79 %	89 %	91 %	85 %
Vehmaa	2 400		68 %	72 %	67 %	65 %
Pyhäranta	2 200		65 %	80 %	84 %	100 %
Taivassalo	1 700		53 %	65 %	70 %	69 %
Kustavi	900		60 %	63 %	58 %	50 %

→ Kelan – korvauskriteerien muuttuminen vaikuttaa mittaustuloksiin **2012 alkaen** (kaikille ei B-lausuntoa heti alussa)

→ Uudenkaupungin säästötoimet näkyvät 2013 (lääkäriresurssi, ajokortti CERAD)

→ On muistettava, että **potilaita tulee koko ajan lisää kiihtyvällä vauhdilla.**