

LAATUSUOSITUS HYVÄN IKÄÄNTYMISEN TURVAAMISEKSI JA PALVELUJEN PARANTAMISEKSI

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11

ISBN 978-952-00-3415-3 (PDF)

ISSN-L 1236-2050

ISSN 1236-2050 (painettu)

ISSN 1797-9854 (verkkajulkaisu)

URN:ISBN:978-952-00-3415-3

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3415-3>

www.stm.fi/julkaisut

Kustantaja: Sosiaali- ja terveysministeriö

Ulkoasu ja taitto: Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere 2013

TIIVISTELMÄ

LAATUSUOSITUS HYVÄN IKÄÄNTYMISEN TURVAAMISEKSI JA PALVELUJEN PARANTAMISEKSI

■ Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto ovat antaneet iäkkäiden ihmisten palvelujen kehittämistä koskevan laatusuosituksen vuosina 2001 ja 2008. Vuonna 2013 laatusuositus uudistuu huomioon ottamaan ohjaus- ja toimintaympäristössä meneillään olevat muutokset ja uusimman tutkimustiedon. Suosituksen tarkoituksena on tukea ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain (nk. vanhuspalvelulaki) toimeenpanoa. Laatusuositus on valmisteltu laajapohjaisessa työryhmässä.

Suositus on edeltäjiensä tapaan tarkoitettu ensisijaisesti iäkkäiden palvelujen kehittämisen ja arvioinnin tueksi kuntien ja yhteistoiminta-alueiden päättäjille ja johdolle. Lisäksi sitä voivat hyödyntää oman toimintansa suunnittelussa ja arvioinnissa monet muutkin tahot, kuten sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajat, alan ammattilaiset ja kolmannen sektorin toimijat.

Laatusuosituksen kokonaistavoitteena on turvata mahdollisimman terve ja toimintakykyinen ikääntyminen koko ikääntyneelle väestölle sekä laadukkaat ja vaikuttavat palvelut niistä tarvitseville iäkkäille henkilöille. Näin ollen – vanhuspalvelulain tapaan – osa suosituksista kohdistuu nimenomaisesti väestö- ja osa yksilötasolle.

Laatusuosituksen keskeiset sisällöt ovat:

- osallisuus ja toimijuus,
- asuminen ja elinympäristö,
- mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaaminen,
- oikea palvelu oikeaan aikaan,
- palvelujen rakenne
- hoidon ja huolenpidon turvaajat,
- johtaminen.

Kullakin sisältöalueella on omat suosituksensa. Erityistä huomiota on kiinnitetty siihen, että suositeltaville asiakokonaisuuksille on tietoon perustuvat perustelunsa ja käytettävissä indikaattoreita, joiden avulla suositusten toteutumista voidaan järjestelmällisesti arvioida. Suositusten hyödyntäjien tueksi on koottu linkkejä lakeihin, muihin suosituksiin, valtioneuvoston periaatepäätöksiin ym. ohjausdokumentteihin, jotka liittyvät olennaisesti suositukseen, sekä linkkejä erilaisiin tukimateriaaleihin, kuten oppaisiin ja hyvien käytäntöjen kuvauksiin.

Asiasanat:

Ikääntyminen, ikääntyneet, laatu, laadunhallinta, palvelut, palvelurakenne, vanhusten palvelut, vanhustenhuolto

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto antoivat ensimmäisen ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen vuonna 2001, jolloin laatusuositukset olivat informaatio-ohjauksen uusia välineitä. Laatusuositusten arvioinnit osoittivat, että suosituksia pidettiin tarkoituksenmukaisina työvälineinä kunnissa: mitä enemmän konkreettisia tavoitteita laadun kehittämiseksi niissä esitettiin, sitä käyttökelpoisempina niitä pidettiin. Vuonna 2008 annettiin toinen Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Suosituksessa esitettiin ikääntyneiden palveluiden laadun parantamiseksi strategisia linjauksia kolmelle osa-alueelle: 1) hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen ja palvelurakenteeseen, 2) henkilöstöön ja johtamiseen sekä 3) asuin- ja hoitoympäristöihin.

Vuonna 2013 uudistetun laatusuosituksen tarkoituksena on tukea ikääntyneen väestön toimintakyvyn edistämistä sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain (nk. vanhuspalvelulaki) toimeenpanoa. Lisäksi laatusuositus ottaa huomioon ohjaus- ja toimintaympäristössä meneillään olevat muutokset ja uusimman tutkimustiedon.

Laatusuositus korostaa mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaamista, oikea-aikaisia ja monipuoliseen palvelujen tarpeen selvittämiseen perustuvia palveluja, palvelurakenteen muutosta, tarkoituksenmukaista henkilöstön määrää ja osaamista sekä johtamista. Iäkkäiden ihmisten osallisuus on kaikkia suosituksen sisältöalueita yhdistävä kokonaisuus.

Mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaaminen on tärkeimpiä varautumistoimia ikääntyvässä Suomessa. Terve ikääntyminen mahdollistaa osaltaan iäkkäiden täysivaltaista osallisuutta yhteiskunnassa, parantaa heidän elämänlaatuaan ja vaikuttaa sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeeseen. Tätä kautta sillä on myös vaikutuksensa julkisen talouden kestävyydelle.

Suosituksessa tavoitteeksi asetettu palvelurakenteen muutos hillitsee toteutuessaan sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten kasvua. Mikäli palvelurakenteita ei uudisteta, kustannusten kasvua on vaikea hillitä väestön iäkirakenteen nopeasti muuttuessa ja palvelutarpeiden kasvaessa. Rakenteiden ohella myös palveluprosesseja on uudistettava.

Suositus on valmisteltu sosiaali- ja terveysministeriön asettamassa laajajohjaisessa työryhmässä. Valmistelun aikana on pidetty kuulemistilaisuuksia ja järjestetty mahdollisuus kommentoida suosituksen luonnosta Ota kantaa -sivustolla. Valmistelun aikana on pidetty yhteyttä lukuisiin

asiantuntijoihin sekä iäkkäitä ihmisiä edustaviin tahoihin, kuten vanhusneuvostojen edustajiin, ja järjestetty kansalaisraati. Kiitämme lämpimästi kaikkia teitä, jotka olette antaneet näkemyksenne laatusuosituksen uudistamiseen työn eri vaiheissa.

Sosiaali- ja terveysministeriö

Suomen Kuntaliitto

Peruspalveluministeri
Susanna Huovinen

Varatoimitusjohtaja
Tuula Haatainen

Ylijohtaja
Kirsi Varhila

Johtaja
Tarja Myllärinen

SISÄLLYS

Tiivistelmä	3
Esipuhe	5
Lukijalle	9
TAVOITTEENA IKÄYSTÄVÄLLINEN SUOMI.....	13
SUOSITUKSET	17
Osallisuus ja toimijuus.....	17
Asuminen ja elinympäristö.....	21
Mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaaminen.....	24
Oikea palvelu oikeaan aikaan	29
Palvelujen rakenne	36
Hoidon ja huolenpidon turvaajat.....	39
Johtaminen	51
IHMISIIN KOHDISTUVIEN VAIKUTUSTEN & KUSTANNUS- VAIKUTUSTEN ARVIOINTI.....	56
KESKEISET KÄSITTEET	60
LIITE 1. Palveluprofiilit 2000–2011 (75+, 80+, 85+).....	70
LIITE 2. Suositukseen liittyvä muu ohjaus ja toteutumisen seuranta.....	71

LUKIJALLE

Uudistuneen laatusuosituksen tarkoituksena on tukea ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista annetun lain (jäljempänä vanhuspalvelulaki) toimeenpanoa. Lisäksi laatusuositus ottaa huomioon ohjaus- ja toimintaympäristössä tapahtuvat muutokset. Meillä on oivat sosiaalihuollon lainsäädännön kokonaisuudistus sekä kuntarakenteen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen muutokset vaikuttavat merkittävästi myös iäkkäiden palvelujen järjestämiseen ja kehittämiseen. Omaishoitoon valmistellaan kansallista kehittämisohjelmaa, joka linjaa omaishoidon tavoitteet ja toimenpiteet tulevina vuosina. Lisäksi tekeillä on sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden itsemääräämisoikeutta koskeva laki.

Hallitus on evästännyt laatusuosituksen valmistelua edellyttämällä, että laatusuosituksessa on erityisesti kotihoidon laatuun liittyvää sisältöä ja että ympärivuorokautisen hoidon laadun varmistamiseksi henkilöstön määrää koskevien laatusuosituksen toteutumista (hoitajamitoituksen oltava vähintään 0,5 tasolla) on seurattava järjestelmällisesti. Sekä koti- että ympärivuorokautisen hoidon suositusten toteutumista on arvioitava vuoden 2014 loppuun mennessä. Vaade henkilöstömitoituksen vähimmäistason toteutumisesta ympärivuorokautisessa hoidossa sisältyy myös eduskunnan vastaukseen hallituksen esityksestä laiksi ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto antoivat ensimmäisen ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen keväällä 2001. Silloin laatusuositukset olivat informaatio-ohjauksen uusia välineitä. Toinen laatusuositus annettiin vuonna 2008. Laatusuosituksen ja muun informaatio-ohjauksen arvioinnit osoittivat, että kunnissa pidettiin nimenomaan suosituksia tarkoituksenmukaisina työvälineinä. Mitä enemmän konkreettisia tavoitteita laadun kehittämiseksi niissä esitettiin, sitä käyttökelpoisempina niitä pidettiin.

Erityistä huomiota on arviointien mukaan kiinnitettävä suositusten toimeenpanoon. Tämä on vaihe, joka on usein jäänyt valmisteluvaiheen varjoon. Toimeenpanoa onkin vahvistettava järjestelmällisesti: keskiöön on nostettava koulutus, suosituksen sisältöalueiden toimeenpanoa edistävien hankkeiden tukeminen ja järjestelmällinen seuranta- ja arviointitiedon tuottaminen suositeltujen asiakokonaisuuksien toteutumisesta.

Arviointitietoa hyödyntäen vuonna 2008 annetun laatusuosituksen tavoitteista tehtiin mahdollisimman konkreettisia ja seurannan tueksi otettiin käyttöön indikaattoreita. Laatusuosituksessa asetettiin määrällisiä tavoitteita mm. palvelurakenteelle, jonka seurannan tueksi ja vertailujen teon mah-

dollistamiseksi (kunta-maakunta-koko maa -tasot) otettiin käyttöön Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen seurantaindikaattorit. Toimeenpanon ja seurannan tukena on käytetty soveltuvien osin myös Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen RAI -tietokannan ja erilliskyselyiden sekä Valviran selvitysten tuottamia tietoja.

Laatusuosituksen kokonaistavoitteena on turvata mahdollisimman terve ja toimintakykyinen ikääntyminen koko ikääntyneelle väestölle sekä laadukkaat ja vaikuttavat palvelut niistä tarvitseville iäkkäille henkilöille. Näin ollen – vanhuspalvelulain tapaan – osa suosituksista kohdistuu nimenomaisesti väestö- ja osa yksilötasolle. Vanhuspalvelulaissa ja laatusuosituksessa tarkoitetaan *ikääntyneellä väestöllä* vanhuuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä olevaa väestönosaa (tällä hetkellä 63+). Vastaavasti *iäkkäällä henkilöllä* tarkoitetaan henkilöä, jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykkinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen vuoksi taikka korkeaan ikään liittyvän rappeutumisen johdosta.

Palvelujen laatu tarkoittaa palvelun kykyä vastata asiakkaiden selvitettyihin palvelutarpeisiin järjestelmällisesti, vaikuttavasti, säännösten mukaan ja kustannustehokkaasti. Laadukas palvelu ylläpitää tai parantaa asiakkaan toimintakykyä ja lisää terveyshyötyä, mutta turvaa myös hyvän palliatiivisen ja muun hoidon elämän loppuvaiheessa. Hyvälaatuinen palvelu on a) vaikuttavaa ja turvallista; b) asiakaslähtöistä ja asiakkaan tarpeisiin vastaavaa ja c) hyvin koordinoitua.

Uudistuneen laatusuosituksen tarkoituksena on tukea kuntia niiden kehittämistyössä:

- Parantaa palvelujen asiakaslähtöisyyttä ja laatua ja edistää laadun järjestelmällistä arviointia;
 - asettamalla perustellut laadulliset ja määrälliset, lyhyen ja pitkän aikavälin tavoitteet keskeisille laadun parantamista vaativille osa-alueille ja
 - osoittamalla tavoitteiden saavuttamisen todentamiseen indikaattorit.
- Edistää yhteistyötä eri toimijoiden kesken.
- Tukea vanhuspalvelulain ja Kaste -ohjelman *[Ikäihmisten palveluiden rakennetta ja sisältöä uudistetaan -osaohjelman](#)* toimeenpanoa.
- Tukea asennemuutosta, ikäystävällisten asenteiden vahvistumista ja toiminnan eettistä perustaa.
- Kannustaa iäkkäitä kuntalaisia osallistumaan ja vaikuttamaan sekä kehittämään palveluja.

Suositus on tarkoitettu ensisijaisesti iäkkäiden palvelujen kehittämisen ja arvioinnin tueksi kuntien ja yhteistoiminta-alueiden päättäjille ja johdolle. Kunnilla ja yhteistoiminta-alueilla on vastuu iäkkäiden henkilöiden palvelu-

jen järjestämisestä, ja ne vastaavat itse tuottamiensa ja muilta palveluntuottajilta hankkimiensa palvelujen laadusta. Laatusuosituksista voivat hyödyntää oman toimintansa suunnittelussa ja arvioinnissa monet muutkin tahot, kuten julkiset ja yksityiset sosiaali- ja terveystieteiden tuottajat, alan ammattilaiset ja kolmannen sektorin toimijat. Laajemmin käyttäjäjoukon tavoittamiseksi laatusuosituksen keskeisistä sisällöistä julkaistaan erillinen painos.

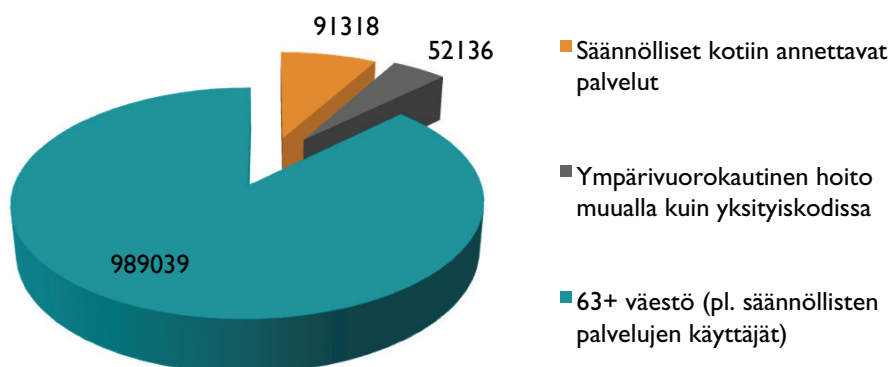
Suosituksen uudistamisen tavoitteena on tuottaa ohjausväline, joka on kiinteä osa vaikuttavan ja yhdenmukaisen ohjauksen kokonaisuutta. Hyvä suositus paikantaa oleelliset kehittämiskohteet, määrittää selkeät toimenpiteet ja houkuttelee sitoutumiseen. Parhaimmillaan se tiivistää olemassa olevan tutkimustiedon käsiteltävästä kokonaisuudesta perusteluineen yksiin kansiin, jolloin se on kätevästi kohderyhmien hyödynnettävissä.

Tämä laatusuositus pyrkii edellä kuvattuihin lähtökohtiin. Teksti rakentuu siten, että eri osa-alueiden suosituksia edeltää lyhyt johdanto. Kunkin suosituksen osalta esitetään myös siihen liittyvä muu ohjaus, olemassa olevat tukimateriaalit sekä indikaattoreita sen toteutumisen seurantaan (liite 2.).

TAVOITTEENA IKÄYSTÄVÄLLINEN SUOMI

Ikääntynyttä väestöä on tällä hetkellä reilu miljoona (63+ väestöä). Heistä suurin osa, lähes miljoona henkilöä, elää arkeaan itsenäisesti. Palveluja säännöllisesti käyttäviä on noin 140 000. Säännöllisiä kotiin annettavia palveluita saa noin 90 000 henkilöä (säännöllistä kotihoitoa tai omaishoidon tukea); muualla kuin yksityiskodissa hoitoa ja huolenpitoa ympärivuorokauden saa reilut 50 000 henkilöä (tehostetussa palveluasumisessa, vanhainkodeissa tai terveyskeskussairaaloiden pitkäaikaishoidossa). (Kuvio 1.)

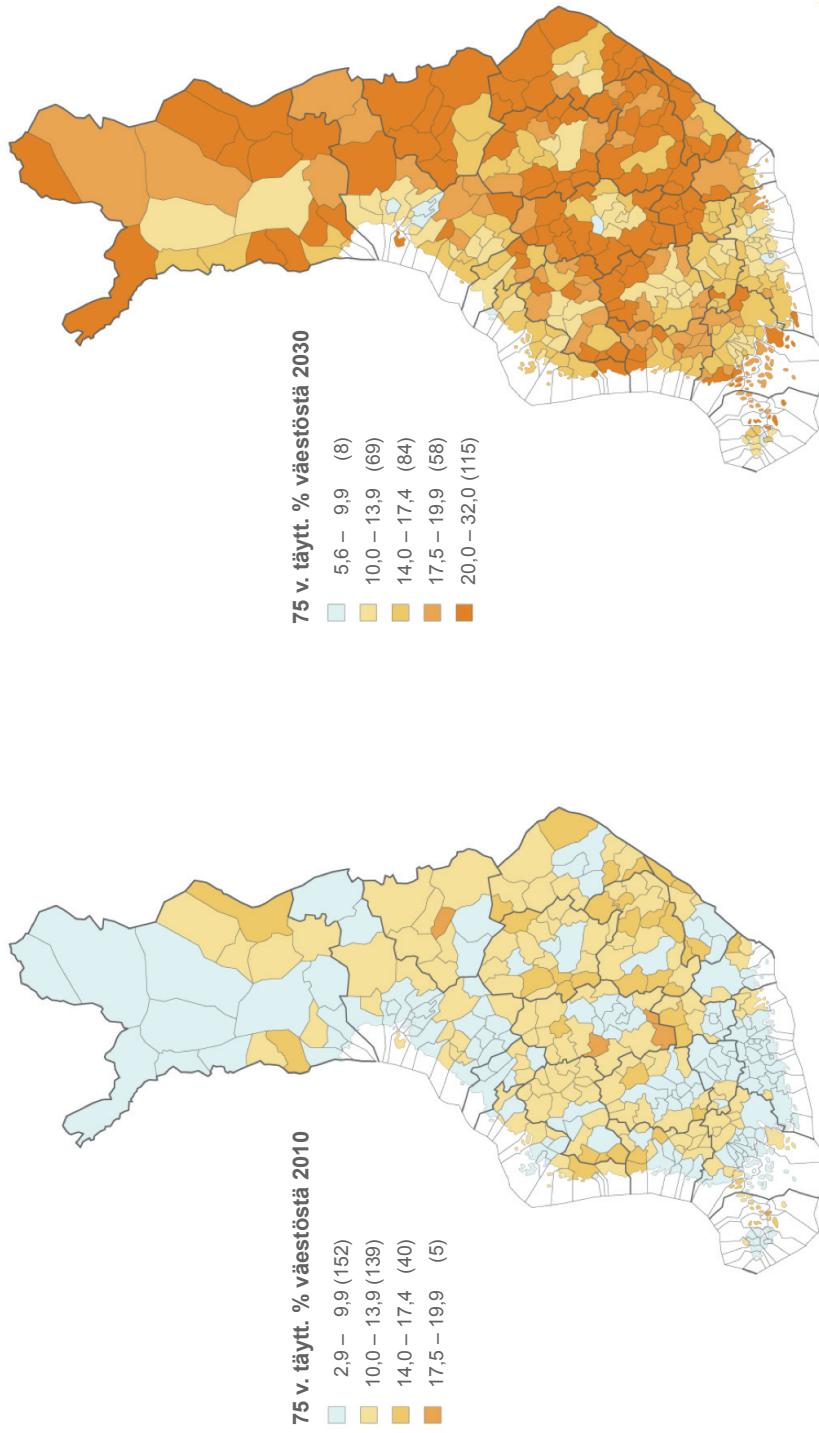
Kuvio 1. Säännöllisten palvelujen käyttäjät / 63 vuotta täyttänyt väestö.



Suomalaisen yhteiskunnan ikääntymisessä kyse ei ole vain iäkkäiden määrän kasvusta vaan koko väestörakenteen muutoksesta. Väestön ikääntymisen taustalla vaikuttavat suurten ikäluokkien eläköityminen sekä syntyvyyden ja kuolevuuden aleneminen. Ennusteiden mukaan iäkkäiden määrä erityisesti vanhimmissa ikäluokissa kasvaa voimakkaimmin, samalla vähennee lasten ja työikäisen väestön määrä.

Väestönkehitys on maan eri osissa erilaista (kuvio 2.). Tämä tarkoittaa sitä, että kunnilla on erilaiset lähtökohdat ja tarpeet suunnitella iäkkäiden kuntalaistensa asumiseen, osallisuuteen, terveyden ja toimintakyvyn edistämiseen ja palveluihin liittyviä ratkaisuja.

Kuvio 2. 75 vuotta täyttäneet, % väestöstä kunnittain 2010 ja ennuste vuoteen 2030.



Väestön ikärakenteen muutoksesta seuraa, että yhteiskunnan on mukautettava laajasti entistä iäkkäämmän väestön tarpeisiin. On edistettävä mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaavia toimia, kuten esteettömiä asuin- ja elinympäristöjä ja näiden kehittymistä tukevaa yhdyskuntasuunnittelua. Tarvitaan mm. toimivia liikenne ratkaisuja tukemaan mahdollisuuksia asiointiin, mielekkääseen tekemiseen, kuten elinikäiseen oppimiseen ja sosiaalisten suhteiden ylläpitoon. Tarvitaan monialaiseen tuen ja palvelujen tarpeen arviointiin perustuvia, yksilöllisesti räätälöityjä palveluita, jotka mahdollistavat ja tukevat iäkkään henkilön omaa toimijuutta. Palvelujen pitää olla oikea-aikaisia ja lähellä asiakkaita, ellei keskittäminen ole perusteltua palvelujen laadun ja turvallisuuden vuoksi. Tarvitaan siis aitoa yhdessä tekemistä niin, että kaikessa kehittämisessä ja päätöksenteossa kuuluu iäkkäiden ääni.

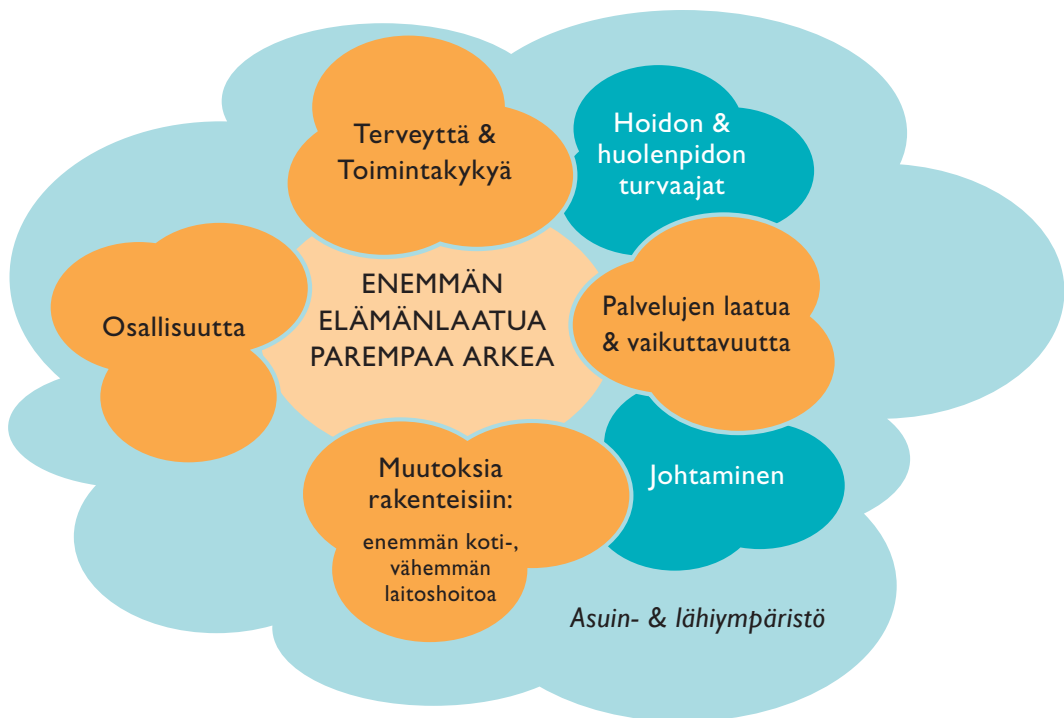
Erityinen haaste liittyy asennemuutokseen. Yhteiskunnassa on tunnistettava ja otettava huomioon kaikessa toiminnassa, että iäkkäät ihmiset eivät ole yhtenäinen ryhmä. Niin kuin ei mikään muukaan ikäryhmä. Joukossa on hyvin eri-ikäisiä (tällä hetkellä 63–109 -vuotiaita) ja erilaisia miehiä ja naisia, joista suuri osa on varsin terveitä ja hyväkuntoisia. Vain joka neljäs 75 vuotta jo täyttäneistä käyttää säännöllisiä palveluja. On aktiivisia ”harmaita panttereita” ja niitä iäkkäitä ihmisiä, jotka eivät toimintakykynsä rajoitteiden vuoksi pysty osallistumaan yhteisönsä ja yhteiskunnan toimintoihin ilman tukea. On hyväosaisia ja syrjäytyneitä. On myös erilaisiin vähemmistöihin, kuten seksuaalivähemmistöihin kuuluvia. On etniseltä taustaltaan erilaisia iäkkäitä. Ikäystävällinen yhteiskunta ottaa huomioon moninaisuuden kirjon toiminnassaan. Se tarkoittaa yhteiskuntaa, joka pystyy tarjoamaan iäkkäille mahdollisuuksia terveeseen ja toimintakykyiseen ikääntymiseen sekä antamaan elämän loppuvaiheessa tarvittavan turvan ja huolenpidon.

Iäkkäillä ihmisillä pitää iästä ja toimintakyvystä riippumatta olla mahdollisuus elää omanlaistaan hyvää elämää omissa yhteisöissään. Hyvä elämänlaatu ei ole pelkästään hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä tahi eriasteista hoidon ja huolenpidon tarpeen arviointia ja siihen vastaamista – vaikka tämä laatusuositus onkin valmisteltu pitkälti näitä asiakokonaisuuksia huomioon ottavaksi. Kyse on laajasti hyvän elämän edistämisestä eli hyvän elämänlaadun ja toimivan arjen turvaamisesta. Siihen tuovat parannuksia hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja palvelujen laadun parantaminen. Näkökulma ei koskaan saa kapeutua siihen, että iäkkäät ihmiset nähtäisiin vain palveluiden tarvitsijoina ja käyttäjinä. Vastuukysymyksiäkin tulisi pohtia nykyistä monipuolisemmin: ihmisten oma vastuu ja yhteiskunnan vastuu eivät ole toinen toisensa poissulkevia. Iäkäs ihminen on aina, omien voimavarojensa mukaisesti, osallistuja ja toimija. Hän asettaa itse omat tavoitteensa, valikoi kiinnostuksen kohteensa ja toimintatapansa sekä arvioi omaa toimintaansa.

Ikäystävällisen Suomen rakentamiseksi suositus nostaa esille seitsemän teema-aluetta:

- 1. osallisuus ja toimijuus*
 - 2. asuminen ja elinympäristö*
 - 3. mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaaminen*
 - 4. oikea palvelu oikeaan aikaan*
 - 5. palvelujen rakenne*
 - 6. hoidon ja huolenpidon turvaajat sekä*
 - 7. johtaminen.*
- (kuvio 3.)*

Kuvio 3. Laatusuosituksen sisällön kokonaisuus.



SUOSITUKSET

OSALLISUUS JA TOIMIJUUS

Suosituksen läpileikkaavana periaatteena on iäkkäiden osallisuuden monimuotoinen turvaaminen niin, että iäkkäiden ihmisten ääni kuuluu kaikessa sellaisessa päätöksenteossa, joka heitä koskee.

Osallisuus on monitasoista. *Ikääntyneen väestön osallisuudella* tarkoitetaan mahdollisuutta olla vaikuttamassa yhteisön jäsenenä ja kansalaisena yhteisön toimintaan ja palvelujen kehittämiseen. *Iäkkään henkilön* näkökulmasta osallisuus merkitsee osallistumista omien palvelujensa suunnitteluun, oman asiansa käsittelyyn asiakkaana sekä palvelujen laadun arviointiin myös silloin, kun toimintakyky on heikentynyt.

Osallisuus on kokemuksellista, kuten tunne yhteenkuulumisesta, ja konkreettista, kuten mahdollisuus osallistua, toimia ja vaikuttaa yhteisössä. Iäkkäiden motivaatio ja voimavarat osallistua ovat erilaiset. Aktiivisimmat toimivat useilla yhteiskunnan foorumeilla. Heistä osa jatkaa työelämässä vielä eläkeiän saavuttamisen jälkeenkin ja osa toimii aktiivisesti erityyppisessä vapaaehtoistoiminnassa. He vaikuttavat äänestäjinä, isovanhempina, kuluttajina, liikunnan harrastajina sekä kulttuurin tekijöinä ja harrastajina. Lisäksi ikäihmiset ovat vahvasti mukana järjestöjen toiminnassa. Myös omaishoitajista suuri joukko on eläkeiän saavuttaneita.

Osallisuus on vastakohta osattomuudelle. *Osattomuudella* tarkoitetaan yksinäisyyden ja turvattomuuden tunnetta tai pahimmillaan yhteisöstä syrjäytymistä ja osallistumismahdollisuuksien puuttumista. Osattomuuden riskissä olevat iäkkäät ihmiset on tunnistettava, heidän tilannettaan on selvitettävä ja etsittävä yhdessä tarkoituksenmukaista tukea. Tässä järjestöillä on keskeinen rooli kuntien yhteistyökumppaneina. Järjestöt tarjoavat osalle ihmisistä mahdollisuuden kuulua yhteisöön ja tilaisuuden mielekkääseen tekemiseen. Järjestötoiminnassa ikäihmiset voivat osallistua esimerkiksi vapaaehtoistoimintaan tai antaa vertaistukea ikätovereilleen. Vapaaehtoistoiminnassa on mukana 280 000 ja vertaistuessa 320 000 suomalaista.

Hyviä käytäntöjä osallisuuden turvaamiseksi ja osattomuuden välttämiseksi on olemassa ja niitä on tärkeää saada käyttöön. Aidon osallisuuden turvaaminen merkitsee yhteistä tekemistä kunnan sisällä – kulttuuri-, liikunta-, opetus- ja teknisen toimen kesken – sekä yhdessä järjestöjen, yritysten ja seurakuntien kanssa. On jatkuvasti kehitettävä areenoita, joissa eri toimijat ja eri ikäpolvet kohtaavat toisensa ja oppivat toinen toisiltaan. Yhteisen tekemisen kautta voidaan löytää jo olemassa olevat mahdollisuudet ja kehittää uusia.

Vanhusneuvostot osallisuuden vahvistajina

Ikääntyneen väestön mahdollisuus vaikuttaa ja osallistua kunnalliseen ja valtakunnalliseen päätöksentekoon on keskeinen laadun osatekijä. Koko ikääntyneen väestön tasolla osallisuutta voidaan turvata vanhusneuvostojen kautta – tämän vuoksi niille pitää varata riittävät toimintaedellytykset (Vanhuspalvelulaki, 11 §). Neuvoston jäsenet tuntevat iäkkäiden ihmisten tarpeet. Vanhusneuvostojen keskeisin tehtävä on yhtäältä tuoda ikääntyneen väestön ääni (tarpeet, odotukset, kokemukset) suunnitteluun, päätöksentekoon ja arviointiin ja toisaalta tiedottaa ikääntyneelle väestölle vireillä olevista asioista. Vanhusneuvostojen on oltava mukana laatimassa, seuraamassa ja arvioimassa kunnan/alueen suunnitelmaa ikääntyneen väestön tukemiseksi (Vanhuspalvelulaki, 5 §) ja osallistuttava palvelujen riittävyyden ja laadun arviointiin (Vanhuspalvelulaki, 6 §).

Valtakunnalliseen ja kunnalliseen päätöksentekoon vanhusneuvosto voi vaikuttaa tekemällä esityksiä, aloitteita ja lausuntoja ikääntyneen väestön näkökulmasta. Tärkeä rooli vanhusneuvostolla on yhteistyön tekeminen erilaisten toimijoiden, kuten järjestöjen ja muiden kolmannen sektorin toimijoiden, poliittisten päättäjien ja virkamiesten kanssa. Vanhusneuvosto voi myös aktivoida iäkkäitä käyttämään omia voimavarojaan itsensä ja yhteisön hyväksi.

Vanhusneuvosto on perustettu suurimpaan osaan Suomen kunnista, mutta vanhuspalvelulain edellyttämät lakisääteiset tehtävät ovat niille uusia. Osa vanhusneuvostoista vasta aloittelee toimintaansa. Vanhusneuvostoja perustettaessa on varmistettava, että jäsenet edustavat monipuolisesti ikääntynyttä väestöä.

Kansalaisraati iäkkäiden ihmisten osallisuuden mahdollistajana

Iäkkäiden kuntalaisten kuulemisen keinoina on usein käytetty mielipide- ja palautekyselyjä sekä erilaisia kuulemistilaisuuksia. Nämä perinteiset keinot eivät yksin riitä. Tarvitaan muita menetelmiä, esimerkiksi keskustelevan demokratian mukaisia osallistumisen ja vaikuttamisen malleja, kuten kansalaisraateja. Kansalaisraadilla tarkoitetaan pohdiskelevaa, keskustelevaa ja harkitsevaa työskentelyä ryhmässä. Raatien avulla on mahdollista tuottaa punnittua ja syvällistä tietoa käsiteltävästä asiasta. Raatiin osallistuville henkilöille annetaan mahdollisuudet pohtia omia mielipiteitään raadissa käytäviin keskusteluihin ja saatuun asiantuntijatietoon perustuen. Raadin näkemys kirjataan, jolloin sitä voidaan monipuolisesti hyödyntää.

lökkään henkilön mahdollisuus osallistua

Iökkään henkilön osallisuuden varmistamiseksi ovat palvelujen esteetön saatavuus ja saavutettavuus hyvin merkittäviä. Esteettömyys ja saavutettavuus tarkoittavat, että ihmiset pystyvät käyttämään tuotetta, tilaa tai palvelua iästä, sairaudesta, vammasta tai toiminnanrajoitteesta huolimatta. Tutkimusten mukaan ikäihmisten hyvää arkea vaikeuttavat osallistavan ja mielekkään tekemisen puute, liikkumisen hankaluus, yhteiskunnan kielteiset asenteet, yksinäisyys, turvattomuus, koetun elämänlaadun heikentyminen sekä palvelujen ja ennalta ehkäisevän toiminnan riittämättömyys. Aistivammaisten osalta tutkimukset nostavat esiin ryhmätoimintoihin osallistumisen vaikeutta. Myös kielelliset esteet voivat vaikeuttaa osallistumista sekä neuvonnan ja ohjauksen ymmärrettävyyttä. Kun asiointipalveluja siirretään viestintäverkkoihin, on kiinnitettävä erityistä huomiota iäkkäiden asiakkaiden opastukseen.

Fyysinen esteettömyys on usein konkreettinen edellytys osallistumiselle, kuten kulttuuri-, sivistys- tai sosiaali- ja terveyspalvelujen saavutettavuudelle. Fyysistä esteettömyyttä lisäävät henkilökohtaiset apuvälineet, kuten liikkumisen apuvälineet, kuulolaitteet tai opaskoirat sekä toisen henkilön apu, kuten omaishoitaja tai henkilökohtainen avustaja. Fyysiset järjestelyt, kuten hissit, rampit ja valaistus sekä kuljetuspalvelut tukevat osallistumisen mahdollisuuksia. Sosiaalista esteettömyyttä tukee ilmapiiri ja toimintaympäristö, jossa jokainen voi turvallisesti olla oma itsensä, ilman pelkoa syrjinnästä. Sosiaalisen esteettömyyden toteutumisen vastuu on meillä kaikilla, sillä asenteemme vaikuttavat siihen, miten sosiaalinen esteettömyys arjessa toteutuu.

SUOSITUKSET

Vanhusneuvoston roolia ja toimintaedellytyksiä on vahvistettava ikääntyneen väestön osallisuuden monipuolisesti mahdollistavana keinona:

- vanhusneuvoston on oltava mukana osallistujana ja vaikuttajana alueen palvelujen ja toiminnan kehittämisessä ja arvioinnissa,
- vanhusneuvosto on otettava mukaan ikääntyneen väestön edustajaksi kunnan eri toimialojen suunnittelutyöhön,
- vanhusneuvostojen toimintaedellytykset on turvattava (esim. tilat, viranhaltijoiden tuki työhön, tiedonkulku),
- vanhusneuvoston on oltava aktiivinen toimija iäkkäitä ihmisiä osallistavien menetelmien hyödyntämisessä (esimerkiksi kansalais- ja asiakasraadit, kehittäjäasiakkaat sekä ideapajat),
- vanhusneuvostojen jäseniksi on nimettävä tarkoituksenmukainen joukko eri sidosryhmiä, kuten eläkeläisjärjestöjen ja muiden kunnassa toimivien vanhusjärjestöjen edustajia.

Iäkkäällä henkilöllä on oltava mahdollisuus osallistua yhteisönsä toimintaan myös silloin, kun hänen toimintakykynsä on heikentynyt. Tämä edellyttää, että

- iäkäs henkilö saa osallistumiseensa tarvittavaa tukea, kuten apuvälineitä näkemisen, kuulemisen, lukemisen, kommunikoinnin, yhteydenpidon, muistamisen ja liikkumisen tueksi,
- kaikessa kunnan toimintojen suunnittelussa, kuten kulttuuri-, liikenne- ja sivistyspalveluissa turvataan iäkkään henkilön osallistumisen mahdollisuuksia ja poistetaan osallistumisen esteitä (esimerkiksi saavutettavuus ja kohtuulliset maksut),
- turvataan iäkkään henkilön läheisten ja omaisten osallisuus hänen elämänsä silloin, kun hän itse sitä haluaa.

Iäkkäällä henkilöllä on oltava mahdollisuus vaikuttaa omien palvelujensa suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin:

- iäkkään henkilön on saatava osallistua omien palvelujensa suunnitteluun ja niiden toteutusta koskevien valintojen tekoon; hänen mielipiteensä on kuultava ja mielipide kirjattava palvelusuunnitelmaan,
- iäkkäällä henkilöllä on oltava mahdollisuus arvioida palvelujen toimivuutta ja laatua,
- iäkkään henkilön osallisuutta on tuettava erityisesti silloin, kun hänen toimintakykynsä on heikentynyt.

ASUMINEN JA ELINYMPÄRISTÖ

Hyvinvointia tukeva elinympäristö muodostuu ikääntyneen väestön näkökulmasta monenlaisista asioista. Niitä ovat kuntien erilaiset asumisen vaihtoehdot, palvelurakenteet sekä fyysisen, sosiaalisen ja kulttuurisen ympäristön tekijät. Ikääntyneen väestön elämänlaadun kannalta keskeisin asumisen paikka on oma koti, joka tukee itsemääräämisoikeutta, osallisuutta ja mielekästä tekemistä.

Tällä hetkellä ei ole saatavissa kattavasti tietoa siitä, miten kunnissa on varauduttu kuntalaisten vanhenemisen mukanaan tuomiin asumisen muutostarpeisiin asuntokannan muutostöissä ja uudisrakentamisessa sekä muissa elinympäristöön vaikuttavissa asioissa. Vanhuspalvelulaki (5 §) edellyttää kunta laatimaan suunnitelman ikääntyneen väestön tukemiseksi. Asumisen ja elinympäristön kannalta erityisen tärkeää on sovittaa suunnitelma yhteen kunnan yhdyskuntasuunnittelun kanssa. Ikääntyneen väestön hyvinvoinnin kannalta tärkeitä asioita ovat esimerkiksi asuinalueiden sijainti ja joukkoliikennetkaisu. [*Valtioneuvoston periaatepäätöksessä*](#) ikääntyneiden asumisen kehittämisohjelmasta korostetaan kunnan järjestelmällistä ja pitkäjänteistä suunnittelua asumisen kehittämiseksi. Samoin korostetaan ihmisten omaa ennakkointia ja varautumista ikääntymiseen huomioiden asunnon ja lähiympäristön mahdollisuudet tilanteessa, jossa toimintakyky iän myötä muuttuu.

Asumisratkaisut ja asuinympäristöt

Suurin osa iäkkäistä asuu – ja haluaa asua – omassa kodissaan, jonka he ovat valinneet vanhuutensa ajan asunnoksi. Vuonna 2011 lähes 90 prosenttia yli 75-vuotiaista asui kotona. Heistä suurin osa, lähes 80 prosenttia, asui omistusasunnossa, pientaloissa (omakotitalot ja paritalot) hieman alle 40 prosenttia ja noin 40 prosenttia kerrostaloissa.

Asuinrakennusten esteettömyydellä on suuri merkitys iäkkäiden kotona asumisen mahdollistajana. Esteelliset rakennukset ja lähiympäristöt heikentävät iäkkäiden arjessa selviytymistä ja lisäävät tapaturmia. Joka toinen yli 85-vuotias kaatuu ainakin kerran vuodessa, jopa puolet toistuvasti. Joka kymmenes kaatumisista johtaa terveyspalvelujen käyttöön, 2–4 prosenttia kaatuvista saa murtuman. Erityisesti porrastapaturmat voivat olla iäkkäille kohtalokkaita.

Vanhojen kerrostalojen suurimmat haasteet esteettömyyden kannalta liittyvät hissien puutteeseen tai olemassa olevien hissien pieneen kokoon. Vuonna 2011 kolmikerroksisia ja korkeampia hissittömiä kerrostaloja oli yli 18 000 ja niissä hissittömiä porrashuoneita yhteensä noin 42 000. Näis-

sä hissittömissä taloissa (46,4 % kaikista) oli noin 402 000 asuntoa, joissa asui noin 99 000 yli 65-vuotiasta. Hissin rakentaminen mahdollistaa monen ikääntyneen ihmisen asumisen kotonaan pitempään.

Pientaloissa on ongelmia esteettömyyden ja turvallisuuden kannalta. Lisäksi vaikeuksia ilmenee kiinteistönhuoltoon liittyvissä tehtävissä, kuten lumenluonnissa ja lämmitysjärjestelmän ylläpidossa.

Myös asuinympäristöjen kehittäminen kaipaa huomiota. Liikkumisesteiden poistaminen, jalankulun mahdollistavien reittien ja levähdys- ja kohtaamispaikkojen lisääminen edistävät liikkumista ja parantavat sosiaalista turvallisuutta. Kunnissa on otettava iäkkäiden ihmisten tarpeet huomioon laajasti asuinympäristöjen suunnittelussa ja ylläpidossa.

Palvelurakenteen muutos ja asumisen ratkaisut

Vaikka kunnat ovat vähitellen muuttaneet palvelurakenteitaan vähentämällä laitoshoidtoa, muutos on ollut varsin maltillista. Suomessa palvelurakenne on paikoin edelleen kovin laitosvaltainen verrattuna muihin Euroopan maihin. Ympäri vuorokautiseen hoitoon palvelutaloihin tai vanhainkoteihin ohjautuu iäkkäitä edelleen myös asumisen ongelmien vuoksi. Tutkimusten mukaan osa nykyisistä tiloista niin laitoksissa kuin palvelutaloissakin on ahtaita, eivätkä ne tue iäkkäiden omatoimisuutta ja toimintakykyä parhaalla mahdollisella tavalla. Yhden hengen huoneiden osuutta on edelleen lisättävä. Tarvitaan uusia joustavia ja muunneltavia, iäkkäiden moninaisuuden huomioivia, asumisen ja palvelut yhdistäviä kokonaisuuksia.

Palvelurakenteen muuttaminen kotona asumista tukeväksi edellyttää samanaikaisia toimia asumisen ja asuinympäristöjen sekä palvelujen uudistamiseksi tavoitteena ikäystävällisyys.

Ikäystävällisessä kunnassa on ikääntyneelle väestölle erilaisia asumisen vaihtoehtoja, toimivia asumisen ja palvelujen kokonaisuuksia sekä esteettömiä ja turvallisia asuinympäristöjä. Lisäksi siellä on riittävät ja kohtuuhintaiset liikenne- ja kuljetuspalvelut, jotka mahdollistavat asiointin, palveluihin pääsyn ja osallistumisen erilaisiin yhteisön tapahtumiin. Tarjolla on myös tukea oman asumisen ennakoinnin tueksi.

SUOSITUKSET

Kunnat sisällyttävät ikääntyneen väestön asumisen, elinympäristön ja palvelujen toimivan kokonaisuuden kehittämisen osaksi vanhuspalvelulain (5 §) edellyttämää kuntien suunnitelmaa. Palvelujen toimivaan kokonaisuuteen kuuluu, että ikääntyneelle väestölle turvataan mahdollisuus asioida omalla äidinkielellään palveluja käyttäessään.

Suunnitelmassa otetaan huomioon Valtioneuvoston periaatepäättös ikääntyneiden asumisen kehittämisohjelmasta. Suunnitelma sisältää:

- asumisen yksilöllisen ennakoinnin tukemisen, kuten tuen iäkkäiden asumistarpeiden ennakointiin sekä asunnon muutostöitä koskevat tavoitteet ja toimenpiteet,
- poikkihallinnollisen työn vahvistamisen, kuten kunnan asunto-, sosiaali- ja terveys-, teknisen ja pelastustoimen yhteistyön vahvistumista koskevat tavoitteet ja toimenpiteet (sisältäen hissien rakentamisen tarvekartoituksen),
- tavoitteet ja toimenpiteet ikääntyneen väestön toimintakykyä ylläpitävien asuinympäristöjen kehittämiseksi sekä asumisen ja palvelujen toimivaksi yhteensovittamiseksi (palvelualueet¹).

Kotona asumisen edistämiseksi ja tulevaisuuden tilatarpeisiin varautumiseksi kunnat:

- arvioivat hyvinvointia tukevien kotikäyntien yhteydessä sekä kotihoidon ja omaishoidon tuen asiakkaiden asuntojen muutos- ja peruskorjaustarpeita ottaen huomioon esteettömyys- ja turvallisuuskysymykset,
- arvioivat iäkkäille tarkoitettujen palveluasuntojen ja laitosten tilojen laatua, esteettömyyttä ja turvallisuutta,
- asettavat arviointitiedon pohjalta palveluasuntojen ja laitosten korjaus- ja uudisrakennustarpeet tärkeysjärjestykseen ja määrittävät näiden toteutusta koskevat tavoitteet osana vanhuspalvelulain edellyttämää suunnitelmaa (5 §).

¹ Palvelualueilla tarkoitetaan asuinalueita, joilla on tavallisia asuntoja, senioritaloja, asumisyhteisöjä ja palveluasumista sekä asumiseen ja hoivaan liittyviä palveluja sekä muita hyvinvointia ja terveyttä edistäviä palveluja. Maaseutumaisiin, taajaan asuttuihin ja kaupunkimaisiin kuntiin tarvitaan niihin sopivia palvelualue ratkaisuja.

Ympäri vuorokautisen hoidon toimintayksiköissä:

- asukashuoneiden, käytävien, yhteistilojen sekä piha-alueiden on oltava esteettömiä ja turvallisia,
- uusia toimintayksiköitä rakennettaessa tai vanhoja peruskorjattaessa jokaisella asukkaalla on oltava oma huone ja kylpyhuone, ellei asukas nimenomaan halua asua toisen asukkaan kanssa,
- pariskunnille on järjestettävä mahdollisuus asua yhdessä, ja heille soveltuvia pariskunta-asumisen vaihtoehtoja on kehitettävä iäkkäiden pariskuntien määrän kasvuun varautuen,
- tilojen mitoituksen on oltava riittävä asumisen laadun, tilojen joustavan ja muunneltavissa olevan käytön ja hoitohenkilökunnan työskentelyn kannalta,
- asukkaiden ulkoilumahdollisuuksia on lisättävä.

MAHDOLLISIMMAN TERVEEN JA TOIMINTAKYKYISEN IKÄÄNTYMISEN TURVAAMINEN

Suurin osa iäkkäistä ihmisistä ei tarvitse säännöllisiä palveluita. Monet sairaudet ja toimintakyvyn rajoitteet kuitenkin lisääntyvät iän myötä. Kaikkein vanhimpiin ikäluokkiin kuuluvien määrän kasvu lisää siten väistämättä palvelujen tarvetta. Palvelujen tarpeen kasvua voidaan kuitenkin hillitä määrätietoisilla varautumistoimilla.

Terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaaminen on tärkeimpiä varautumistoimia nopeasti ikääntyvässä Suomessa. Terve ikääntyminen tukee työurien pidentämistä, mahdollistaa iäkkäiden täysivaltaisen osallisuuden yhteiskunnassa, parantaa heidän elämänlaatuaan ja vähentää sosiaali- ja terveyspalvelujen tarvetta. Tätä kautta se myös vaikuttaa julkisen talouden kestävyYTEEN.

Tärkeää on kunnan järjestelmällinen, edellytyksiä luova toiminta mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaamiseksi kuntalaisille. Lisäksi merkittävä ikärakenteen muutokseen varautumistoimi on asumisen vaihtoehtojen kehittäminen. Myös eri toimijoiden vahvemmalla yhteistyöllä voidaan parantaa hyvinvointia.

Hyvinvointia ja terveyttä edistävillä palveluilla (vanhuspalvelulaki, 12 §) voidaan lisätä toimintakykyisiä elinvuosia ja siirtää muiden palvelujen tarvetta elinkaarella myöhempään vaiheeseen. Sillä tavoin voidaan parantaa iäkkään ihmisen elämänlaatua ja samalla hillitä sosiaali- ja terveyspalvelujen menojen kasvua.

Oikea-aikaiset ja vaikuttavat sosiaali- ja terveyspalvelut ovat merkittävä itsenäisen suoriutumisen tuki. Erityishuomio on kiinnitettävä kuntoutuspalvelujen kokonaisuuteen, sillä mahdollisuus asua iäkkäänä kotona edellyttää kuntoutuspalvelujen huomattavaa lisäämistä ja monipuolisuutta.

On olemassa tutkimusnäyttöä riskien hallinnan (esimerkiksi kaatumisten ja tapaturmien ehkäisy), ravitsemusneuvonnan ja erityisesti liikunnan lisäämisen vaikuttavuudesta sekä siitä, että varhainen puuttuminen ikääntyneiden toimintakyvyn heikkenemiseen kannattaa.

Ikääntynyt väestö hyötyy erityisesti ohjauksesta omaehtoiseen hyvinvoinnin ja terveyden lisäämiseen. Säännöllinen liikunta, ulkoilu ja terveellinen ruoka ovat tällöin ohjauksen keskiössä. Sosiaalisella aktiivisuudella on niin ikään merkityksensä. Myös ennakoiava toiminta, kuten tuki tulevan asuminen suunnitteluun on tärkeää hyvinvoinnin kannalta.

Huomio riskiryhmiin

Toiminnanrajoitteita ja avun tarvetta on eniten kaikkein vanhimpiin ikäluokkiin kuuluvilla ihmisillä. Alle 80-vuotiaiden toimintakyky on kohentunut ja koettu terveys parempi verrattuna vanhempien ikäluokkien toimintakyvyn ja terveyden kehitykseen. Suurimmalla osalla 90-vuotiaista ja sitä vanhemmista on toimintakyvyn rajoitteita.

Toiminnanrajoitteet eivät jakaudu väestössä tasaisesti: sosioekonomiset erot vaikuttavat toimintakykyyn myös iäkkäillä. Vähän kouluja käyneillä, ruumiillista työtä tehneillä ja pienituloisilla henkilöillä on eniten toimintakyvyn ongelmia.

Kohdennettaessa toimia ja palveluja mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaamiseksi, on erityishuomio kiinnitettävä juuri näihin ryhmiin, joilla on eniten toimintakyvyn heikkenemistä ennakoivia riskejä.

Riskiryhmien tunnistaminen on merkittävä varautumistoimi, sillä riskiin vaikuttamalla voidaan estää tai vähentää palvelujen tarvetta. Riskitekijöitä, jotka ennakoivat toimintakyvyn heikkenemistä ovat:

- aistitoimintojen heikkeneminen,
- alttius kaatumisille ym. tapaturmille ja luunmurtumat,
- ulkona liikkumisen väheneminen ja liikkumisen ongelmat, tasapainongelmat ja lihasvoimien väheneminen,
- ravitsemustilan poikkeamat, laihtuminen,
- hauraus-raihnaus -oireyhtymään viittaavat merkit (HRO), kuten lihas-kato, laihuus ja hidas liikkuminen,
- muistin heikkeneminen, muistihäiriöt,
- mielialan lasku, mielenterveyshäiriöt kuten masennus,

- runsas päihteiden käyttö,
- koettu yksinäisyys,
- runsas sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö ja erilaiset siirtymät, esimerkiksi sairaalasta kotitutumistilanteet,
- pienituloisuus,
- puolison/elämäntoverin menettäminen, leskeytyminen,
- kaltoin kohtelu, perhe- tai läheisväkivalta tai sen uhka.

Myös suuret elämänmuutokset, kuten asuin- ja lähiympäristön muuttuminen tai ympäristön liikuntaesteet ja turvattomuus lisäävät osaltaan toimintarajoitteiden riskiä. Terveystilan heikkeneminen, erilaiset pitkäaikaissairaudet ja niihin liittyvä monilääkitys ovat tutkimusten mukaan erityisesti itsenäistä selviytymistä uhkaavia tekijöitä. Myös omaishoitajuus ja pitkään jatkuneen omaishoitosuhteen päättymisen voivat olla riski.

Riskiryhmien tunnistaminen sekä niille kohdennettu ohjaus ja muut varhaiset tukitoimet ovat tärkeitä terveyserojen kaventamisessa. Palveluneuvonnan ja ohjauksen sekä varhaisen tuen avulla autetaan iäkästä käyttämään voimavarojaan oman elämänlaatunsa parantamiseen.

SUOSITUKSET

Kunnan järjestelmällinen toiminta ikääntyneen väestön hyvinvoinnin tukemiseksi

Kunnan on laadittava suunnitelma (Vanhuspalvelulaki, 5 §) toimenpiteistään ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi sekä iäkkäiden henkilöiden tarvitsemien palvelujen ja omaishoidon järjestämiseksi ja kehittämiseksi.

- Suunnitelman pitää perustua arvioon ikääntyneen väestön hyvinvoinnin tilasta ja sisältää konkreettisia toimenpiteitä hyvinvoinnin edistämiseksi. Suunnitelmassa on lisäksi kuvattava, miten kunnan eri toimialat, kuten kunnan asumis-, kulttuuri-, liikunta-, sivistys- ja tekninen toimi osaltaan tukevat ikääntyneen väestön hyvinvointia ja terveyttä.

Kunnan on tuettava ikääntyneen väestön toimintakykyä ja terveyttä toimenpiteillä, joilla vahvistetaan a) iäkkäiden ihmisten omaehtoista toimintaa, b) eri toimijoiden, kuten järjestöjen, seurakunnan ja yritysten, yhteistyötä sekä c) kunnan eri toimialojen yhteistyötä ikääntyneen väestön hyvinvoinnin edistämisessä. Kunnan on erityisesti:

- vahvistettava lähiliikuntapaikkojen saatavuutta ja saavutettavuutta osana *[Ikäihmisten liikunnan kansallisen toimenpideohjelman](#)* toimeenpanoa,
- vahvistettava terveyttä edistävää ryhmämuotoista liikuntaneuvontaa koordinoimalla ja lisäämällä alueen ryhmämuotoista toimintaa *[Voimaa Vanhuuteen - iäkkäiden terveystuellaohjelman](#)* mukaisesti.

Erityishuomio riskiryhmiin

Kunnan palveluvalikoimassa on oltava kohdennettuja toimenpiteitä riskiryhmille. Tavoitteena on riskien varhainen tunnistaminen ja tuki:

- Riskiryhmien tunnistamisen keinoja iäkkäiden matalan kynnyksen neuvontapalveluissa ja hyvinvointia tukevilla kotikäynneillä on vahvistettava ja otettava käyttöön.
- On varmistettava riskiryhmiin kuuluvien iäkkäiden henkilöiden ohjaus tarvittaessa monipuoliseen palvelutarpeen arviointiin ja edelleen tarvittaviin tukitoimiin (esimerkiksi tutkimukset, hoito, kuntoutus tai etuuksien hakeminen).

Neuvonnan ja ohjauksen sisältö

Neuvontaa ja ohjausta toteutettaessa on ammattilaisten kiinnitettävä erityishuomio yleisen terveystiedon lisäksi seuraaviin neuvonnan ja ohjauksen sisältöihin:

- *Aivoterveysten edistämiseen [Kansallisen muistiohjelman](#) mukaisesti*
- *Ravitsemustiedon lisäämiseen [ravitsemussuositusten](#) mukaisesti:*
 - ruokailun laatuun, säännöllisyyteen ja monipuolisuuteen, ml. riittävään proteiiniin, energian, nesteen ja kuidun saantiin,
 - ravitsemustilan seurantaan ja arviointiin, kuten painon muutoksiin,
 - D-vitamiininlisän käyttöön,
 - tukipalvelujen, kuten kauppa- ja ateriapalvelujen, tarpeeseen,
 - suun terveydentilaan.
- *Liikuntatiedon ja matalan kynnyksen liikuntaneuvonnan lisäämiseen, ml. liikkumiskyvyn arviointiin:*
 - liikkumiskyvyn arviointien lisäämiseen, ml. jalkojen terveydentilan arviointi, iäkkäiden neuvontatapahtumissa ja -palveluissa sekä toimintayksiköissä (kotihoito, asumispalvelut, laitokset),
 - arkiliikunnan, liikuntaharjoittelun sekä ohjatun ulkoilun lisäämiseen kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon toimintayksiköissä kuntouttavana ja osallisuutta lisäävänä toimintana.
- *Rokotuskattavuuden paranemiseen ja rokotusten saatavuuteen lisäämällä matalan kynnyksen rokotuspisteitä (esimerkiksi liikkuvat palvelut):*
 - tietoisuuden lisäämiseen yli 65-vuotiaiden influenssa- ja muiden rokotusten vaikutuksista,
 - rokotusohjelman rokotteiden tarjoamiseen aktiivisesti kaikilla terveydenhuollon asiakaskäynneillä.
- *Psyko-sosiaalisen hyvinvoinnin vahvistamiseen:*
 - tiedottamisen ja neuvonnan lisäämiseen alueella toimivista ryhmistä sekä ohjaamiseen niihin,
 - kannustamiseen osallistumaan erilaisten yhteisöjen toimintaan,
 - tietoyhteiskuntavalmiuksien vahvistamiseen, ml. sosiaalisen median käyttö.
- *Omaehtoisen ennakkoinnin mahdollisuuksiin:*
 - neuvonnan ja ohjauksen tarjoamiseen erilaisissa siirtymisvaiheissa, kuten
 - eläkkeelle siirtymistilanteessa,
 - asumisen ennakkointiin ja korjausneuvontaan liittyvissä kysymyksissä,

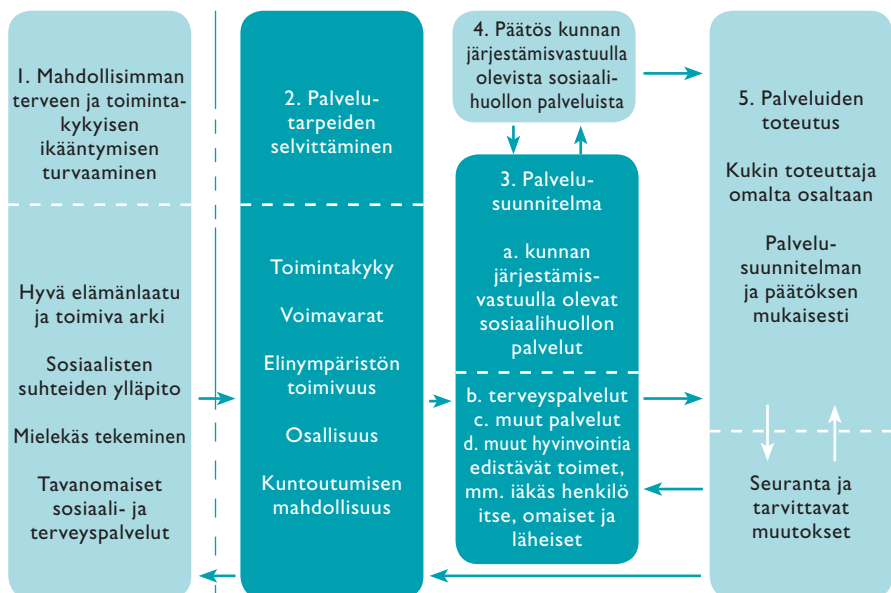
- tietoyhteiskuntavalmiuksien vahvistamisessa,
- oman terveydentilan seurannan ja omahoitoratkaisujen käyttämisessä.

OIKEA PALVELU OIKEAAN AIKAAN

Tieto kunnan ikääntyneen väestön toimintakyvystä, sairastavuudesta, kielellisestä jakautumisesta sekä väestörakenteen ja asuin- ja elinolojen kehityksestä auttaa kuntaa kehittämään iäkkäiden kuntalaisten tarpeita vastaavia palveluita. Palvelujen tarvetta lisäävät erityisesti etenevät muistisairaudet, heikko fyysinen toimintakyky, puutteelliset lähipalvelut, yksin asuminen, asuin- ja lähiympäristön esteellisyys ja sosiaalisten verkostojen puute.

Kun mahdollisia palvelutarpeita ilmenee, ne on selvitettävä kattavasti. Siitä alkaa iäkkään henkilön tarvitsemien palvelujen suunnittelu ja toteutus (kuvio 4.). Tarpeiden pohjalta on tehtävä palvelusuunnitelma yhdessä iäkkään henkilön ja tarvittaessa hänen omaisensa/läheisensä kanssa. Palvelujen tarpeita selvitettäessä ja suunnitelmaa tehtäessä on varmistettava kuntoutumisen mahdollisuudet, jotta kotona asuminen voisi useimpien kohdalla jatkua.

Kuvio 4. Palvelutarpeesta palvelun toteutukseen



Palvelusuunnitelma on päivittäiseen käyttöön tarkoitettu työväline, ja sitä toteuttavat iäkkään henkilön suostumuksella kaikki, jotka osallistuvat hänen hoitoonsa. Palvelusuunnitelma kattaa siis kaikki iäkkään henkilön hyvinvoinnin ja avuntarpeen kannalta tarpeelliset toimet ja niitä toteuttavat tahot. Suunnitelma sisältää terveydenhuollon palveluita, kunnan järjestämisvastuulla olevia sosiaalihuollon palveluita ja muita toimia, kuten iäkkään henkilön omaa toimintaa oman hyvinvointinsa edistämiseksi. Viranhaltijapäätös tehdään kunnan järjestämisvastuuseen kuuluvista sosiaalipalveluista, ja näin täsmennettyä suunnitelmaa toteuttavat yhdessä kaikki palvelusuunnitelmaan kirjatut toimijat. Toteutusta seurataan säännöllisesti, ja palvelusuunnitelma päivitetään tarvittaessa. Palvelutarpeiden selvittäminen voidaan myös käynnistää uudelleen.

Hyvää palvelua on, että suunniteltu palvelu toteutetaan ja että asiakas on myös tässä vaiheessa aidosti osallinen. Lisäksi on varmistettava ammattihenkilöstön riittävä osaaminen. Esimerkiksi kuntoutumismahdollisuuden selvittämiseen ja kuntoutumista tukevan palvelukokonaisuuden suunnitteluun ja toteuttamiseen tarvitaan gerontologisen hoito- ja sosiaalityön sekä geriatriksen osaamisen lisäksi monialaisen kuntoutuksen osaamista. Turvallisen lääkehoidon toteuttamiseen tarvitaan geriatria ja farmasian alan osaamista, ravitsemusongelmien selvittämisessä ja hyvän ravitsemuksen turvaamiseen ravitsemusalan ammattihenkilöiden osaamista. Suun terveyteen liittyvien ongelmien selvittämiseen ja hoitoon tarvitaan suun terveydenhuollon ammattihenkilöiden osaamista ja monimuotoisten sosiaalisten ongelmien selvittämiseen ja hoitamiseen puolestaan sosiaalityön osaamista. Muistisairauksien varhaiseen tunnistamiseen, hoitoon ja kuntoutukseen liittyvä osaaminen on tärkeää kaikissa iäkkäiden palveluissa. Laadun kannalta on tärkeää, että kunnan käytettävissä on asiantuntemusta kaikilta näiltä alueilta.

Erityisesti seuraavat laadun parantamisen kannalta tärkeät kokonaisuudet vaativat tutkimusten mukaan huomiota:

- toteutuva palvelu ei aina vastaa iäkkään henkilön odotuksia; erityisesti on kritisoitu iäkkäiden henkilöiden yksilöllisten tunnuspiirteiden hämärtymistä ("ryhmäkohtelua") ja vähäisiä mahdollisuuksia vaikuttaa omaan elämäänsä ja sitä koskeviin päätöksiin,
- palvelusuunnitelmat eivät kaikkien iäkkäiden henkilöiden osalta ole ajantasaisia,
- palveluiden päivittäinen toteutus ei aina vastaa palvelusuunnitelmaa eikä palvelujen myöntämisestä tehtyä päätöstä; lisäksi ongelmia on toteutuksen todentamisessa,
- eri palvelutuottajien ja/tai hoitoon ja huolenpitoon osallistuvien omaisten/läheisten keskinäistä vastuunjakoa ei ole selkeästi kirjattu palvelusuunnitelmaan,

- kuntoutumisen mahdollisuuksia jää tunnistamatta, koska kuntoutuksen asiantuntemusta ei käytetä tai sitä ole käytettävissä,
- lääkevirheitä on paljon, mikä on suuri ongelma asiakas-/potilasturvallisuuden kannalta; tutkimuksen mukaan kotona asuvista 65 vuotta täyttäneistä vajaalla 15 prosentilla on käytössä epäsopiva lääke. Kotihoidon asiakkailta vastaava osuus oli noin 19 ja laitoshoidossa olevilla 35 prosenttia,
- eri palvelutuottajien palvelujen koordinointi on vähäistä, erityisesti kun iäkäs henkilö tarvitsee monenlaisia palveluita ja/tai kärsii muistisairaudesta.
- elämän loppuvaiheen erityistarpeita ei ennakoida ja kohdata riittävän hyvin; palliatiivisen ja saattohoidon osaamisessa ja toteutuksessa on kehitettävää.

Vanhuspalvelulaki (13–18 §) ohjaa iäkkäiden henkilöiden palveluiden sovittamista heidän tarpeisiinsa. Seuraavat suositukset täsmentävät ja täydentävät lain vaatimuksia.

SUOSITUKSET

Palvelujen saannin perusteet

Kunnan on laadittava ja julkaistava ikääntyneen väestön saavutettavissa ja ymmärrettävissä olevalla tavalla perusteet siitä, millä edellytyksillä henkilöillä on oikeus sosiaalipalveluihin ja muihin sosiaalihuollon tukitoimiin. Perusteiden laadinnassa on otettava huomioon valtakunnallinen ohjaus.

Palvelutarpeiden selvittäminen

Palvelutarpeiden selvittäminen on toteutettava monipuolisesti, luotettavia arviointimenetelmiä käyttäen ja yhteistyössä eri toimijoiden kanssa.

Arviointi on toteutettava vuorovaikutuksessa iäkkään henkilön kanssa ja hänen omia näkemyksiään kunnioittaen. On tärkeää, että iäkäs henkilö voi osallistua palvelutarpeiden arviointiin omalla äidinkielellään.

Palvelutarpeiden selvittämisessä huomio on kiinnitettävä niin nykyisiin kuin ennakoitaviin tarpeisiin, erityisesti seuraaviin kokonaisuuksiin:

- toimintakyvyn palauttamisen, ylläpitämisen ja edistämisen sekä kuntoutumisen mahdollisuuksiin,
- iäkkään henkilön tarpeeseen ja mahdollisuuksiin ylläpitää sosiaalisia verkostojaan,
- asiakas-/potilasturvallisuuteen, kuten vaaratapahtumien tunnistamiseen,
- turvalliseen lääkehoitoon,
- ravitsemukseen ja suun terveyteen,
- mahdollisten hoitoon ja huolenpitoon osallistuvien omaisten/läheisten tarpeisiin ja voimavaroihin.

Palvelutarpeiden selvittämisessä myös lääketieteellinen arviointi on saatava viivytystä.

Palvelusuunnitelma

Palvelusuunnitelman on oltava ajantasainen ja sen on katettava iäkkään henkilön tarvitsemien palvelujen kokonaisuus. Iäkkään henkilön näkemykset, tarpeet ja toiveet on kirjattava suunnitelmaan. Myös iäkkään henkilön kielelliset tarpeet on otettava huomioon suunnitelmassa.

Palvelusuunnitelman on tuettava iäkkään henkilön palvelujen kokonaisuuden hallintaa, tavoitteellista kuntoutumista ja osallisuutta. Hyvään palvelusuunnitelmaan sisältyy:

- iäkkäälle henkilölle suunniteltujen palvelujen laatu ja määrä; kunnan järjestämistä vastuulla olevista sosiaalipalveluista suunnitelma on toteutettava viranhaltijapäätöksen mukaisesti,
- iäkkään henkilön ja ammattihenkilöiden yhdessä asettamat tavoitteet joihin palvelujen ja muiden tukitoimien avulla pyritään,
- selkeät vastuut eri toimijoille, ml. iäkkään henkilön oma ja hänen omaistensa ja läheistensä toiminta,
- suunnitelma ennakoitujen riskien varalle: toimintakyvyn äkillinen heikkeneminen, omaisen sairastuminen tms.,
- suunnitelman toteutumisen seuranta ja tarpeiden uudelleen arviointia koskevat tiedot (määrävälein, vähintään puolivuositain ja aina, kun asiakkaan tilassa tapahtuu olennaisia muutoksia).

Palvelujen toteutus

Iäkkään henkilön on saatava ne palvelut, jotka hänelle on myönnetty (terveydenhuollossa hoitopäätös, sosiaalihuollossa hallintopäätös).

Palvelujen on perustuttava tutkittuun tietoon sekä hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin.

Erityistä huomiota on kiinnitettävä kuntoutukseen ja turvalliseen lääkehoitoon.

Iäkkään henkilön on oltava aidosti osallinen ja hänen mielipidettään on kuultava palvelun toteutuksessa.

Kuntoutus osaksi kaikkea palvelua

Psykososiaalisen ja lääkinnällisen kuntoutuksen keinoin on tuettava toimintakyvyn palauttamista, säilymistä tai edistämistä sekä iäkkään henkilön toimijuutta:

- kuntoutus on toteutettava oikea-aikaisesti joko koti-, avo- tai laitostuntoutuksena iäkkäiden henkilöiden kuntoutukseen perehtyneiden kuntoutusalan ammattilaisten asiantuntijuutta käyttäen,
- kuntoutus on turvattava erityisesti erilaisten siirtymien, kuten kotiutusten yhteydessä;
 - on järjestettävä kuntoutustarpeen arviointeja ja tarpeenmukaisia kuntoutuspalveluja erityisesti siirtymävaiheissa ja niitä ennakoiden, esimerkiksi sairaalajakson aikana ennen kotiutumista sekä heti sairaalajakson jälkeen toipilasaikana,
 - tarkoituksenmukaiset apuvälineet on oltava käytössä kotiutuessa ja tarvittavat asunnonmuutostyöt käynnistetyt,
- kuntoutusta, erityisesti psykososiaalista kuntoutusta on lisättävä ennakkoivana ja tavoitteellisenä, kuntoutusalan erityisosaamista vaativana palveluna iäkkään henkilön kodissa ja/tai kuntoutusyksikössä,
- veteraanien kuntoutuksessa kehitettyjä toimintamalleja ja käytäntöjä on hyödynnettävä muun ikääntyneen väestön kotona selviytymisen ja toimintakyvyn edistämiseen; veteraanikuntoutuslaitosten tarjoamia kuntoutuspalveluja voi hyödyntää osana iäkkäiden palvelukokonaisuutta.

Toimintakykyä ja kuntoutumista edistävän työtavan käyttöä on lisättävä sekä kotihoidossa että tehostetussa palveluasumisessa ja laitoshoidossa niin, että:

- työyhteisössä sovitaan yhdessä kuntoutumista edistävän toiminnan vahvistamisesta ja sisällöstä,
- kuntoutusalan ammattilaiset tukevat toimintakykyä tukevan työtavan käyttöä iäkkään henkilön arjessa,
- kuntoutumista edistävä työtapaa sisällytetään hoitotyöntekijöiden perus- ja täydennyskoulutukseen sekä perehdytysohjelmiin.

Muistisairaiden kuntoutusta on järjestelmällisesti lisättävä:

- muistisairaiden kuntoutus on käynnistettävä viivytyksettä sairauden diagnosoinnin jälkeen turvaamalla ensitieto, sopeutumisvalmennus sekä tarpeenmukainen ja sairauden vaiheen huomioon ottava kuntoutuskokonaisuus ensisijaisesti muistisairaana kotona,
- kuntoutusalan ammattilaisten asiantuntemusta muistisairauksista on lisättävä,
- muistisairauksiin perehtyneiden kuntoutusalan ammattilaisten asiantuntemusta on käytettävä muistisairaiden kuntoutustarpeiden selvittelyssä, kuntoutuskokonaisuuksien suunnittelussa ja arvioinnissa,
- kuntoutusta suunniteltaessa on otettava huomioon muistisairauden eri vaiheissa olevien muistisairaiden erilaiset tarpeet ja mahdollisuudet tavoitteena mahdollisimman hyvä elämänlaatu ja toimintakyky.

Turvallinen lääkehoito

Lääkehoitoa on toteutettava *Turvallinen lääkehoito* -oppaan ohjaamana. Oppaan tavoitteena yhtenäistää lääkehoidon toteuttamisen periaatteet, selkeyttää lääkehoidon toteuttamiseen liittyvä vastuunjako ja määrittää vähimmäisvaatimukset, joiden pitää toteutua kaikissa lääkehoitoa toteuttavissa yksiköissä. Lääkehoitoa koskevat yleiset ohjeet ja periaatteet ovat samat kaikille sosiaali- ja terveydenhuollon julkisille ja yksityisille toimintayksiköille. Lääkehoidon toteuttaminen perustuu lääkehoitosuunnitelmaan.

Lääkkeiden määräämisessä on hyödynnettävä esimerkiksi *lääkkäiden lääkityksen tietokantaa* ja farmasian alan erityisosaamista lääkitystur-

vallisuuden parantamiseksi. Henkilökohtainen lääkehoitosuunnitelma, joka sisältää asiakkaan käyttämät itsehoito- ja reseptilääkkeet, on tehtävä monia lääkkeitä käyttäville henkilöille osana palvelusuunnitelmaa. Henkilökohtainen lääkehoitosuunnitelma on tarkistettava säännöllisesti, vähintään kerran vuodessa. Asiakkaan lääkehoidon vaikutuksia on seurattava ja mahdolliset muutokset lääkityksessä kirjattava lääkekorttiin tai muuhun vastaavaan asiakirjaan.

Palvelujen laatu

Palvelujen laatua on seurattava järjestelmällisesti, luotettavia arviointimenetelmiä käyttäen, osana omavalvontaa; omavalvontasuunnitelma seurantaindikaattoreineen (mittareineen) on oltava nähtävillä.

Palveluntuottajan on kerättävä palautetta iäkkäiltä henkilöiltä ja heidän omaisiltaan/läheisiltään järjestelmällisesti (vähintään vuosittain), yhdenmukaisesti ja iäkkäitä henkilöitä osallistavia palautejärjestelmiä käyttäen.

Palvelun laatua on seurattava myös asiakkaiden toimintakykyä, turvallisuutta ja hyvinvointia koskevilla, luotettavilla ja vertailukelpoisilla palvelujen laadun mittareilla.

Laatupalautetta:

- on hyödynnettävä iäkkäiden henkilöiden palvelujen laadun parantamiseksi ja kehittämiseksi,
- julkaistava [Palveluvaakaa](#) ym. tarkoituksenmukaisia tiedonjakelukanavia hyödyntäen.

PALVELUJEN RAKENNE

Palvelurakenteen uudistaminen on tärkeä strateginen valinta, jolla on vaikutuksensa sekä iäkkäiden ihmisten elämän- ja palveluiden laatuun että kustannuksiin. Ikääntyneen väestön palvelurakenteen on vastattava iäkkäiden henkilöiden palvelutarpeita. Palvelurakenteen uudistamista koskevia suosituksia laitoshoidtoa vähentäen sekä kotiin annettavia ja asumispalveluita lisäten on esitetty useissa kotimaisissa ja kansainvälissä tutkimuksissa ja suosituksissa.^{2, 3, 4, 5} Nyt tavoite on ilmaistu myös vanhuspalvelulaissa⁶.

Tärkeä strateginen valinta liittyy kotona asumisen mahdollistamiseen. Jotta ikääntynyt väestö voi asua nykyistä pidempään kotona on investoitava a) terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen edistämiseen sekä b) kuntoutuksen lisäämiseen ja monimuotoistamiseen. Palvelujen järjestämisvastuun tahon haasteena on erityisesti:

1. Turvata ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista järjestelmällisesti tukevat lakisääteiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut (erit. vanhuspalvelulaki 5 §, 12 §) ja vahvistaa näiden osuutta palvelurakenteessa.
2. Edistää ikääntyneen väestön kotona asumisen mahdollisuuksia (vanhuspalvelulaki 14 §) lisäämällä ja monimuotoistamalla kuntoutumista edistäviä palveluja ja vahvistaa näiden osuutta palvelurakenteessa.
3. omaistaan/läheistään hoitavien tukemiseen.

Suomessa iäkkäiden tehostetun palveluasumisen ja pitkäaikaisen laitoshoidon palveluja käyttäneiden yhteenlaskettu suhteellinen osuus ei ole 2000-luvulla juurikaan pienentynyt (liite 1.) ja sen osuus kustannuksista on huomattava (taulukko 1.). Iäkkäiden säännöllisesti käyttämien palvelujen kustannukset olivat vuonna 2011 yhteensä 3,8 miljardia euroa.

2 Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008. [Ikäihmisten palvelujen laatusuositus](#).

3 Suomen Alzheimer-tutkimusseuran kokoama asiantuntijaryhmä 2008. [Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa](#).

4 [European Expert Group on the transition from institutional to community-based care 2012](#).

5 OECD 2012. Help wanted? Providing and paying for long-term care. [Policy brief](#).

6 [Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012 \(14 §\)](#).

Taulukko 1. Eräiden iäkkäiden säännöllisten käyttämien palvelujen kustannukset vuonna 2011.

Palvelu	m €
Kotipalvelut	635
Kotisairaanhoido	350
Omaishoidon tuen hoitopalkkiot	107
Tavallinen palveluasuminen	26
Ympäri vuorokautinen hoiva/hoitoml. tehostettu palveluasuminen, vanhainkoti, tk -pitkäaikaishoito	2 680
Yhteensä	3 798

Vanhuspalvelulain 5 § asettaa kunnille uuden haasteen suunnitella palvelurakenteensa iäkkäiden henkilöiden tunnistettujen palvelutarpeiden mukaan. Lisäksi laki sisältää sekä palvelujen tarpeen selvittämistä ja niihin vastaamista koskevat yleiset periaatteet että pitkäaikaisen hoidon ja huolenpidon toteuttamista ohjaavat periaatteet (13 §, 14 §).

Yleiset periaatteet linjaavat kehittämistä niin, että:

- palvelujen on oltava laadukkaita, oikea-aikaisia ja riittäviä,
- palvelut on toteutettava niin, että ne tukevat iäkkään henkilön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä, itsenäistä suoriutumista ja osallisuutta, ja ehkäisevät ennalta muuta palveluntarvetta.

Pitkäaikaisen hoidon toteuttamisen periaatteet linjaavat kehittämistä niin, että palvelu toteutetaan:

- ensisijaisesti kotona tai kodinomaisessa asuinpaikassa (kuten omaishoitona, perhehoitona, kotipalveluna/kotisairaanhoidona tai palveluasumisena),
- laitoshoidona vain jos siihen on lääketieteelliset perusteet tai se on muuten perusteltua iäkkään henkilön arvokkaan elämän ja turvallisuuden kannalta,
- turvaten hoitojärjestelyn pysyvyys.

Säännölliselle kotihoidolle, omaishoidon tuelle, tehostetulle palveluasumiselle ja laitoshoidolle asetettujen tavoitteiden toteutumista voidaan arvioida valtakunnallisista tilastoista ja rekistereistä saatavan seurantatiedon avulla. Tämä ikääntyneen väestön tarpeeseen suhteutettu säännöllisesti ja pitkäaikaisesti käytettävien palvelujen rakennetta ohjaava tavoiteasettelu on antanut kunnille vertailukelpoisen pohjan asettaa omia palvelurakennetavoitteitaan huomioon ottaen paikalliset tarpeet.

Hyvinvointia edistävistä palveluista, päivätoiminnasta, tilapäisen kotihoidon tai lyhytaikaisen hoidon osalta ei ole käytettävistä valtakunnallisia seurantaindikaattoreita, mutta myös näille palveluille asetettujen tavoitteiden toteutumista on säännöllisesti arvioitava kunnissa.

SUOSITUKSET

Palvelurakenne ja palveluvalikoima on suunniteltava kunnan asukkaiden tarpeita vastaavasti huomioon ottaen:

- väestön ikärakenne ja -ennuste,
- erityisen suuret palvelutarpeiden aiheuttajat, kuten etenevien muistisairauksien vallitsevuus,
- ikääntyneen väestön taloudellinen tila, erityishuomio pienituloisten ikääntyneiden määrään ja tilanteen kehityssuuntaan,
- ikääntyneen väestön asuinolot ja elinympäristö (esteettömyys, turvallisuus),
- ikääntyneen väestön kielelliset tarpeet,
- yli 75 -vuotiaiden toimintakyvyn kehitys.

Koko ikääntyneestä väestöstä on yhtenäisellä tavalla tunnistettava suuret palvelujen tarvitsijaryhmät. Näitä ovat erityisesti muistisairaat henkilöt, joiden sairauden aste on vähintään keskivaikea⁷⁾ sekä päivittäistoimissaan paljon apua tarvitsevat iäkkäät henkilöt. Näiden väestöryhmien palvelurakennetta ja palveluiden kohdentumista on seurattava erikseen.

Tavoitteita asetettaessa on palvelurakennetta tarkasteltava kokonaisuutena huomioon ottaen vanhuspalvelulain palvelutarpeisiin vastaamista ohjaavat yleiset periaatteet (13 §) sekä pitkäaikaisen hoidon ja huolenpidon toteuttamista ohjaavat periaatteet (14 §).

Ikääntyneen väestön palvelurakennetavoitteet on asetettava ja niitä on seurattava siten, että huomioon otetaan iäkkäiden säännöllisesti käyttämien palvelujen lisäksi muutkin palvelutarpeiden kannalta keskeiset palvelut. Näiden palvelujen peittävyyttä ja kohdentamista on myös seurattava. Tässä tarkoitettuja muita kuin säännöllisesti käytettyjä palveluja ovat ainakin:

- hyvinvointia edistävät palvelut (vanhuspalvelulaki, 12 §),
- tilapäinen kotihoito,
- kuntoutumista edistävät palvelut, kuten fysioterapia ja toimintaterapia, apuvälinepalvelut, kuntoutumista edistävä päivätoiminta ja lyhytaikaishoito,
- perhehoito.

7 vallitsevuustieto: 65–74 -vuotiailla 4,2 %, 75–84 -vuotiailla 10,7 % & 85 vuotta täyttäneillä 35,0 %.

Valtakunnalliset tavoitteet, joita kuntien tavoitteita asetettaessa on tarkasteltava suhteessa kunnan asukkaiden tarpeisiin, ovat seuraavat:

75 vuotta täyttäneet	2000	2005	2010	2011	2012	2017
Kotona asuvat 75 vuotta täyttäneet % vastaavanikäisestä väestöstä	89,7	89,6	89,5	89,6		91,0–92,0
Säännöllisen kotihoidon piirissä 30.11. olleet 75 vuotta täyttäneet asiakkaat % vastaavanikäisestä väestöstä		11,2	11,8	12,2		13,0–14,0
Omaishoidon tuen 75 vuotta täyttäneet asiakkaat vuoden aikana % vastaavanikäisestä väestöstä	3,0	3,7	4,2	4,4	4,5	6,0- 7,0*
Ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen 75 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12. % vastaavanikäisestä väestöstä	1,7	3,4	5,6	5,9		6,0–7,0
Vanhainkodeissa tai pitkäaikaisessa laitoshoidossa terveyskeskuksissa olevat 75 vuotta täyttäneet 31.12., % vastaavanikäisestä väestöstä	8,4	6,8	4,7	4,4		2,0–3,0

* Kansallista omaishoidon kehittämisohjelmaa laativa työryhmä antaa omaishoidon kehittämisehdotukset muilta osin vuoden 2013 loppuun mennessä.

HOIDON JA HUOLENPIDON TURVAAJAT

Riittävä määrä osaavaa henkilöstöä on välttämätön edellytys turvallisen ja laadukkaan palvelun takaamiseksi iäkkäille henkilöille. Lisäksi sillä on suuri merkitys henkilökunnan työhyvinvoinnin, työturvallisuuden, oikeusturvan ja työssä pysyvyyden kannalta. Tutkimukset ovat osoittaneet, että henkilöstön määrän ohella erityisesti osaaminen, osaamisen oikea kohdentaminen ja osaava lähijohtaminen ovat yhteydessä hoidon laatuun ja vaikuttavuuteen. Ne varmistavat iäkkäille asiakkaille palvelutarpeen mukaisen hoidon ja lisäävät asiakas-/potilasturvallisuutta.

Väestön ikääntyminen ja muuttuvat palvelutarpeet vaikuttavat merkittävästi työvoimatarpeen kasvuun sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön arvion mukaan sosiaalipalveluihin avautuu seuraavien 20 vuoden aikana noin 60 000 uutta työpaikkaa. Työvoiman lisätarve kohdistuu lähes täysin iäkkäiden kotihoidossa, asumispalveluissa ja laitoshoidossa toimivien lähihoitajien ja vastaavien ammattiryhmään.

Työvoiman lisätarpeesta yli puolet johtuu eläkepoistumasta. Kuntien eläkevakuutuksen laatiman kunta-alan eläkepoistumaennusteen (2012-2030) mukaan lähihoitajien ja vastaavien ammattiryhmästä poistuu vanhuus- ja työkyvyttömyyseläkkeelle vuoteen 2030 mennessä 35 300 hen-

kilöä (noin 60 prosenttia). Lukuun ei sisälly lasten päivähoitossa toimivia lähihoitajia ja vastaavia.

Työvoiman saannissa on paikoin havaittavissa ongelmia. Kunnallinen työmarkkinalaitos selvitti eräiden sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmien työvoimatilannetta vuonna 2012. Työvoimavajetta on sosiaalipalveluissa lähihoitajien tai vastaavien ammattiryhmässä 3,2 prosenttia (1 076 henkilöä).

Lisääntynyt työvoiman tarve on otettu huomioon alan koulutuksen suunnittelussa. Valtioneuvoston vuosille 2011- 2016 vahvistamassa koulutuksen ja tutkimuksen kehittämissuunnitelmassa on lisätty vuoteen 2009 verrattuna sosiaali- ja terveysalan ammatillisen perustutkinnon (lähihoitaja) aloittajamäärää. Vuonna 2009 koulutuksen aloitti 5 920 henkilöä, ja tavoitteena vuodelle 2016 on 7 350 aloittajaa nuorten ammatillisessa koulutuksessa. [*Opetushallituksen*](#) arvion mukaan sosiaali- ja terveysalalla vuosittainen koulutuksen lisäystarve on noin 2 300 aloituspaikkaa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tutkinnon suorittaneet ovat suurelta osin sijoittuneet koulutustaan vastaaviin tehtäviin. Kuitenkin vuonna 2009 alan ulkopuolella toimi 37 000 henkilöä, jotka olivat suorittaneet sosiaali- ja terveysalan tutkinnon. Heistä lähihoitajan ja vastaavan tutkinnon suorittaneita oli 16 800 ja sairaanhoitajan tutkinnon suorittaneita 6 830 henkilöä. Alan ulkopuolella toimivien rekrytointi takaisin alalle vaatii tarkempaa selvitystietoa siitä, missä määrin ja minkälaisin ehdoin alalta pois siirtyneet olisivat halukkaita tulemaan sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäviin.

Henkilöstön määrän ja osaamisen sääntely

Vanhuspalvelulaissa säädetään henkilöstön määrästä ja osaamisesta. Lain mukaan (20 §) toimintayksikössä on oltava henkilöstö, jonka määrä, koulutus ja tehtävä rakenne vastaavat toimintayksikön palveluja saavien iäkkäiden henkilöiden määrän ja toimintakyvyn edellyttämää palvelun tarvetta ja joka turvaa heille laadukkaat palvelut. Jos toimintayksikön tiloissa hoidettavana olevan iäkkään henkilön toimintakyky on alentunut siten, että hän tarvitsee huolenpitoa vuorokaudenajasta riippumatta, toimintayksikössä on oltava riittävästi henkilöstöä kaikkina vuorokauden aikoina. Lisäksi laki (10§) edellyttää, että kunnilla on käytettävissä monipuolista asiantuntemusta ja osaamista ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemista sekä iäkkäiden henkilöiden tarvitsemien sosiaali- ja terveyspalvelujen laadukasta järjestämistä varten. Erityisasiantuntemusta edellytetään hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen, gerontologisen hoito- ja sosiaalityön, geriatrian, lääkehoidon, ravitsemuksen, monialaisen kuntoutuksen sekä suun terveydenhuollon alalta.

Henkilöstön määrään ja osaamiseen liittyvää sääntelyä on myös muissa laeissa. Terveydenhuoltolaissa (1326/2010) on määritelty, että kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän käytettävissä on oltava riittävästi terveydenhuollon ammattihenkilöitä ja että terveydenhuollosta vastaavan henkilöstön rakenteen ja määrän on vastattava alueen väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen sekä terveydenhuollon palvelujen tarvetta (4-5§). Lisäksi laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) säädetään siitä, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on toiminnan edellyttämä koulutus, muu riittävä ammatillinen pätevyys ja ammatti-toiminnan edellyttämät muut valmiudet. Terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta säädetään terveydenhuoltolaissa (1326/2010, 5§) ja käytettävissä on *suositus*.

Sosiaalihuoltolaissa (710/1982, 10§) säädetään, että kunnassa on oltava sosiaalihuollon ammattihenkilöstöä ja että jokaisen kunnan käytettävissä tulee olla sellaisen viranhaltijan palveluja, jolla on sosiaalityöntekijän kelpoisuus. Yksityisistä sosiaalipalveluista annettu laki (922/2011, 4§) edellyttää, että toimintayksiköissä on henkilöstön oltava riittävä palvelujen tarpeeseen ja asiakkaiden määrään nähden. Henkilöstöltä vaadittavista kelpoisuuksista säädetään sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuuksista annetussa laissa (272/2005). Sosiaalihuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta säädetään sosiaalihuoltolaissa (710/1982, 53§) ja käytettävissä on *suositus* sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön täydennyskoulutuksesta sekä *suositus* tehtävärakenteen suunnittelusta.

Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon ammatillisen henkilöstön osaamista varmistetaan myös kohdentamalla kunnille valtionavustusta toiminnan kehittämiseen (KASTE -ohjelma).

Vastuutyöntekijä

Vanhuspalvelulaissa uutena työntekijänä ikäihmisten palveluihin määritellään vastuutyöntekijä vuoden 2015 alusta (17§). Kunnan on nimettävä iäkkäälle henkilölle vastuutyöntekijä, jos iäkäs henkilö tarvitsee apua palvelujen toteuttamiseen ja yhteensovittamiseen liittyvissä asioissa. Vastuutyöntekijän tehtävänä on seurata yhdessä iäkkään henkilön ja tarvittaessa hänen omaistensa, läheistensä tai hänelle määrätyn edunvalvojan kanssa palvelusuunnitelman toteutumista sekä iäkkään henkilön palveluntarpeiden muutoksia. Lisäksi vastuutyöntekijä on tarvittaessa yhteydessä sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä vastaaviin ja muihin tahoihin iäkkään henkilön tarpeisiin vastaamiseksi. Vastuutyöntekijän tehtävänä on neuvoa ja auttaa iäkästä henkilöä palvelujen ja etuuksien saantiin liittyvissä asioissa. Vastuutyöntekijällä edellytetään olevan iäkkään henkilön palvelukoko-

naisuuden kannalta tarkoituksenmukainen sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista annetussa laissa tai terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain 2 §:ssä tarkoitettu kelpoisuus. Nykyisin kunnissa toimii mm. [muistikoordinaattorin](#) ja [asiakasvastaavan](#) nimekkeillä henkilöstöä, joka voidaan rinnastaa vastuutyöntekijään.

Omaiset ja läheiset hoidon ja huolenpidon turvaajina

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstön ohella toimii suuri joukko ihmisiä, joka hoitaa ja pitää huolta niistä, jotka eivät selviä päivittäisistä toimistaan ilman apua. Kun iäkkäiden säännöllisesti käyttämissä palveluissa toimii noin 51 000 ammattilaista, on eri-ikäisiä omaisiaan/läheisiään päivittäin auttavia henkilöitä noin 58 000. Näistä noin 40 000 on omaishoitajia, jotka saavat omaishoidon tukea.

Omais-/läheisauttajat ovat hoitoa ja huolenpitoa tarvitsevien iäkkäiden ihmisten hoidon ja huolenpidon tärkeä voimavara. Heidän toimintakykyisenä pitäminen sekä tavoitteellinen tukeminen on eduksi kaikille. Kuntien omaishoidon tuesta vastaavien viranhaltijoiden arvioiden mukaan noin puolet omaishoidon tuen turvin hoidettavista – lähes 20 000 henkilöä – olisi ympärivuorokautisessa hoidossa ilman omaishoitajaa (tehostetun palveluasumisen yksiköissä tai laitoksissa). Omaishoitajien voimavarat läheisen huolenpidon ja oman jaksamisen turvaamiseksi ovat aina yksilölliset ja näin ollen myös omaishoitajien tuen tarpeet vaihtelevat. Omaishoitoperheen vaikuttavaksi tuen muodoksi on osoittautunut erityisesti perheen monipuolisesti arvioitujen tarpeiden pohjalta räätälöity yksilöllinen tuen ja palvelujen kokonaisuus. Tämän kokonaisuuden suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin osallistuu perheen tukena tarkoituksenmukainen ammattilaisten joukko: koordinoiva työntekijä, geriatri jne. Vaikuttavan tuen elementteihin kuuluu myös omaishoitajan mahdollisuus saada tavoitteellista ja säännöllisesti arvioitua vertaistukea.

Kansallista omaishoidon kehittämisohjelmaa laativa työryhmä antaa omaishoidon kehittämisehdotukset vuoden 2013 loppuun mennessä.

Henkilöstömitoituksen suunnittelun perusteet

Henkilöstön kohdentamisessa ovat suunnittelun keskiössä asiakkaiden fyysinen, kognitiivinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky sekä muut tarpeet (esimerkiksi hengelliset tarpeet). Olennaisen tärkeää on ottaa huomioon asiakkaiden oikeudet ja toiminnalle asetetut laatu- ja vaikuttavuusvaatimukset – mitä hoidolla ja palvelulla tavoitellaan.

Henkilöstömäärää suunniteltaessa on varmistettava mitoituksen dynaamisuus, kuten se, miten henkilöstön lyhyt- ja pidempiaikaista poissaoloa pystytään korvaamaan sijaisilla. Dynaamisuutta on myös se, että henkilöstöä voidaan tilapäisesti siirtää eri toimipisteisiin silloin, kun asiakkaiden palvelutarpeen muutokset sitä edellyttävät, kuten saattohoitotilanteissa.

Henkilöstömäärää suunniteltaessa ja arvioitaessa otetaan huomioon seuraavat tekijät.

1. Asiakkaiden toimintakyky ja avun tarve:
 - asiakkaiden palveluun liittyvät toiveet,
 - asiakkaiden avun tarve, josta saadaan tieto kattavan palvelutarpeen arvioinnin avulla,
 - erityisosaamista edellyttävien asiakkaiden määrä, kuten käytösoireiset muistisairaat, vanhuspsykiatriset ja saattohoitoasiakkaat,
 - asiakkaiden oikeudet saada riittävät ja tarpeidensa mukaiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut tarvitessaan,
 - pitkäaikaisen hoitojärjestelyn pysyvyys.
2. Palvelurakenne, palvelujen tuottaminen ja saatavuus:
 - palvelujen laatua ja kohdentamista koskevat strategiset linjaukset kunnassa tai yhteistoiminta-alueella,
 - palvelujen tuottamistavat (oma tuotanto, ostopalvelut, palveluseteli),
 - saatavuus (lähipalvelut, keskitetyt palvelut),
 - yksikön tarjoamien erilaisten palvelujen, kuten kuntouttavan lyhyt- ja kaishoidon tai päivätoiminnan, vaikutukset,
 - ympäristötekijät, kuten toimintayksikön koko, rakenteellinen toimivuus ja turvallisuus (yöpäivähoitojen hoidon toimintayksiköt) ja välimatkat kunnan sisällä (kotiin annettavat palvelut).
3. Henkilöstöön ja työn organisointiin liittyvät tekijät:
 - henkilöstön mahdollisuus tuottaa laadultaan ja vaikuttavuudeltaan tarkoituksenmukaisia palveluja asiakkaille,
 - asiakastyöhön osallistuvan henkilöstön koulutus- ja tehtävä rakenne (esim. tukipalvelut osana työtä tai erikseen hankittuna) sekä osaaminen ja osaamisen täysi hyödyntäminen,
 - toiminnan organisointi ja toteutus, kuten asiakkaiden avun tarpeen huomioon ottaminen työvuorosunnittelussa (esim. porrastamalla työaikoja) ja henkilöstön yhteiskäytön mahdollisuus (esimerkiksi varahenkilöstö),
 - henkilöstön riittävyys erityistilanteissa, esimerkiksi saattohoitotilanteissa,

- turvallisen lääkehoidon toteutus – vähintään lääkehoitokoulutuksen saaneen lähihoitajan oltava vastuussa yksiköstä,
- henkilöstön työhyvinvointia kuvaavat tunnusluvut, kuten lyhyt- ja pitkäaikaiset sairauspoissaolot ja vaihtuvuus,
- käytettävissä oleva teknologia ja geroteknologia, toiminnan logistiikka, toimitilojen nykyaikaisuus ja soveltuvuus.

Kotihoidon henkilöstön kohdentaminen

Läkäs henkilö, joka tarvitsee apua ja tukea selviytyäkseen kotona, tarvitsee usein säännöllistä kotihoitoa. Kotihoidon strategisena tavoitteena on kohdentaa palvelut niitä tarvitseville ja määritellä palvelujen tarpeen kestoa. Toimivien ja laadukkaiden palvelujen edellytyksenä on a) kotihoidon henkilöstön käytettävissä olevan työajan, b) iäkkäiden ja usein monisairaiden asiakkaiden *laaja-alaisesti arvioitujen palvelutarpeiden*, c) palvelusuunnitelman ja d) hallintopäätöksellä myönnettyjen sosiaalihuollon ja/tai lääkärin päätöksellä hoitosuunnitelmaan kirjattujen palvelujen, yhteensovittaminen (ks. kuvio 4.). Kotihoidon henkilöstön työajan kohdentamiseen vaikuttavat useat tekijät. Niitä ovat iäkkäiden asiakkaiden arvioitu palvelutarve, palvelustrategiat, kotihoidon henkilöstön kohdentamisen erilaiset strategiat ja paikalliset olosuhteet, kuten välimatkat ja käytettävissä oleva välineistö. Kotihoidon henkilöstön työajan kohdentamiseen vaikuttavat kotihoidon asiakkaiden hoidon keskeytykset, joita on esimerkiksi sairaalahoidon takia noin 10 prosentilla asiakkaista. Lisäksi henkilöstön lyhyt- ja pitkäaikaiset poissaolot vaikuttavat kohdentamiseen.

Kotihoidon iäkkäille asiakkaille kohdennetaan palvelua palvelutarpeen arvioinnin, palvelusuunnitelman ja sosiaalihuollon palveluista tehdyn hallintopäätöksen ja terveydenhuollon palveluista lääkärin päätöksen/ohjeen mukaan (ks. kuvio 4.). Kotihoidon henkilöstön asiakkaille kohdentamaa työaika ja asiakkaille myönnettyä palveluaikaa voidaan seurata aikaperusteisesti, tunteina. Kotihoidon henkilöstön työaika voidaan jakaa välittömään ja välilliseen. Tutkimustiedon ja kuntien seurantojen perusteella tiedetään, että kotihoidossa sairaanhoitajien välitön asiakasaika on noin 20–40 prosenttia kokonaistyöajasta ja lähihoitajilla noin 40–70 prosenttia kokonaistyöajasta. Useissa Suomen kunnissa, joissa on toimivat seuranta- tai toiminnanohjausjärjestelmät käytössä, lähihoitajien välittömän asiakasajan suunnitteluohjeeksi on asetettu 60–70 prosenttia, joissakin kunnissa jopa enemmän.

Kotihoidon henkilöstön välillisen ja välittömän työajan määrittely vaihtelee kunnittain ja maittäin. Siksi tässä suosituksessa on tarpeen määritellä valtakunnallisesti, minkälaisia työtehtäviä sisältyy välittömään ja minkälaisia välilliseen työaikaan.

Välittömään työaikaan kuuluvat:

- asiakkaan toimintakyvyn ja palvelutarpeiden arviointi,
- hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen ja päivittäminen,
- hoitotoimenpiteiden ja lääkehoidon toteutus,
- asiakkaan tukeminen kuntoutumista edistävää työtettä käyttäen (myös kodin ulkopuolella tapahtuvissa toiminnoissa kuten ulkoilussa, kaupassa käynnissä ja asioinnissa),
- asiakkaan asioiden hoitaminen kodin ulkopuolella (esimerkiksi kaupassa käynti ja asiointi),
- asiakkaan omaisen/läheisen tukeminen,
- asiakastietojen kirjaaminen (silloin, kun ne tehdään yhdessä asiakkaan kanssa),
- yhteydenpito asiakkaan kanssa puhelimitse tai muun teknisen välineen avulla.

Välilliseen asiakasaikaan luetaan esimerkiksi matka-ajat, kirjaaminen ja muu asiakastyö toimistolla, työyhteisön sisäiset palaverit ja täydennyskoulutus.

Kotihoidon toiminnan kehittämisen tavoitteena on toimintaprosessien sujuvoittamista siten, että välittömän asiakasajan osuus kotihoidon henkilöstön työajasta lisääntyy.

Toiminnanohjausjärjestelmät ovat hyödyksi tässä kehittämistyössä. Niiden avulla voidaan koota tietoa asiakkaille myönnetystä kotihoidon palvelusta aikaperusteisesti sekä paikalla olevan henkilöstön käytettävissä olevasta työajasta.

Tehostetun palveluasumisen, vanhainkotien ja terveyskeskusten pitkäaikaisosastojen henkilöstön kohdentaminen

Kattavaa tietoa maan laajuisesti henkilöstömitoituksista eri toimintayksiköissä saadaan vain erilliskyselyin. Säännöllisesti pitkäaikaishoitoa tuottavien yksiköiden vuosittaista toiminta- ja taloustietoa kootaan Terveystietokeskuksen ja hyvinvoinnin laitoksen hallinnoimassa [RAI -vertailukehittämistoiminnassa](#) ns. RAI -tietokantaan. Toimintatietojen osana saadaan tietoa myös henkilöstömääristä yksiköittäin ja osastoittain. Henkilöstöön liittyvää määrätietoa on kerätty vuodesta 2000 lähtien.

Tehostetussa palveluasumisessa henkilöstömitoitus on noussut 0,57:stä 0,65:een vuosina 2009–2011. (Taulukko 2.). Henkilöstömitoitukset ovat nousseet myös vanhainkodeissa ja terveyskeskussairaaloiden pitkäaikaisosastoilla niissä toimintayksiköissä, jotka osallistuvat THL:n vertailukehittämistoimintaan. Henkilöstömitoitukset on laskettu jakamalla osastolle kohdennetut henkilöstövakanssit osaston asiakaspaikkojen lukumäärällä.

Taulukko 2. Henkilöstömitoitukset tehostetussa palveluasumisessa, vanhainkodeissa ja terveyskeskusten pitkäaikaissosastoilla vuosina 2009–2011. Lähde: RAI -tietokanta (THL) 2013.

	Mitoitus			Yksikköjen/osastojen lukumäärä		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Tehostettu palveluasuminen	0,57	0,64	0,65	105	146	141
Vanhainkodit	0,64	0,67	0,65	183	173	155
Terveyskeskus, pitkäaikaissosastot	0,67	0,68	0,70	86	60	89

Valviran tekemän erillisselvityksen mukaan julkisen sektorin yksiköistä 16 prosenttia ja yksityisen sektorin yksiköistä 8 prosenttia jäi henkilöstömitoituksessa suosituksen alarajan 0,50 alapuolelle vuonna 2010. Terveyskeskusten vuodeosastoilla alle vähimmäismitoitustason (0,60) jäi 22 prosenttia (n= 112) vuodeosastoista.

Henkilöstömitoitusterusteiden kehittäminen

Ikääntyneiden asiakkaiden arvioituun palvelutarpeeseen perustuvan henkilöstömitoituksen määrittämisperusteiden kehittämistyö käynnistyy Terveiden- ja hyvinvoinnin laitoksen, Valviran, Suomen Kuntaliiton, STM:n ja sidosryhmien yhteistyönä ja valmistuu vuoden 2014 aikana.

SUOSITUKSET

Suosituksset henkilöstön määräksi ja rakenteeksi kotihoidossa

Välitöntä asiakasaikaa on kotihoidossa järjestelmällisesti seurattava: on asetettava paikalliset tavoitteet välittömälle asiakasajalle ja seurattava niiden toteutumista. Välittömän asiakasajan osuutta henkilöstön kokonaistyöajasta on lisättävä palveluprosesseja kehittämällä.

Kotihoidon henkilöstön vähimmäistarve määräytyy iäkkäille myönnettyjen palvelujen (tunteina) toteuttamiseen tarvittavana henkilöstön välittömään asiakastyöhön käytettävissä olevana työaikana (tunteina⁸).

Kotihoidon henkilöstön vähimmäistarve määräytyy seuraavasti.

1. Iäkkäiden henkilöiden *palvelutarve selvitetään laaja-alaisesti* :
 - asiakkaan palvelujen tarvetta arvioidaan säännöllisesti ja aina asiakkaan terveydentilan ja toimintakyvyn muuttuessa.
2. Iäkkäälle henkilölle suunnitellaan ja myönnetään palvelut:
 - asiakkaan palvelusuunnitelmassa esitetään arvio tarvittavista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista, joilla asiakkaan tarpeisiin vastataan,
 - palvelusuunnitelman pohjalta tehdään päätös (terveydenhuollossa hoitopäätös, sosiaalihuollossa hallintopäätös) palvelujen myöntämisestä; mikäli palvelujen myöntämistä koskeva päätös poikkeaa palvelusuunnitelmasta, poikkeaminen on perusteltava.
 - terveydentilan ja toimintakyvyn muutokset kirjataan asiakkaan palvelusuunnitelmaan ja tehdään muutosten edellyttämät päätökset palveluiden lisäämisestä tai vähentämisestä.
3. Asiakkaille myönnettyä ja työntekijän käytettävissä olevaa välittömään asiakastyöhön käytettävissä olevaa työaikaa (tunteina) verrataan keskenään:
 - lasketaan yhteen asiakkaille päätöksillä myönnetty palveluaika (tunteina) ja kotihoidon henkilöstön välittömään asiakastyöhön käytettävissä oleva aika (tunteina),

8 Laskennallinen esimerkki: Yhden työntekijän vuosittainen teoreettinen työaika on hieman vajaat 2000 tuntia, josta on vähennettävä lomat, arkipyhät, lakisääteinen täydennyskoulutus. Tämän lisäksi käytettävissä olevaa työaikaa vähentävät myös mm. sairauspoissaolot ja perhevapaat, jotka huomioon ottaen keskimääräiseksi vuotuiseksi työajaksi muotoutuu noin 1500 tuntia. Mikäli suunnitteluohjeena käytetään 60 % välitöntä asiakasaikaa työajasta, tällöin käytettävissä oleva välitön asiakastyöaika on keskimäärin noin 900 tuntia/työntekijä/vuosi.

- em. tuntimääriä verrataan keskenään; kun henkilöstön välittömään asiakastyöhön käytettävissä oleva tuntimäärä jaetaan asiakkaille päätöksillä myönnetyllä ajalla (tunneilla) ja kerrotaan sadalla, saadaan selville, miten suuri prosentuaalinen osuus myönnetystä palvelusta voidaan toteuttaa,
- kun jaetaan asiakkaille päätöksellä myönnetty palveluaika (tunteina) yhden hoitotyöntekijän keskimäärin käytettävissä olevalla välittömän asiakastyöajan tuntimäärällä, saadaan selville tarvittavan henkilöstön lukumäärä.

Vertailu edellyttää tarkoituksenmukaisia seurantajärjestelmiä.

Lisäksi

- Työvuorosunnittelulla tasataan ruuhkahuippuja ja varmistetaan kotihoidon asiakkaille päätöksen mukaiset palvelut.
- Palvelujen tuottajan käytettävissä olevalla varahenkilöjärjestelmällä mahdollistetaan henkilöstön joustava käyttö, kun varaudutaan uusien asiakkaiden joustavaan vastaanottoon ja nykyisten asiakkaiden palvelutarpeiden äkillisiin muutoksiin.

Kotihoidon toimintayksikön henkilöstöön lasketaan mukaan asiakkaan välittömään hoitoon osallistuvat sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijät kuten sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat, lähi- ja perushoitajat, sosiaalialan ohjaajat ja -kasvattajat, koulutetut kotiaavustajat ja kodinhoitajat, geronomit ja kuntoutushenkilökunnasta fysioterapeutit ja toimintaterapeutit sekä lähiesimiehet. Lähiesimiehet ja kuntoutushenkilöstö huomioidaan kotihoidon välittömän työajan laskennassa kuitenkin vain sillä osuudella, kun he osallistuvat välittömään (asiakaskohtaiseen) hoitotyöhön.

Mikäli kotihoidon toimintayksikössä toimii muuta hoitotyöhön osallistuvaa henkilöstöä kuten *hoiva-avustajia*⁹, heidät sisällytetään henkilöstömitoitukseen vain siltä osin, kun heidän työnsä sisältää asiakkaiden perustarpeisiin vastaamista, kuten avustamista ruokailussa, peseytymisessä, pukeutumisessa ja wc-käynneillä tai asiointiapua yhdessä asiakkaan kanssa. Hoiva-avustajat eivät kuitenkaan voi olla yksin työvuorossa kotihoidon toimintayksikössä, eivätkä he saa vastata lääkityksistä.

9 Sosiaali- ja terveysministeriö seuraa a) hoiva-avustajien määrän kehitystä ja osuutta henkilöstörakenteesta; b) työhön sijoittumista ja työtehtäviä sekä c) hoiva-avustajien, heidän kanssaan toimivien työntekijöiden ja johtajien arvioita. Seurantaa tehdään osana vanhuspalvelulain vaikutusten arviointia ja tarvittavin erilliselvytyksin.

Työsuhteessa olevat oppisopimuskoulutettavat lasketaan henkilöstömitoitukseen vasta, kun opinnoista on suoritettuna vähintään kaksi kolmasosaa. Muut sosiaali- ja terveydenhuollon opiskelijat voidaan laskea henkilöstömitoitukseen, mikäli heidät on palkattu toimintayksikköön sijaiseksi, kun heillä on opintojen kautta riittävästi hankittua osaamista alan tehtäviin. Työnantaja varmistaa opiskelijan ammattitaidon palkatessaan hänet toimintayksikköön sijaiseksi ja antaa työtehtävät sen mukaisesti.

Suositukset henkilöstön määräksi ja rakenteeksi tehostetussa palveluasumisessa, vanhainkodeissa ja terveyskeskussairaaloiden pitkäaikaishoidossa

Suositus henkilöstön ehdottomaksi vähimmäismääräksi on

- tehostetussa palveluasumisessa ja vanhainkodeissa 0,50 hoitotyöntekijää asiakasta kohden
- terveyskeskusten vuodeosastojen pitkäaikaishoidossa 0,60–0,70 hoitotyöntekijää asiakasta kohden.

Henkilöstön mitoittamisen lähtökohtana ovat aina asiakkaat tarpeineen: asiakkaiden fyysinen, kognitiivinen, psyykkinen ja sosiaalinen *toimintakyky ja palvelujen tarve* määrittävät mitoituksen tason.

Suositeltu henkilöstön vähimmäismitoitus tarkoittaa todellista mitoitusta, jossa poissaolevien työntekijöiden osuus korvataan sijaisilla. Pysyvä varahenkilöjärjestelmä on tästä syystä perusteltu vaihtoehto.

Toimintayksikön henkilöstöön lasketaan mukaan asiakkaan välittömään hoitoon osallistuvat sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijät kuten sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat, lähi- ja perushoitajat, sosiaalialan ohjaajat ja -kasvattajat, koulutetut kotiavustajat ja kodinhoitajat, geronomit ja kuntoutushenkilökunnasta fysioterapeutit ja toimintaterapeutit sekä lähiesimiehet, kuten osastonhoitajat. Lähiesimiehet ja kuntoutushenkilöstö huomioidaan henkilöstömitoitukseen kuitenkin vain sillä osuudella, kuin he osallistuvat välittömään (asiakaskohtaiseen) hoitotyöhön.

Mikäli yksikössä toimii muuta hoitotyöhön osallistuvaa henkilöstöä kuten hoito- tai laitospulaisiä, joilla ei ole sosiaali- tai terveydenhuol-

lon ammatillista peruskoulutusta, tai *hoiva-avustajia*¹⁰, heidät sisällytetään henkilöstömitoitukseen vain siltä osin, kun heidän työnsä sisältää asiakkaiden perustarpeisiin vastaamista, kuten avustamista ruokailussa, peseytymisessä, pukeutumisessa ja wc-käynneillä. Hoi-to- ja laitosapulaiset tai hoiva-avustajat eivät kuitenkaan voi olla yksin työvuorossa, eivätkä he saa vastata lääkityksistä.

Työsuhteessa olevat oppisopimuskoulutettavat lasketaan henkilöstömitoitukseen vasta, kun opinnoista on suoritettuna vähintään kaksi kolmasosaa. Muut sosiaali- ja terveydenhuollon opiskelijat voidaan laskea henkilöstömitoitukseen, mikäli heidät on palkattu toimintayksikköön sijaiseksi, kun heillä on opintojen kautta riittävästi hankittua osaamista alan tehtäviin. Työnantaja varmistaa opiskelijan ammattitaidon palkatessaan hänet toimintayksikköön sijaiseksi ja antaa työtehtävät sen mukaisesti.

Suosituksset vastuutyöntekijän nimeämiseksi ja rooliksi

Vastuutyöntekijä on nimettävä:

- niille moni- ja/tai pitkäaikaissairaille iäkkäille ja omaishoitoperheille, jotka tarvitsevat paljon eri ammattiryhmien ja/tai eri palveluntuottajien palveluja,
- niille iäkkäille, jotka käyvät paljon sairaaloiden päivystyksessä etenkin, jos muuta palvelua ei vielä ole haettu tai myönnetty,
- niille iäkkäille, jotka ovat kotiutumassa sairaalasta palvelujen yhteensovittamiseen liittyvissä asioissa.

Vastuutyöntekijän tarve on arvioitava palvelujen tarpeen selvittämisen yhteydessä ja vastuutyöntekijä nimettävä palvelun myöntämisen yhteydessä (sosiaalihuollossa hallintopäätös, terveydenhuollossa hoitopäätös). Mikäli asiakkaalle on jo nimetty muistikoordinaattori tai asiakasvastaava, eri vastuutyöntekijää tarvitse nimetä.

Vastuutyöntekijän tehtävänä on:

- tukea iäkästä henkilöä palvelujen ja etuuksien hakemiseen liittyvissä asioissa,

¹⁰ Sosiaali- ja terveysministeriö seuraa a) hoiva-avustajien määrän kehitystä ja osuutta henkilöstörakenteesta; b) työhön sijoittumista ja työtehtäviä sekä c) hoiva-avustajien, heidän kanssaan toimivien työntekijöiden ja johtajien arvioita. Seurantaa tehdään osana vanhuspalvelulain vaikutusten arviointia ja tarvittavin erilliselvityksin.

- seurata, että asiakkaan palvelut toteutuvat laadukkaasti ja hänen tarpeisiinsa nähden riittävinä ja oikea-aikaisina,
- seurata, että asiakkaan palvelusuunnitelma ja siihen liittyvät päätökset ovat ajantasaisia ja että palvelusuunnitelman toteutumista arvioidaan säännöllisesti,
- olla yhteydessä ja mahdollisuuksien mukaan koordinoida eri sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden palveluja, jotta asiakas saa tarvitsemansa tuen ja palvelut,
- -varmistaa, että asiakasta koskeva tieto kulkee eri tahojen välillä ja että iäkäs asiakas saa palvelua ja tukea silloin, kun tarvitsee.

JOHTAMINEN

Palveluiden järjestämiseen liittyvä johtaminen

Kuntien sosiaali- ja terveystoimen strategisen johtamisen keskeinen tehtävä on luoda edellytykset vaikuttaville palveluille, joilla tuetaan koko ikääntyneen väestön toimintakykyä ja turvataan iäkkäille henkilöille heidän tarpeitaan vastaava eheä ja laadukas palvelujen kokonaisuus.

Kuntien¹¹ sosiaali- ja terveyspalveluista vastaavilla johtajilla on velvollisuus toimivaltansa rajoissa huolehtia siitä, että kunnassa toteutettava ikääntymispolitiikka vastaa vanhuspalvelulain 2. luvussa asetettuja vaatimuksia. Heidän vastuullaan on huolehtia, että kunnassa

1. toimitaan yhteistyössä ikääntyneen väestön hyvinvoinnin tukemiseksi (vanhuspalvelulaki, 4 §)
2. laaditaan valtuustokausittain suunnitelma toimenpiteistä ikääntyneen väestön hyvinvoinnin tukemiseksi sekä palvelujen ja omaishoidon järjestämiseksi ja kehittämiseksi (vanhuspalvelulaki, 5 §)
3. varataan riittävät voimavarat suunnitelman toteuttamiseksi (vanhuspalvelulaki, 9 §)
4. arvioidaan vuosittain palvelujen riittävyyttä ja laatua (vanhuspalvelulaki, 6 §)
5. turvataan palvelujen yhdenvertainen saatavuus ja asiakkaiden kielellisten oikeuksien toteutuminen (vanhuspalvelulaki, 7 ja 8 §)

¹¹ Vähintään 20 000 asukkaan kunnat tai yhteistoiminta-alueet hoitavat tällä hetkellä voimassa olevan kunta- ja palvelurakenneuudistusta koskevan puitelain (169/2007) mukaan eräin poikkeuksin sosiaalihuollon ja perusterveydenhuollon tehtävät. Myös jatkossa järjestämisvastuu säilyy kuntien vastuulla.

6. hankitaan käyttöön riittävästi monipuolista asiantuntemusta (vanhuspalvelulaki, 10 §)
7. asetetaan vanhusneuvosto ja turvataan sen toimintaedellytykset ja mahdollisuudet osallistua kunnan toimintojen suunnitteluun, arviointiin ja seurantaan (vanhuspalvelulaki, 11 §)
8. järjestetään neuvontapalveluja ja muita iäkkään väestön hyvinvointia tukevia palveluja (vanhuspalvelulaki, 12 §).

Strategisen johdon vastuulla on kehittää kunnan palvelurakennetta niin, että ikääntyneen väestön hyvinvointia tukevat sekä iäkkäille henkilöille kotiin annettavat palvelut ovat ensisijaisen huomion kohteena. Kotihoidon ensisijaisuuden kannalta on tärkeää tukea omaisten ja läheisten edellytyksiä vastata iäkkäiden henkilöiden hoidosta ja huolenpidosta.

Strategisen johtamisen haasteena on suunnitella hyvin toimivat hoito- ja palveluketjut, jotka liittävät sosiaalitoimen, perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja kuntoutuksen palvelut eheäksi kokonaisuudeksi. Erityistä huomiota on kiinnitettävä eri palvelujen rajapintoihin sekä asiakkaan palvelutarpeiden muutosten johdosta välttämättömiin siirtymiin, kuten sairaalasta kotiutumiseen. Hoito- ja palveluketjujen johtaminen edellyttää yhteisesti sovittuja, eri osapuolten tiedossa olevia tavoitteita sekä selkeitä ja dokumentoituja vastuun ja työnjakoja.

Palvelurakenteen kehittämisen lisäksi strategisen johdon tehtävänä on luoda organisatoriset edellytykset sille, että iäkkäiden henkilöiden palvelujen tarpeet voidaan selvittää ja niihin voidaan vastata vanhuspalvelulain 3. luvussa säädetyllä tavalla. Tämä edellyttää muun muassa huolehtimista siitä, että kunnan käytettävissä on riittävästi monipuolista osaamista näiden tehtävien hoitamista varten.

Toimintayksiköiden lähijohtaminen

Toimintayksiköllä tarkoitetaan julkisen tai yksityisen palveluntuottajan ylläpitämää toiminnallista kokonaisuutta, jossa tuotetaan sosiaali- tai terveyspalveluja pääasiassa iäkkäille henkilöille joko palveluntuottajan omissa tiloissa tai iäkkään henkilön kotona (vanhuspalvelulaki, 3 §).

Toimintayksikön lähiesimiesten vastuulla on työn tarkoituksenmukainen organisointi, työkäytäntöjen ja henkilöstön osaamisen uudistaminen sekä toimintayksiköissä toimivan henkilöstön työhyvinvoinnin ja -turvallisuuden lisääminen.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen johtamisen laatua ja johtamisosaaamista on kehitettävä ja seurattava jatkuvasti, erityisesti henkilöstön saatavuuden ja ikäihmisten parissa tehtävän työn houkuttelevuuden lisäämiseksi. Hyvin

tärkeää on lähijohtajien johtamisosaaminen lähellä henkilöstöä ja iäkkäitä asiakkaita. Henkilöstön kohdentaminen iäkkäiden asiakkaiden palvelutarpeiden mukaisesti palveluihin muuttaa lähijohtamista ja tapaa työskennellä eri toimintayksiköissä.

Johtamisen haasteena on varmistaa toimintayksiköihin iäkkäiden asiakkaiden oikeudet huomioiva ja asiakasta kunnioittava toimintakulttuuri sekä kuntoutumista edistävän toiminnan toteuttaminen. Henkilöstön osaamisen, työhyvinvoinnin ja työturvallisuuden kehittämiseksi johtamisen tavoitteena on paitsi turvata osaavan henkilöstön riittävä määrä, myös varmistaa osaamisen järjestelmällinen kehittäminen. Niin ikään johtamisen haasteena on tunnistaa työntekijöiden hyvinvointia uhkaavia fyysisiä ja psyykkisiä kuormitustekijöitä, joita ovat asiakassuhteisiin liittyvät tekijät, rutiininomaisuus, itsenäisyyden puute, kiire ja työilmapiirin ongelmat. Tunnistettujen hyvinvointia uhkaavien tekijöiden poistamiseksi ja työstä palautumisen mahdollisuuksien edistämiseksi on etsittävä ratkaisuja aktiivisesti. Jotta iäkkäiden henkilöiden parissa työskentelevä henkilöstö voisi hyvin työssään, tarvitaan henkilöstöä osallistavaa johtamistapaa, joka samalla lisää luottamusta.

Siirryttäessä joustavaan, asiakkaiden palvelutarpeiden vaihteluun perustuvaan henkilöstön kohdentamiseen, henkilöstöjohtaminen muuttuu dynaamisemmaksi ja joustavammaksi. Johtamisen haasteeksi nousee moniammatillisten tiimien johtaminen.

Johtamistyö vaatii oman aikansa, jolloin lähiesimiesten aikaa ei välttämättä ole käytettävissä välittömään asiakastyöhön, etenkin suuremmissa toimintayksiköissä. Lähijohtajana toimivalta edellytetään soveltuvaa sosiaali- ja terveydenhuollon koulutusta sekä esimies- ja johtamiskoulutusta ja/tai vankkaa kokemusta johtamisesta.

Seuranta- ja arviointijärjestelmät

Jotta eri kuntien ja palveluntuottajien toimintaa voidaan vertailla kansallisella tasolla, tarvitaan toimivat palvelujen seurantajärjestelmät, jotka toimivat tietoon perustuvan johtamisen perustana. Tätä varten tarvitaan paikalliset arviointi-, seuranta- ja palautejärjestelmät sekä toiminnanohjausjärjestelmät.

SUOSITUKSET

Johtaminen palveluiden järjestämisessä

Kunnan sosiaali- ja terveystoimen strateginen johto vastaa siitä, että kunnassa on vanhuspalvelulain (5 §) edellyttämä suunnitelma ikääntyneen väestön tukemisesta ja siinä tavoitteet kunnan iäkkäiden asukkaiden tarpeita vastaavalle palvelurakenteelle ja -valikoiden malle. Strateginen johto huolehtii suunnitelman mukaisten tavoitteiden toteuttamisesta käytännön toiminnassa. Tämä edellyttää, että suunnitelman toteuttamiseen varataan riittävästi resursseja.

Strateginen johto vastaa siitä, että iäkkäiden henkilöiden palvelutarpeiden mukaisia palveluja on saatavilla. Palvelujen hankinnassa on kiinnitettävä erityistä huomiota palvelujen laatuun: palvelunjärjestäjä toteuttaa hankintaprosessin ja muotoilee hankintasuoritteet siten, että hyvä laatu on hankinnan keskiössä (hyvästä laadusta palkitseminen).

Johdon vastuulla on huolehtia, että palvelurakenne ja -valikoima ovat toimivat ja että palvelut ovat laadukkaita. Sen tehtävänä on myös varmistaa, että palvelujen rakennetta ja sisältöä uudistetaan innovatiivisesti sen mukaan kuin asiakkaiden muuttuvat tarpeet edellyttävät.

Strateginen johto varmistaa, että kunnissa on käytettävissä erityisosaamista hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä, geriatriasta, gerontologisesta hoitotyöstä ja sosiaalityöstä, monialaisesta kuntoutuksesta, ravitsemuksesta, suun terveydenhuollosta ja lääkeshoidosta. Erityistä huomiota on kiinnitettävä muistisairauksien varhaiseen tunnistamiseen, hoitoon ja kuntoutukseen liittyvään osaamiseen.

Strateginen johto huolehtii siitä, että kunnassa ja sen järjestämiä palveluja tuottavissa toimintayksiköissä otetaan käyttöön asianmukaiset arviointi-, seuranta- ja palautejärjestelmät sekä toiminnanohjausjärjestelmä ja varmistavat, että niistä tuotetaan säännöllistä vertailutietoa johtamisen ja omavalvonnan tueksi.

Toimintayksikkö- ja lähijohtaminen

Lähijohtajat yhdessä henkilöstönsä kanssa vastaavat iäkkään henkilön oikeuksien ja osallisuuden toteutumisesta sekä iäkkäitä asiakkaita kunnioittavan toimintakulttuurin kehittämisestä toimintayksiköihin.

Lähijohtajat varmistavat, että kuntoutumista ja toimintakykyä edistäviä toimintamalleja toteutetaan jokaisessa toimintayksikössä.

Lähijohtajien osaamista ja osallistavaa johtamista kehitetään siten, että turvataan henkilöstön hyvinvointi, luottamus ja turvallisuus ja siten turvataan työyhteisöjen vetovoima.

Toimintayksikön johtajat huolehtivat:

- henkilöstön riittävydestä, monipuolisesta osaamisesta ja osaamisen järjestelmällisestä kehittämisestä,
- henkilöstön tarkoituksenmukaisesta ja joustavasta kohdentamisesta,
- henkilöstön hyvinvoinnin ja oppimisen tukemisesta,
- kannustuksesta palvelutoiminnan kehittämiseen ja uusien toimintatapojen innovointiin.

Toimintayksikön johtajat ja lähiesimiehet varmistavat, että omavaltontaa toteutetaan järjestelmällisesti.

Kansallinen taso

Kansallisella tasolla kehitetään toimivat ja vertailujen teon mahdollistavat ikäihmisten palvelujen seurantajärjestelmät.

IHMISIIN KOHDISTUVIEN VAIKUTUSTEN & KUSTANNUSVAIKUTUSTEN ARVIOINTI

Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi

Iäkkäisiin ihmisiin kohdistuvia vaikutuksia on arvioitava niin valtakunnallisella kuin paikallisellakin tasolla muutoksia suunniteltaessa, muutoksia toimeenpantaessa ja niiden vaikutuksia arvioitaessa. Arviointi:

- vahvistaa iäkkäiden ihmisten ja heidän läheistensä osallisuutta - antaa mahdollisuuden osallistua päätöksentekoon,
- tuottaa tietoa palvelujen nykytilasta ja kehittämistarpeista,
- tuo esiin toiminnan ja päätösten ennakoituja vaikutuksia.

Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arvioinnin eri muotoja ovat:

1. *Ennakkoarviointi*, jolloin suunnitteilla olevan päätöksen, toimenpiteen tai ohjelman todennäköisiä vaikutuksia iäkkäiden ihmisten elämään arvioidaan ennen päätöksen toteuttamista.
2. *Prosessiarviointi*, jolloin vaikutuksia ja toimeenpanon sujumista analysoidaan päätöksen/toimenpiteen/ohjelman toteutuksen yhteydessä.
3. *Seuranta*, jolloin selvitetään, miten aikaisemmin jo tehty päätös/toimenpide/ohjelma on vaikuttanut iäkkäiden ihmisten elämään.

Arvioinnin kohteet ovat sekä välittömiä että välillisiä:

- *välittömiä vaikutuksia* ovat esimerkiksi muutokset asiakkaiden toimintakyvyssä ja elämänlaadussa, palvelujen saatavuudessa, asuin- ja hoitoympäristössä, osallisuudessa jne.,
- *välillisiä vaikutuksia* ovat esim. muutokset palvelurakenteessa.

Suosituksen toimeenpanolla ennakoidaan olevan iäkkäille ainakin seuraavia hyvinvointi- ja terveysvaikutuksia:

- enemmän tukea mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen lisäämiseksi ja hyvinvointi- ja terveyserojen kaventumiseksi,
- enemmän mahdollisuuksia optimaaliseen toimintakykyyn ja terveyteen yksilöllisten, kattavan palvelutarpeen arviointiin perustuvien palvelujen avulla, jotka
 - ylläpitävät ja lisäävät toimintakykyä ja kuntoutumista kaikissa eri toimintaympäristöissä, kotona, palvelutalossa tai muissa ympärivuorokautista hoitoa tarjoavissa toimintayksiköissä,
 - aina kun mahdollista perustuvat näyttöön käytettävien menetelmien vaikuttavuudesta, ensisijaisesti kotona,
- lisää osallisuuden ja vaikuttamismahdollisuuksia.

Kustannusvaikutusten arviointi

Työryhmän ehdottama palvelurakenteen muutos on jatkoa Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa vuonna 2008 esitetylle rakennemuutokselle. Tavoitteeksi asetettu palvelurakenteen muutos hillitsee toteutuessaan sosiaali- ja terveystalouden kustannusten kasvua. Mikäli palvelurakenteita ei uudisteta, kustannusten kasvua on vaikea hillitä, kun väestön ikärakenne muuttuu nopeasti ja palvelutarpeet kasvavat. Rakenteiden ohella myös palveluprosesseja on uudistettava. Kustannukset kasvavat joka tapauksessa, koska iäkkäiden ihmisten määrä kasvaa, mutta erilaisilla valinnoilla on erilaiset seuraukset käyttökustannuksiin.

Kustannusvaikutuksia arvioidaan seuraavasti:

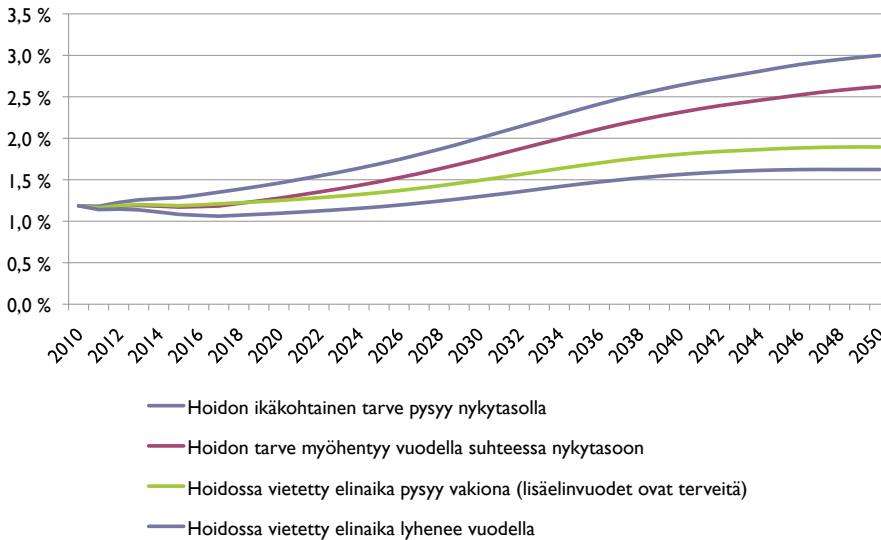
1. Ympäri vuorokautisen hoidon tarpeen vähenemistä skenaarioiden.
2. Ehdotetun palvelurakennemuutoksen vaikutuksia käyttökustannuksiin ennakoiden.

Väestön ikääntyminen lisää iäkkäiden palvelujen tarvetta. Oheisessa laskelmassa (kuviot 5.) arvioidaan ympärivuorokautisen hoidon kustannusten kasvua vuoteen 2050 saakka. Laskelmassa verrataan ympärivuorokautisen hoidon kustannusten ikäjakaumaa Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaiseen ikäluokittaiseen väestön kasvuun. Kussakin skenaariossa oletetaan, että ympärivuorokautisen hoidon palvelujakauma pysyy nykymuotoisena.

Yksi kustannusennusteisiin keskeisesti vaikuttava tekijä on oletus siitä, miten ikäkohtainen hoivapalveluiden tarve kehittyy eliniän pidentyessä. Laskelmissa tarkastellaan vaihtoehtoisia skenaarioita tämän tekijän suhteen. Yksi lähestymistapa olettaa, että ikäkohtainen hoidon tarve pysyy nykytasolla. Tällöin eliniän piteneminen johtaa ympärivuorokautisessa hoidossa vietetyn ajan pitenemiseen niiden iäkkäiden kohdalla, jotka tarvitsevat näitä palveluita. Tämä oletus kuvaa tilannetta, jossa lisäelinvuodet eivät ole terveitä elinvuosia. Päinvastaisesti voidaan olettaa, että iäkkäiden ikäkohtainen terveys ja toimintakyky paranevat tulevaisuudessa. Tätä tilannetta kuvaa skenaario, jossa hoidossa vietetyn elinajan oletetaan lyhenevän samalla, kun kokonaiselinaika pitenee. Näiden lisäksi laskelmissa on tarkasteltu kahta muuta vaihtoehtoa, joissa hoidossa vietetyn ajan kehitys sijoittuu edellä mainittujen reunatapauksien väliin.

Kuvio 5. osoittaa, että ympärivuorokautisen hoidon kustannukset kasvavat huomattavasti jokaisessa skenaariossa. Hoidon tarpeen ikäkohtainen kehitys vaikuttaa kuitenkin merkittävästi tuloksiin. Skenaariossa, jossa hoidossa vietetty aika lyhenee, menojen kasvu on maltillista kustannusten bkt-suhteen kasvaessa 1,2 prosentista 1,6 prosenttiin. Jos ikäkohtainen hoidon tarve jää sen sijaan nykytasolle, menojen bkt-suhte yli kaksinkertaistuu päätyen 3 prosenttiin vuoteen 2050 mennessä.

Kuvio 5. Ympäri vuorokautisen pitkäaikaishoidon menot eri oletuksilla hoidon tarpeen kehityksestä - Projektio vuoteen 2060 (Menot prosenttia bkt:sta)



Taulukossa 3. esitetään laskennallinen esimerkki siitä, miten eräiden palvelujen kustannukset¹³ muuttuisivat vuodesta 2011 vuoteen 2017, jos palvelurakenne muuttuisi. Kustannusvertailu on tehty vuoden 2011 hinnoin, jotta on saatu näkyviin palvelurakenteen muuttumisen vaikutus. Laskelma on laskennallinen myös siinä mielessä, että siinä ei oteta huomioon asiakaskunnan hoitoisuuden muutosta (avopalvelujen kustannukset nousevat, jos niiden piiriin tulee aiempaa enemmän apua tarvitsevia asiakkaita).

Nykyisen palvelurakenteen ylläpitäminen on kallein vaihtoehto. Jos palvelurakenne olisi vuonna 2017 samanlainen kuin vuonna 2011, palvelujen bruttokäyttökustannukset kasvaisivat 503 miljoonaa euroa (Vaihtoehto A). Kustannusten kasvu selittyy ikääntyneen väestön määrän kasvulla.

Muissa vaihtoehtoisissa (B ja C) palvelujen kustannukset kasvaisivat vähemmän, sillä asiakkaat sijoittuisivat enemmän avopalveluihin. Vaihtoehtojen B ja C kustannuksiin vaikuttaa kuitenkin myös se, että tehostetussa palveluasumisessa palvelujen bruttokustannukset eivät sisällä asumisen kustannuksia (kuten laitoshoidossa). Asiakkaat maksavat itse vuokran ja lääkkeet, joihin he saattavat saada eläkkeensaajan asumistukea ja sv-lääkekorvauksia.

Taulukko 3. Laskennallinen esimerkki ikääntyneen väestön määrän ja palvelujen kattavuuden muutosten vaikutuksesta eräiden palvelujen kustannusten kehitykseen vuodesta 2011 vuoteen 2017.

Palvelurakennevaihtoehdot (% 75 vuotta täyttäneistä)	Palvelujen kustannusten muutos 2011–2017 (vuoden 2011 hinnoin)
Vaihtoehto A. Nykyinen palvelurakenne (v. 2011 palvelurakenne) – kotihoito 12,2 % – omaishoidon tuki 4,4 % – tehostettu palveluasuminen 5,9 % – vanhainkoti 3,0 % – terveyskeskuksen vuodeosasto 1,3 % – yhteensä em. palvelujen piirissä: 27 %	+503 milj. euroa
Vaihtoehto B. – kotihoito 13 % – omaishoidon tuki 6 % – tehostettu palveluasuminen 6 % – vanhainkoti 2 % – terveyskeskuksen vuodeosasto 1 % – yhteensä em. palvelujen piirissä: 28 %	+163 milj. euroa
Vaihtoehto C. – kotihoito 14 % – omaishoidon tuki 7 % – tehostettu palveluasuminen 7 % – vanhainkoti 1 % – terveyskeskuksen vuodeosasto 1 % – yhteensä em. palvelujen piirissä: 30 %	+172 milj. euroa

KESKEISET KÄSITTEET

Asiakaslähtöisyys

Asiakaslähtöisyys on palvelutoiminnan tarkastelua ja erittelyä palvelua saavan asiakkaan näkökulmasta. Asiakaslähtöisesti toimivan organisaation toiminta suunnitellaan siten, että palveluja saavan asiakkaan tarpeet ja voimavarat ovat keskiössä ja asiakas on voimiensa mukaisesti mukana palvelun tarpeiden arvioimisessa, palvelun suunnittelussa, toteutuksessa ja palvelun vaikutusten ja laadun arvioimisessa. Asiakkaiden mahdollisuus tehdä valintoja on osa asiakaslähtöisyyttä.

Ennakkoarviointi

Ennakkoarvioinnilla tarkoitetaan tässä yhteydessä *ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointia* (IVA), prosessia, jossa ennalta arvioidaan tekeillä olevien päätösten vaikutuksia ikäihmisten hyvinvointiin ja terveyteen. Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi voidaan toteuttaa laajana tai nopeutettuna. Nopeaa ennakkoarviointia käytetään sellaisenaan päätöksenteossa ja laajemman ennakkoarvioinnin tarpeen tunnistamiseksi. Laaja ennakkoarviointi edellyttää tarkkaa suunnitelmaa ja voimavaroja.

Esteettömyys

Esteettömyys on laaja kokonaisuus, joka mahdollistaa kaikkien kansalaisten sujuvan osallistumisen arjen askareisiin, harrastuksiin, kulttuuriin ja opiskeluun. Se merkitsee palvelujen saatavuutta, välineiden käytettävyyttä, tiedon ymmärrettävyyttä ja mahdollisuutta osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon. Fyysisen ympäristön esteettömyys tarkoittaa kaikille käyttäjille toimivaa, turvallista ja miellyttävää rakentamista. Kaikkiin tiloihin ja kerrostasoihin on helppo päästä. Lisäksi tilat ja niissä olevat toiminnot ovat mahdollisimman helppokäyttöisiä ja loogisia.

Gerontologia

Gerontologia on tieteenala, joka tutkii ikääntymistä ja iäkkäitä ihmisiä. Se on vanhenemisen tieteellistä tutkimista selvittäen vanhenemisen mukanaan tuomia muutoksia: mitä vanheneminen on, mitkä eri tekijät säätelevät van-

henemismuutoksia ja miten niihin voidaan vaikuttaa. Gerontologia tutkii, millaisia seurauksia vanhenemisella on yksilöihin, yhteisöihin ja yhteiskuntaan. Gerontologian alaan kuuluvat mm. geriatria, gerontologinen hoitotyö ja -tiede, sosiaaligerontologia, kulttuurigerontologia, psykogerontologia, poliittinen gerontologia ja ympäristögerontologia.

Geriatria

Geriatria on iäkkäiden hoidon lääketieteellinen erikoisala, joka keskittyy niihin fyysisiin, henkisiin, toiminnallisiin ja sosiaalisiin olosuhteisiin, joita tavataan iäkkäiden potilaiden äkillisissä ja pitkäaikaissairauksissa, kuntoutuksessa, preventiossa ja elämän loppuvaiheen hoidossa.

Gerontologinen hoitotyö

Gerontologinen hoitotyö tarkoittaa iäkkään ihmisen hyvinvoinnin – terveyden ja toimintakyvyn – saavuttamiseen ja säilyttämiseen pyrkivää hoitotyön erityisalaa. Gerontologisen hoitotyön kokonaisuuteen kuuluvat hoitotyön etiikka ja erityisosaaminen, jossa hyödynnetään hoitotyön tiedon lisäksi gerontologista tietoa ja toimitaan moniammatillisissa tiimeissä. Gerontologinen hoitotyö soveltaa ikääntymiseen liittyvää teoreettista tietoa iäkkäiden hoitotyöhön, ja sen tavoitteena on ikäihmisten terveyden edistäminen ja ylläpito sekä sairauksien hoito.

Gerontologinen sosiaalityö

Gerontologinen sosiaalityö eli vanhussosiaalityö on sosiaalityön erityisala, jonka tavoitteena on vahvistaa iäkkäiden toimintakykyä, hyvinvointia, elinympäristöä, sosiaalisia olosuhteita ja yhteisöjen toimivuutta. Gerontologinen sosiaalityö on elämänhallintaa ja itsemääräämisoikeuden toteutumista tukevaa työtä. Tarkoituksena on auttaa iäkästä asiakasta saamaan tarvittavat palvelut sekä sosiaalityön tukitoimenpiteet ja vastata niiden valmistelusta ja toteutuksesta.

Geroteknologia

Iäkkäille suunniteltu teknologia, jonka suunnittelussa yhdistyvät gerontologinen ja teknologinen tieto.

Henkilöstömitoitus tehostetussa palveluasumisessa, vanhainkodeissa ja terveyskeskussairaaloiden pitkäaikaishoidossa

Henkilöstömitoituksella tarkoitetaan henkilöstön ja hoidettavien asiakkaiden/potilaiden välistä laskennallista suhdelukua. Esimerkiksi, jos työyksikössä työskentelee 20 hoitotyöntekijää ja yksikössä on yhteensä 40 asiakasta, henkilöstön ja asiakkaiden välinen laskennallinen suhdeluku on 20/40 eli 0,5.

Henkilöstömitoitus kotihoidossa

Henkilöstön vähimmäismäärä kotihoidossa määritellään a) laskemalla yhteen asiakkaalle päätöksellä myönnetty palveluaika tunteina (terveydenhuollossa hoitopäätös, sosiaalihuollossa hallintopäätös) ja b) käytettävissä olevan henkilöstön välittömään asiakastyöaikaan käytettävissä aika tunteina. Kun jaetaan henkilöstön välittömään työaikaan käytettävissä oleva tuntimäärä kotihoidon asiakkaille päätöksellä myönnettyllä tuntimäärällä ja kerrotaan sadalla, saadaan suhdeluku, joka kertoo, kuinka suuri osa myönnetystä palvelusta pystytään toteuttamaan. Jakamalla asiakkaille päätöksellä myönnetty palveluaika esimerkiksi yhden kotihoitajan käytettävissä olevalla tuntimäärällä, saadaan selville tarvittavan henkilöstön lukumäärä.

Kiireellinen palvelutarve

Vanhuspalvelulain perustelujen mukaan kiireellisten palvelujen tarve on kysymyksessä esimerkiksi silloin, kun aiemmin itsenäisesti suoriutuneen iäkkään henkilön kunto äkillisesti heikkenee niin, ettei hän enää selviydy ilman apua. Kiireellisiä palveluja voidaan tarvita myös, jos iäkästä henkilöä hoitanut omaishoitaja sairastuu tai menehtyy yllättäen, ja hoidettava jää ilman tarvitsemaansa hoitoa. Iäkäs henkilö voi tarvita kiireellistä apua myös silloin, kun hänen kotinsa tuhoutuu esimerkiksi tulipalon tai muun vastaavan onnettomuuden vuoksi.

Kotihoito ja kotihoidon asiakkaat

Kotihoitoon sisältyy kotipalvelua tukipalveluineen ja kotisairaanhoidtoa sisältäen siihen liittyvän kuntoutuksen. Säännöllisen kotihoidon asiakkaita ovat ne kotipalvelun/ kotisairaanhoidon asiakkaat, joilla on voimassa oleva palvelu- ja hoitosuunnitelma asuinpaikasta riippumatta.

Seurantaindikaattorissa säännöllisen kotihoidon asiakkaiksi lasketaan ne kotipalvelun tai kotisairaanhoidon asiakkaat, joilla on laskentapäivänä (30.11.) voimassa oleva palvelu- ja hoitosuunnitelma tai jotka muuten (ilman palvelusuunnitelmaa) saavat säännöllisesti vähintään kerran viikossa palveluja. Asiakkaisiin ei kuitenkaan sisälly niitä henkilöitä, jotka ovat laitoshoidossa tai asumispalvelujen piirissä laskentapäivänä, vaikka heillä olisi voimassa oleva palvelu- ja hoitosuunnitelma.

Kotiin annettavat palvelut

Yksityiskodissa tai tavallisessa palveluasunnossa asuvalle asiakkaalle hänen kotonaan annettavia palveluita, joita ovat a) kunnan järjestämisvastuulla oleva kotipalvelu tai sen tukipalvelut, b) kunnan järjestämisvastuulla oleva kotisairaanhoido ja kotona annettava kuntoutus, c) omaishoidon tuki tai omaishoitoa tukevat palvelut, d) asuminen ja asumista tukevat palvelut tavallisessa (ei-ympäri vuorokautisessa) palveluasunnossa, e) muut palvelusuunnitelmassa mainitut, kotona annettavat palvelut

Kotona asuva henkilö

Kotona asuviksi lasketaan muut kuin sairaaloissa ja terveyskeskuksissa pitkäaikaishoidossa, vanhainkodeissa, vanhusten tehostetussa palveluasumisessa, kehitysvammalaitoksissa tai kehitysvammaisten autetussa asumisessa olleet. Väestötietoina käytetään vuoden viimeisen päivän tietoa.

Kuntoutumista edistävä työtap

Kuntoutumista edistävän työtavan tavoitteena on parantaa asiakkaiden elämänhallintaa ja tukea asiakkaan omia voimavaroja selviytyä arjessa. Parhaimmillaan työtap perustuu asiakkaan ja työntekijän yhteiseen työskentelyyn, jossa pyritään rohkaisemaan asiakasta päättämään asioistaan ja yhdessä saamaan aikaan muutos asiakkaan elämäntilanteessa ja toimintaedellytyksissä vahvistamalla hänen omaa toimintakykyään ja vastuunottoaan. Työssä käytetään erilaisia selviytymistä ja elämänhallintaa edistäviä tai asiakkaan omatoimisuutta tukevia työtapoja. Iäkkään henkilön kanssa voidaan yhdessä valmistaa ateria, käydä ostoksilla hakemassa siihen tarvittavat aineet ja tehdä yhdessä muitakin asiakkaan itsensä esille nostamia arkisia askareita, joissa asiakkaalla on vaikeuksia

suoriutua, joko voimattomuuden tai tasapainovaikeuksien taikka muun syyn takia. Kuntoutumista edistävää toimintaa on olennainen osa kotihoitoa ja ympärivuorokautista palvelua, jossa paljon apua ja tukea tarvitsevat asiakkaat myös hyötyvät säännöllisestä kuntouttavasta toimintatavasta.

Kuntoutus

Kuntoutus on suunnitelmallista, tavoitteellista ja monialaista, yleensä kestoltaan rajattua mutta pitkäjänteistä toimintaa, jonka tavoitteena on auttaa kuntoutujaa hallitsemaan elämäänsä tilanteissa, joissa hänen mahdollisuutensa sosiaaliseen selviytymiseen ja osallisuuteen ovat eri syistä uhattuina tai heikentyneet. Ihmisen arjen kannalta kuntoutus merkitsee toimintaedellytysten tukemista ja järjestämistä. Kuntoutus sisältää erilaisia palveluja, kuten neuvontaa, terapioita, koulutusta, apuvälinepalveluja ja asunnon korjaustöitä. Kuntoutuksen keinoin tähdätään ihmisen toimintakyvyn ja työkyvyn parantamiseen tai säilymiseen ja mahdollisimman itsenäiseen selviytymiseen elämän eri tilanteissa. Kuntoutuksen kokonaisuuteen kuuluu sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon palveluita, ja kuntoutujan omalla ja hänen läheistensä toiminnalla on kuntoutuksessa keskeinen osuus.

Avokuntoutus

Avokuntoutus ja siihen kuuluvat erilaiset terapiat sekä psykososiaalinen toiminta toteutetaan julkisen, yksityisen tai 3. sektorin kuntoutusyksikössä tai toimitilassa, jonne asiakas tulee yksilölliseen tai ryhmäkuntoutukseen.

Kotikuntoutus

Psykososiaalinen toiminta- ja liikuntakykyä ylläpitävä ja edistävä kuntoutus toteutetaan iäkkään henkilön omassa kodissa tai palveluasunnossa. Harjoittelua voidaan toteuttaa myös ulkona sekä asuin- ja elinympäristössä. Kotikuntoutus voi sisältää yksilöllisesti toteutettuja, lihasvoimaa, tasapainoa ja koordinaatiota kehittäviä liikkeitä sekä näiden harjoitusten avulla kotiaskareissa selviytymisen tukemista. Psykososiaalinen kuntoutus tähtää vuorovaikutuksen, mielialan, osallistumisen ja sosiaalisen yhteyden tukemiseen esimerkiksi keskustelun, kuuntelemisen, harrastuksiin ja ryhmiin ohjaamisen sekä näissä toimimisen avulla.

Laitoskuntoutus

Laitoskuntoutus toteutetaan pääasiassa yksityisen tai 3. sektorin kuntoutuslaitoksissa, sotainvalidien sairas- ja veljeskodeissa tai kylpylöissä, myös sosiaali- ja terveydenhuollon ympärivuorokautisessa yksikössä voi asiakas olla kuntoutusjaksolla. Asiakas saa majoituksen ja täysihoidon kuntoutusjaksolla, jonka pituus vaihtelee kuntoutustarpeen arvioinnin mukaan, esimerkiksi veteraanien laitoskuntoutusjaksot vaihtelevat 10 vrk - 4 viikon jaksoissa. Laitoskuntoutusjakso sisältää erilaisia yksilö- ja ryhmätapaamisia, terapioiden ja keskustelua sekä harrastus- ja virkistystuokioita. Kuntoutus toteutetaan moniammatillisena.

Kuntoutus muistisairauksissa

Muistisairauksien eri vaiheissa kuntoutus voi olla toimintakykyä parantavaa, ylläpitävää tai useimmiten sen heikkenemistä hidastavaa. Kuntoutuksen tavoitteena on muistisairaana itsenäisyyden ja integriteetin, elämänhallinnan, toimintakyvyn ja hyvinvoinnin optimointi. Muistisairaana lisäksi hänen lähiomaisellaan on keskeinen rooli onnistuneen kuntoutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa. Kuntoutus kokonaisuudessaan edellyttää muistisairaana henkilön tarpeiden ja toiveiden kuuntelua sekä toimintakyvyn tukemista yhdessä henkilön kanssa hänen edellytyksensä huomioon ottaen. Kuntoutus kohdentuu paitsi fyysiseen, myös psyykkiseen, sosiaaliseen ja kognitiiviseen toimintakykyyn. Tässä kuntoutus ymmärretään laaja-alaisena lähestymistapana muistisairaana ongelmiin.

Laatu

Laatu tarkoittaa palvelun kykyä vastata asiakkaiden selvitettyihin palvelutarpeisiin järjestelmällisesti, vaikuttavasti, säännösten mukaan ja kustannustehokkaasti. Laadun arviointikohteet voidaan määrittää rakenne- ja prosessitekijöihin sekä lopputuloksiin. Rakennetekijät luovat toiminnalle edellytykset. Näitä ovat esimerkiksi henkilökunnan määrä ja rakenne, johtamis- ja työnjakokäytännöt ja hoitoympäristöt, ylipäätään tekijät, jotka luovat edellytyksiä toimiville prosesseille ja sitä kautta vaikuttaville tuloksille. Prosessitekijät käsittävät koko toimintaprosessin, joka alkaa asiakkaan saapuessa palvelujen piiriin ja päättyy hänen poistuessaan. Prosessia arvioidaan kiinnittämällä huomio toimintaan: onko toiminta sellaista, että se takaa laadukkaan ja vaikuttavan hoidon ja palvelun asiakkaalle. Lopputulosten arviointi viittaa tavoitteiden saavuttamiseen: saavutettiinkö asiakkaan tilassa tai käyttäytymisessä sellaisia muutoksia, joita tavoiteltiin.

Laadukas palvelu ylläpitää tai parantaa asiakkaan toimintakykyä ja lisää terveyshyötyä. Pitkäaikaisesti käytettävien palvelujen laatu on a) vaikuttavaa ja turvallista; b) asiakaslähtöistä ja asiakkaan tarpeisiin vastaavaa ja c) hyvin koordinoitua.

Laatuindikaattori

Tieto, joka kertoo jotakin kohteena olevan toiminnan laadusta. Joskus indikaattorina käytetään sanallista kuvailua, mutta yleensä pyritään parempaan vertailtavuuteen ja laadusta kertoviin lukuarvoihin. Lukuarvot ovat yleensä suhdelukuja, joissa osoittaja kertoo laatutapahtumien (joko tavoiteltuja tai vältettäviä) määrän ja nimittäjä sen luvun, johon osoittaja suhteutetaan, esimerkiksi toimintayksikön hoitopäivien lukumäärä vuodessa. Synonyymi: Laatumittari.

Laitoshoito

Laitoshoito -seurantaindikaattori sisältää kaikki vanhainkodeissa laskentapäivänä (31.12.) hoidossa olleet 75 vuotta täyttäneet asiakkaat sekä terveyskeskusten vuodeosastoilla laskentapäivänä (31.12.) olleet 75 vuotta täyttäneet pitkäaikaisasiakkaat, jotka saavat ympärivuorokautista hoitoa.

Vanhainkotihoito on ikääntyneiden laitoshoidon sosiaalitoimessa.

Terveyskeskusten pitkäaikaishoito; Terveyskeskusten laitoshoidon lasketaan terveyskeskusten yleislääkärijohtoisilla osastoilla annettu hoito. Kunnallisten terveyskeskusten lisäksi mukaan lasketaan myös joitakin muita kunnallisia tai yksityisiä palveluntuottajia, jotka vastaavat terveyskeskustoiminnasta tietyllä alueella. Pitkäaikaista hoito on silloin, kun asiakkaalle on tehty pitkäaikaishoitopäätös tai kun asiakas on ollut hoidossa yli 90 vuorokautta.

Omaishoito ja omaishoidon tuki

Omaishoidolla tarkoitetaan vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön hoidon ja huolenpidon järjestämistä kotiloissa omaisen tai muun hoidettavalle läheisen henkilön avulla

Omaishoidon tuki tarkoittaa ikääntyneen, vammaisen tai sairaan henkilön kotiloissa tapahtuvan hoidon ja huolenpidon turvaamiseksi annettavaa hoitopalkkiota ja -palveluja, jotka määritellään hoidettavan palvelusuunnitelmassa. Kunta ja hoitaja tekevät omaishoidon tuesta sopimuksen. Omaishoidon tuen asiakkaiksi lasketaan omaishoidon tuella vuoden aikana hoidetut asiakkaat.

Palveluasuminen

Palveluasuminen sisältää aina sekä asumisen (vuokrasopimus) että siihen kiinteästi liittyvät hoiva- ja hoitopalvelut. Tällaisia palveluja voivat olla esimerkiksi kodinhoitoapu ja hygieniapalvelut. Osa yksiköistä on palvelutaloja, joissa asiakkailla on omat huoneistot ja osa esimerkiksi ryhmäkoteja ja pienkoteja. Tavallisen palveluasumisen palvelukokonaisuuteen ei kuulu ympärivuorokautista jatkuvaa ammatillista läsnäoloa ja valvontaa. Tehostettuun palveluasumiseen kuuluu ympärivuorokautista jatkuvaa ammatillista läsnäoloa ja valvontaa.

Tehostetussa palveluasumisessa seurantaindikaattoriin lasketaan ne henkilöt, jotka ovat asiakkaina laskentapäivänä (31.12.)

Palveluohjaus

Palveluohjaus on asiakaslähtöinen ja asiakkaan etua korostava työtap. Siinä tarkoitetaan sekä asiakastyön menetelmää (case management) että palveluiden yhteensovittamista organisaation tasolla (service co-ordination). Palveluohjaus on työmenetelmä, jolla kootaan palvelut asiakkaan tueksi ja lievennetään palvelujärjestelmän hajanaisuuden haittoja. Palveluohjauksen tavoitteena on tunnistaa asiakkaan yksilölliset tarpeet ja järjestää asiakkaalle hänen tarvitsemansa palvelut ja tuki. Yksilökohtaisen palveluohjauksen keskeinen sisältöön kuuluu neuvonta, koordinointi ja asiakkaan asioiden hoitaminen tai siinä avustaminen. Näihin liittyvät kiinteästi palvelujen tarpeen yksilöllinen arviointi, suunnittelu ja voimavarat.

Palvelurakenne

Palvelurakenne tarkoittaa kunnan tai yhteistoiminta-alueen järjestämien sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaisuutta, joilla vastataan tietyn väestön palvelutarpeisiin. Rakenne esitetään usein vuoden aikana annettujen palveluiden määränä, joka on suhteutettu väestöön.

Palvelusuunnitelma

Vanhuspalvelulaissa (17 §) säädetty palvelusuunnitelma on sama kuin sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 7 §:ssä tarkoitettu suunnitelma. Viittaus nimenomaan sosiaalihuoltoa toteutettaessa tehtävään

suunnitelmaan on perusteltu sen vuoksi, että iäkkään henkilön palvelutarpeiden kokonaisvaltainen selvittäminen ja siihen perustuva suunnittelu painottuvat enemmän sosiaalihuollon kuin terveydenhuollon alueelle, vaikkakin ne edellyttävät useimmiten hyvää yhteistyötä näitä alueita edustavien asiantuntijoiden kesken. Tarvittaessa iäkkäälle henkilölle on tehtävä myös laissa potilaan asemasta ja oikeuksista tarkoitettu suunnitelma mieluiten yhdistettynä sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa tarkoitettuun suunnitelmaan. Suunnitelmassa kuvattuun palvelukokonaisuuteen voi kuulua erilaisina yhdistelminä esimerkiksi omaishoidon tukea, perhehoitoa, kotipalvelua tukipalveluineen kuten ateria- siivous- ja kuljetuspalveluja, kotisairaanhoidoa, kuntoutusta, apuvälinepalveluja ja palveluasumista. Siihen voi kuulua myös laitoshoidoa, jos sen toteuttamiselle lain 14 §:n 1 momentissa säädetty edellytykset täyttyvät. Iäkäs henkilö voi tarvita myös sosiaali- ja terveydenhuollon erityispalveluja kuten vammaispalveluja, kehitysvammahuollon palveluja sekä päihde- ja mielenterveyspalveluja.

Perhehoito

Sosiaalihuoltolain (25 §) mukaan perhehoidolla tarkoitetaan henkilön hoidon, kasvatuksen tai muun ympärivuorokautisen huolenpidon järjestämistä hänen kotinsa ulkopuolella yksityiskodissa

Perhehoidon tavoitteena on antaa perhehoidossa olevalle henkilölle mahdollisuus perheenomaiseen hoitoon ja läheisiin ihmissuhteisiin sekä edistää hänen perusturvallisuuttaan ja sosiaalista kehitystään.

Perhehoitoa annetaan henkilölle, jonka hoitoa, kasvatusta tai muuta huolenpitoa ei voida tarkoituksenmukaisesti järjestää hänen omassa kodissaan tai muita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita hyväksi käyttäen ja jonka ei katsota olevan laitoshuollon tarpeessa.

Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuudella tarkoitetaan periaatteita ja toimintakäytäntöjä, joilla varmistetaan potilaiden terveyden- ja sairaanhoidon palvelujen turvallisuus. Tässä yhteydessä potilaan hoidon turvallisuudella tarkoitetaan myös ehkäisevän toiminnan, diagnostiikan, hoidon ja kuntoutuksen turvallisuutta. Lääkitysturvallisuus on osa potilasturvallisuutta. Lääkitysturvallisuus käsittää toimenpiteitä lääkkeiden käyttöön liittyvien haittatapahtumien ehkäisemiseksi, välttämiseksi ja korjaamiseksi.

Toimintakyky

Toimintakyvyllä tarkoitetaan sitä, että henkilö selviytyy itselleen merkityksellisistä ja välttämättömistä jokapäiväisen elämän toiminnoista siinä ympäristössä, jossa hän elää. Henkilön arvio omasta toimintakyvystään on yhteydessä hänen terveyteensä ja sairauksiinsa, toiveisiinsa, asenteisiinsa sekä tekijöihin, jotka vaikuttavat suoriutumiseen päivittäisissä perustoimissa, arjen askareissa, työssä, opiskelussa ja vapaa-ajanvietossa. Jotta henkilön toimintakyvystä saadaan riittävän laaja kuva palvelutarpeen selvittämisen perustaksi, on selvittämisessä otettava huomioon henkilön toimintakyvyn eri ulottuvuudet: fyysinen toimintakyky, kognitiivinen toimintakyky, psyykinen toimintakyky ja sosiaalinen toimintakyky. Tämän lisäksi toimintakykyyn vaikuttavat myös asuin- ja elinympäristöön liittyvät tekijät.

Välitön asiakasaika

Välitön asiakasaika koostuu hoitotoimenpiteistä, lääkehoidosta, kuntoutumista edistävästä työotteesta sekä ikääntyneen henkilön toimintakyvyn ja palvelutarpeen arvioinnista ja hoito- ja palvelusuunnitelman päivityksistä. Välittömään asiakasaikaan lasketaan mukaan myös kodin ulkopuoliset aktiviteetit (ulkoilu, kaupassa käynti, asiointi) ja kirjaaminen, jos ne suoritetaan yhdessä asiakkaan kanssa. Mukaan lasketaan myös asiakkaan omaishoitajan tukeminen, puhelin- tai muu tekninen yhteys asiakkaan kanssa.

Välillinen asiakasaika

Välilliseen asiakasaikaan lasketaan matka-ajat, asiakastietojen kirjaaminen ja muu asiakastyö toimistolla sekä työyhteisön sisäiset palaverit, koulutus ja yleisneuvonta.

LIITE 1. PALVELUPROFIILIT 2000–2011 (75+, 80+, 85+)

75 vuotta täyttäneet	2000	2005	2010	2011	2012
Kotona asuvat 75 vuotta täyttäneet % vastaavanikäisestä väestöstä	89,8	89,6	89,5	89,6	
Säännöllisen kotihoidon piirissä 30.11. olleet 75 vuotta täyttäneet asiakkaat % vastaavanikäisestä väestöstä		11,2	11,8	12,2	
Omaishoidon tuen 75 vuotta täyttäneet asiakkaat vuoden aikana % vastaavanikäisestä väestöstä	3	3,7	4,2	4,4	4,5
Ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen 75 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12. % vastaavanikäisestä väestöstä	1,7	3,4	5,6	5,9	
Vanhainkodeissa tai pitkäaikaisessa laitoshoidossa terveyskeskuksissa olevat 75 vuotta täyttäneet 31.12., % vastaavanikäisestä väestöstä	8,4	6,8	4,7	4,4	
80 vuotta täyttäneet					
Kotona asuvat 80 vuotta täyttäneet, % vastaavanikäisestä väestöstä	84,4	84,4	85,0	85,1	
Säännöllisen kotihoidon piirissä 30.11. olleet 80 vuotta täyttäneet asiakkaat, % vastaavanikäisestä väestöstä	-	15,7	16,1	16,7	
Omaishoidon tuen 80 vuotta täyttäneet asiakkaat vuoden aikana, % vastaavanikäisestä väestöstä	-	-	-	-	5,4
Ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen 80 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12. % vastaavanikäisestä väestöstä	2,6	5,1	8,0	8,4	
Vanhainkodeissa tai pitkäaikaisessa laitoshoidossa terveyskeskuksissa olevat 80 vuotta täyttäneet 31.12., % vastaavanikäisestä väestöstä	12,9	10,3	6,8	6,2	
85 vuotta täyttäneet					
Kotona asuvat 85 vuotta täyttäneet, % vastaavanikäisestä väestöstä	76,6	76,1	77,6	77,8	
Säännöllisen kotihoidon piirissä 30.11. olleet 85 vuotta täyttäneet asiakkaat % vastaavanikäisestä väestöstä	-	20,5	21,5	22,3	
Omaishoidon tuen 85 vuotta täyttäneet asiakkaat vuoden aikana % vastaavanikäisestä väestöstä	5,3	6,0	6,0	6,1	6,2
Ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen 85 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12. % vastaavanikäisestä väestöstä	3,6	7,5	11,9	12,5	
Vanhainkodeissa tai pitkäaikaisessa laitoshoidossa terveyskeskuksissa olevat 85 vuotta täyttäneet 31.12., % vastaavanikäisestä väestöstä	19,6	16,1	10,3	9,4	

LIITE 2. SUOSITUKSEEN LIITTYVÄ MUU OHJAUS JA TOTEUTUMISEN SEURANTA

Suositus	Suosituksen liittyvä muu ohjaus toimeenpanon tukena	Suosituksen toteutumisen seuranta
OSALLISUUS JA TOIMIJUUS		
Vanhusneuvoston roolia ja toimintaedellytyksiä on vahvistettava ikääntyneen väestön osallisuutta monipuolisesti mahdollistavana keinona	Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012, 11 § (vanhusneuvosto) Kuntalaki 365/1995, 27 § (osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuudet), 29 § (tiedottaminen) Toimeenpanon tueksi - IKÄKASTE – ÄLDRE-KASTE -hankkeen vanhuspalvelulain pilottihanke (hanke päättyy lokakuussa 2013) www.innokyla.fi www.aijjoos.fi www.eloisaika.fi	Suomen Kuntaliiton kyselyaineisto 2013 (kertaluonteinen kysely, voidaan toistaa tarvittaessa); tuottaa tietoa mm. seuraavista: - vanhusneuvosto on: kyllä/ei - vanhusneuvostojen toimintaedellytykset on turvattu: kyllä/ei - vanhusneuvoston rooli mahdollistaa vaikuttamisen: kyllä/ei THL:n selvitykset (erityisesti vanhuspalvelulain seurantaa ja arviointia varten tehtävät kyselyt) - vanhusneuvosto on: kyllä/ei ATH-kysely - Niiden osuus, jotka ilmoittivat äänestäneensä viime kunnallisvaaleissa (%) 55–74 -vuotiaat, 75+ -väestö - Keskimääräinen luottamus oman kunnan päätöksentekoon asteikolla 1-5 Tilastokeskuksen vaalitulokset - eri-ikäisten äänestysaktiivisuus
lääkäillä henkilöllä on oltava mahdollisuus osallistua yhteisönsä toimintaan myös silloin, kun hänen toimintakykynsä on heikentynyt.	Toimeenpanon tueksi Apuvälineet -sivusto Esteetön –portaali Vertaislinja, Muistiliitto	ATH-kysely (eroteltavissa 75+ vastanneiden osuus); tuottaa tietoa mm. seuraavista: - pitää yhteyttä kodin ulkopuolisiin, puhelimitse, kirjeitse, internetin välityksellä, kasvokkain - aktiivisesti osallistuvien osuus - vähintään kerran viikossa kotitalouden ulkopuolisiin ystäviin ja sukulaisiin yhteyttä pitävien osuus - avun tarpeessa voi luottaa saavansa apua omaisilta, läheisiltä, ystäviltä, naapurilta
lääkäillä henkilöllä on oltava mahdollisuus vaikuttaa omien palvelujensa suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin.	Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012, 16 § (palvelusuunnitelma) Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992	THL:n selvitykset (erityisesti vanhuspalvelulain seurantaa ja arviointia varten tehtävät kyselyt)

Suositus	Suosituksen liittyvä muu ohjaus toimeenpanon tukena	Suosituksen toteutumisen seuranta
ASUMINEN JA YMPÄRISTÖ		
Kunnat sisällyttävät ikääntyneen väestön asumisen, elinympäristön ja palvelujen toimivan kokonaisuuden kehittämisen osaksi vanhushuolulain (5 §) edellyttämää kuntien suunnitelmaa... Kotona asumisen edistämiseksi ja tulevaisuuden tilatarpeisiin varautumiseksi kunnat... Ympäristö- ja ympäristötoimien hoidon toimintayksiköissä... Ikääntyneen väestön kotona asumisen tukemiseksi kunnan/alueen toimijat sitoutuvat ikäystävällisen kunnan periaatteiden edistämiseen...	Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012, 5 § (suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi) Toimeenpanon tueksi Valtioneuvoston periaatepäätös Ikääntyneen väestön asumisen kehittämisen ohjelmasta Hoitoa ja huolenpitoa ympärivuorokauten – Ikähoiva-työryhmän muistio Apuvälineet –sivusto Esteetön –portaali Muistikoti Opas ikääntyneen muistioireisen kodin muutostöihin RT -kortti / palveluasuminen Veteraanien ja vanhusten asuntojen korjausneuvonta - WHO: Checklist of Essential Features of Age-friendly Cities (suomeksi Ikäystävällinen Kuopio -ohjelmassa, liite 3)	THL:n selvitykset (erityisesti vanhushuolulain seurantaa ja arviointia varten tehtävät kyselyt) - sisältykö asuminen vanhushuolulain 5 §:n edellyttämän suunnitelmaan: kyllä/ei Tilastokeskus/Asunnot ja asuinolot -tilasto - hissittömissä kolmikerroksisissa tai korkeammassa taloissa asuvien 65 vuotta täyttäneiden määrä Kelan eläkkeensaajien asumistukitilastot - eläkkeensaajien asumistukea saaneet, % asuntokunnista ATH-kysely (eroteltavissa 75+ vastanneiden osuus); tuottaa tietoa mm. seuraavista: - niiden osuus, jotka ovat tyytyväisiä asuinalueensa olosuhteisiin (%) - niiden osuus, jotka ovat tyytyväisiä asuinalueensa turvallisuuteen - niiden osuus, joita jalankulkuväylien liukkaus haittaa - niiden iäkkäiden osuus, jotka ilmoittavat kaatuneensa kävellessä 12 viime kk aikana (%) RAI-vertailukehittäminen - THL - kotihoidon asiakkaiden koti- ja elinympäristön ongelmat - ulospääsy - kuntoutumista edistävän toiminnan määrä
MAHDOLLISIMMAN TERVEEN JA TOIMINTAKYKYISEN IKÄÄNTYMISEN TUKEMINEN		
Kunnan on laadittava suunnitelma (Vanhushuolulaki, 5 §) toimenpiteistään ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi... Kunnan on tuettava ikääntyneen väestön toimintakykyä ja terveyttä toimenpiteillä, joilla vahvistetaan...	Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012, 5 § (suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi) Toimeenpanon tueksi Ikäihmisten liikunnan kansallinen toimintasuunnitelma Voimaa Vanhuuteen iäkkäiden terveysliikunta-ohjelma Iäkkäiden neuvontapalvelut ja hyvinvointia edistävät kotikäynnit -sähköinen käsikirja Iäkkäiden liikkumiskyvyn arviointi	THL:n selvitykset (erityisesti vanhushuolulain seurantaa ja arviointia varten tehtävät kyselyt)

Suositus	Suosituksen liittyvä muu ohjaus toimeenpanon tukena	Suosituksen toteutumisen seuranta
Kunnan palveluvalikoimassa on oltava kohdennettuja toimenpiteitä riskiryhmille...	Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012, 12 § (hyvinvointia edistävät palvelut) Toimeenpanon tueksi Iäkkäiden neuvontapalvelut ja hyvinvointia edistävät kotikäynnit -sähköinen käsikirja Kansallinen muistiohjelma Ryhmästä tukea pitkäaikaissairauden oireiden hallintaan ja arjen sujuvuuteen: Arkeen voimaa Vanhustyön Keskusliiton ystäväpiiri -toimintamalli	ATH-kysely (eroteltavissa 75+ vastanneiden osuus); tuottaa tietoa mm. seuraavista: • yksinäisyyden kokeminen (%) Tarvitaan indikaattorikehitystyötä
Neuvontaa ja ohjausta toteutettaessa on ammattilaisten kiinnitettävä erityishuomio yleisen terveystiedon lisäksi seuraaviin neuvonnan ja ohjauksen sisältöihin...	Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012, 12 § (hyvinvointia edistävät palvelut) Toimeenpanon tueksi Kansallinen muistiohjelma Ikääntyneiden ohjatun terveysliikunnan laatusuosituks Liikunta – Käypä hoito -suosit Ravitsemussuosituks Suositukset iäkkäiden turvallisen ja säännöllisen ulkona liikumisen edistämiseksi Ikkäiteknologia	THL:n selvitykset (erityisesti vanhuspalvelulain seurantaa ja arviointia varten tehtävät kyselyt sekä kolmen vuoden välein tehtävä tilastokysely kuntiin) ATH-kysely (eroteltavissa 75+ vastanneiden osuus); tuottaa tietoa mm. seuraavista: • niiden iäkkäiden osuus, jotka ilmoittavat kaatuneensa kävellessä 12 viime kk aikana (%) • niiden osuus, jotka ovat osallistuneet aktiivisesti (vähintään 1 krt/vko) liikunta- tai urheiluseurojen toimintaan (%) • 500 metrin matkan kävelemiseen kykenemättömien osuus (%) • elämänlaatunsa (WHOQOL-8) keskimäärin hyväksi tuntevien osuus (%) • internetiä sähköiseen asiointiin käyttävät • itsensä yksinäiseksi tuntevien osuus (%) Rokotuskattavuus/65+ väestö THL THL:n Eläkeikäisen väestön terveyskäytäytyminen ja terveys (EVTK) -tutkimus
OIKEA PALVELU OIKEAAN AIKAAN		
Kunnan on laadittava ja julkaistava ikääntyneen väestön saavutettavissa ja ymmärrettävissä olevalla tavalla perusteet...	Sosiaalihuoltolaki 710/1982 Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen - uudistamistyöryhmän loppuraportti (lakiehdotus, 24 §)	THL:n selvitykset (erityisesti vanhuspalvelulain seurantaa ja arviointia varten tehtävät kyselyt)

Suositus	Suositukseen liittyvä muu ohjaus toimeenpanon tukena	Suosituksen toteutumisen seuranta
Palvelutarpeiden selvittäminen on toteutettava monipuolisesti, luotettava arviointimenetelmiä käyttäen ja yhteistyössä... Arviointi on toteutettava vuorovaikutuksessa iäkkään henkilön kanssa... Palvelutarpeiden selvittämisessä huomio on kiinnitettävä niin nykyisiin kuin ennakoitaviin tarpeisiin, erityisesti seuraaviin kokonaisuuksiin... Palvelutarpeiden selvittämisessä myös lääketieteellinen arviointi on saatava viivytystä.	• Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012, 15 §, 8 § (palvelutarpeiden selvittäminen, palvelujen kieli) • Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000 • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 • Terveydenhuoltolaki 1326/2010, erityisesti 8 §, 29 § & 30 § • Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 341/2011 Toimeenpanon tueksi • TOIMIA-verkoston suositus iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn mittaaminen palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä • IKÄKASTE – ÄLDRE-KASTE -hankkeen vanhuspalvelulain pilottihanke (hanke päättyy lokakuussa 2013) • Kansallinen muistiohjelma • Muistisairaudet – Käypä hoito -suositus • Kuntoutusopas muistisairaille	THL:n selvitykset (erityisesti vanhuspalvelulain seurantaa ja arviointia varten tehtävät kyselyt sekä kolmen vuoden välein tehtävä tilastokysely kuntiin) RAI-vertailukehittäminen - THL Vaatii indikaattoreiden kehitystyötä (kansallinen & paikallinen taso)
Palvelusuunnitelman on oltava ajantasainen, katettava iäkkään henkilön tarvitsemien palvelujen kokonaisuus ja sen on katettava iäkkään henkilön tarvitsemien palvelujen kokonaisuus... Palvelusuunnitelman on tuettava iäkkään henkilön palveluiden kokonaisuuden hallintaa, tavoitteellista kuntoutumista ja osallisuutta...	• Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012, 16 § (palvelusuunnitelma) • Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000 • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992	THL:n selvitykset (erityisesti vanhuspalvelulain seurantaa ja arviointia varten tehtävät kyselyt sekä kolmen vuoden välein tehtävä tilastokysely kuntiin) RAI-vertailukehittäminen - THL Vaatii indikaattoreiden kehitystyötä (kansallinen & paikallinen taso)
iäkkään henkilön on saatava ne palvelut, jotka hänelle on myönnetty. Palvelujen on perustuttava tutkittuun tietoon sekä hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. iäkkään henkilön on oltava aidosti osallinen ja hänen mielipidettään on kuultava palvelun toteutuksessa.	• Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012, 13 § (palvelutarpeisiin vastaamista ohjaavat yleiset periaatteet), 14§ (pitkäaikaisen hoidon ja huolenpidon järjestämisestä ohjaavat periaatteet) & 17§ (päätös sosiaalipalvelujen myöntämisestä ja oikeudesta palveluihin) • Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000 • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 • Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 8 § • Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 341/2011 Toimeenpanon tueksi • Kansallinen muistiohjelma • Muistisairaudet – Käypä hoito -suositus • Hyvä saattohoito Suomessa - ETENEn suositukset • Kuolevan potilaan oireiden hoito - Käypä hoito -suositus	Ikäihmisten palvelujen (2008) laatu-suosituksen seurantaindikaattorit RAI-vertailukehittäminen - THL

Suositus	Suosituksen liittyvä muu ohjaus toimeenpanon tukena	Suosituksen toteutumisen seuranta
Psykososiaalisen ja lääkinnällisen kuntoutuksen keinoin on tuettava toimintakyvyn palauttamista, säilymistä tai edistämistä sekä iäkkään henkilön toimijuutta... Toimintakykyä ja kuntoutumista edistävän työtavan käyttöä on lisättävä sekä kotihoiossa että tehostetussa palveluasumisessa ja laitoshoidossa... Muistisairaiden kuntoutusta on järjestelmällisesti lisättävä	Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012, 5 § (suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi), 10 § (asiantuntemus) & 12 § (hyvinvointia edistävät palvelut) Terveystieteiden tutkimuskeskuslaki 1326/2010, 29 § (lääkinnällinen kuntoutus) STM:n asetus lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutuksesta 1363/2011 Toimeenpanon tuksi Kansallinen muistiohjelma Käypä hoito -suositukset - aivoinfarkti - lonkkamurtuma - polvi- ja lonkkanivelrikko - muistisairaudet - liikunta	THL:n selvitykset (erityisesti vanhuspalvelulain seurantaa ja arviointia varten tehtävät kyselyt sekä kolmen vuoden välein tehtävä tilastokysely kuntiin) RAI-vertailukehittäminen - THL - kuntouttavan työn määrä/yksikkö - asiakkaiden toimintakyvyn muutokset eri palvelutarveryhmissä ja yksikkötasolla - Henkilöstökyselyt - toimintamallit yksiköissä - johtamistavat Vaatii indikaattoreiden kehitystyötä (kansallinen & paikallinen taso)
Lääkehoitoa on toteutettava Turvallinen lääkehoito -oppaan ohjaamana ... Lääkkeiden määräämisessä on hyödynnettävä esimerkiksi lääkäreiden lääkityksen tietokantaa...	Toimeenpanon tueksi Turvallinen lääkehoito -opas Lääkärien lääkityksen tietokanta Haipro Terveystieteiden tutkimuskeskuksen vaaratapahtumien raportointijärjestelmä	THL:n selvitykset (erityisesti vanhuspalvelulain seurantaa ja arviointia varten tehtävät kyselyt) RAI-vertailukehittäminen - THL
Palvelujen laatua on seurattava järjestelmällisesti luotettavia arviointimenetelmiä käyttäen osana omavalvontaa... Palveluntuottajan on kerättävä asiakkailta, heidän omaisiltaan/ läheisiltään palautetta järjestelmällisesti... Palvelun laatua on seurattava myös asiakkaiden toimintakyvyn, turvallisuuteen ja hyvinvointiin liittyvillä... Laatupalautetta ...	Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012, 6 § (palvelujen laadun ja riittävyyden arviointi) 23 § (omavalvonta) Toimeenpanon tueksi Omavalvonta yksityisissä sosiaali- palveluissa	THL:n selvitykset (erityisesti vanhuspalvelulain seurantaa ja arviointia varten tehtävät kyselyt) RAI-vertailukehittäminen - THL Palveluvaaka Vaatii indikaattoreiden kehitystyötä (kansallinen & paikallinen taso)

Suositus	Suosituksen liittyvä muu ohjaus toimeenpanon tukena	Suosituksen toteutumisen seuranta
Palvelurakenne ja palveluvalikoima on suunniteltava kunnan asukkaiden tarpeita ... Koko ikääntyneestä väestöstä on yhtenäisellä tavalla (tietorakenteella) tunnistettava suuret palvelutarveryhmät. Tavoitteita asetettaessa on palvelurakennetta tarkasteltava kokonaisuutena huomioon ottaen ... Ikääntyneen väestön palvelurakennetavoitteita asetettaessa ja niitä seurattaessa on ... Valtakunnallisina tavoitteina vuoteen 2017 mennessä on	Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveystaloudesta 980/2012, 5 § (suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi), 13§, (palvelutarpeisiin vastaamista ohjaavat yleiset periaatteet), 14 § (pitkäaikaisen hoidon ja huolenpidon järjestämistä ohjaavat periaatteet) Toimeenpanon tueksi Hoitoa ja huolenpitoa ympärivuorokauten – Ikähoiva -työryhmän muistio Kansallinen muistiohjelma Valtioneuvoston periaatepäätös Ikääntyneen väestön asumisen kehittämishuhtimasta	THL:n selvitykset (erityisesti vanhuspalvelulain seurantaa ja arviointia varten tehtävät kyselyt) SOTKA.net, THL Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen (2008) seuranta-indikaattorit - palvelutarve - palvelurakenne - hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen - talous RAI-vertailukehittäminen - THL Terveys 2011, THL TEAvisari
HOIDON JA HUOLENPIDON TURVAAJAT		
Välitöntä asiakasaikaa on kotioidossa järjestelmällisesti seurattava... Kotihoidon henkilöstön vähimmäistarve määrätty iäkkäille myönnettyjen palvelujen (tunteina) toteuttamiseen tarvittavana henkilöstön käytettävissä olevana työaikana (tunteina)...	Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveystaloudesta 980/2012, 15§ (palvelutarpeiden selvittäminen), 16§ (palvelusuunnitelma), 18 § (päätös sosiaalipalvelujen myöntämisestä), 20§ (henkilöstö) Sosiaalihuoltolaki 710/1982 Terveystaloudesta 1326/2010 Lakisosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista 272/2005 Valtioneuvoston asetus sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista 608/2005 Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994 Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä 564/1994 Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 Toimeenpanon tueksi Valvira: Ohjeistus hoiva-avustajan työpäivöksen laskemisesta	THL:n selvitykset (erityisesti vanhuspalvelulain seurantaa ja arviointia varten tehtävät kyselyt 2013, 2014) Kuntien ja toimintayksiköiden toiminnanohjaus- ja muut seurantajärjestelmät - henkilöstön käytettävissä olevan työajan seuranta - kotihoidon asiakkaille palvelusuunnitelmissa myönnetyn ajan seuranta - kotihoidon asiakkaille kohdennetun ajan seuranta - kotihoidon henkilöstön välittömän asiakkaan seuranta - palvelutuottajan käytössä oleva varahenkilöstö Vaatii indikaattoreiden kehitystyötä (kansallinen & paikallinen taso)

Suositus	Suosituksen liittyvä muu ohjaus toimeenpanon tukena	Suosituksen toteutumisen seuranta
Suositus henkilöstön ehdottomaksi vähimmäismääräksi tehostetussa palveluasumisessa ja vanhainkodeissa... Henkilöstön mitoittamisen lähtökohtana ovat aina asiakkaat tarpeineen... Suosittelu henkilöstön vähimmäismitoitusta todellista mitoitusta, jossa poissaolevien työntekijöiden osuus korvataan sijaisilla...	• Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012, 15§ (palvelutarpeiden selvittäminen), 16§ (palvelusuunnitelma), 20§ (henkilöstö) • Sosiaalihuoltolaki 710/1982 • Terveydenhuoltolaki 1326/2010 • Lakisosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista 272/2005 • Valtioneuvoston asetus sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista 608/2005 • Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994 • Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä 564/1994 • Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000 • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 Toimeenpanon tueksi • Valvira: Ohjeistus hoiva-avustajan työpanoksen laskemisesta	THL:n selvitykset (erityisesti vanhuspalvelulain seurantaa ja arviointia varten tehtävät kyselyt 2013, 2014) RAL-vertailukehittäminen - THL • fyysinen, psyykinen, kognitiivinen & sosiaalinen toimintakyky, terveydentila, muut hoitamiseen ja avuntarpeeseen vaikuttavat tekijät Kuntien ja toimintayksiköiden toiminnan ohjausjärjestelmät (toimintayksikkökohtainen seuranta) • todellinen henkilöstömitoitus (hoito-henkilökunta/hoidossa olevat asiakkaat seuranta-aikana) • palveluntuottajan käytössä oleva varahenkilöstöt Vaatii indikaattoreiden kehitystyötä (kansallinen & paikallinen taso)
Vastuutyöntekijä on nimettävä... Vastuutyöntekijän tarve on arvioitava... Vastuutyöntekijän tehtävänä on...	• Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012, 17 § (vastuutyöntekijä) Toimeenpanon tueksi • IKÄKASTE – ÄLDRE-KASTE -hankkeen vanhuspalvelulain pilottihanke (hanke päättyy lokakuussa 2013) • Asiakasvastaava -toiminta pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallissa • Muistikoordinaattori	THL:n selvitykset (erityisesti vanhuspalvelulain seurantaa ja arviointia varten tehtävät kyselyt 2013, 2014) Paikallinen seuranta vastuuhenkilöiden määrästä, kelpoisuudesta, työnkuvasta ja vastuista
Omaiset ja läheiset hoidon ja huolenpidon turvaajina	• Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma	

Suositus	Suosituksen liittyvä muu ohjaus toimeenpanon tukena	Suosituksen toteutumisen seuranta
JOHTAMINEN		
Kunnan sosiaali- ja terveyshoitojen strateginen johto vastaa siitä, että kunnassa on vanhustalvelulain (5 §) edellyttämä suunnitelma... Strateginen johto vastaa siitä, että iäkkäiden henkilöiden palvelutarpeiden mukaisia palveluja on saatavilla... Johdon vastuulla on huolehtia, että palvelurakenne ja -valikoima ovat toimivat... Strateginen johto varmistaa, että kunnassa on käytettävissä erityisosaamista... Strateginen johto huolehtii siitä, että kunnassa ja sen järjestämiä palveluja tuottavissa toimintayksiköissä otetaan käyttöön...	Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012, 4 § (yhteistyö), 5 § (suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi), 6 § (palvelujen riittävyyden ja laadun arviointi), 7 § (palvelujen saatavuus ja saavutettavuus), 8 § (palvelujen kieli), 9 § (kunnan voimavarat) 10 § (asiantuntemus), 11 § (vanhusneuvosto), 12 § (hyvinvointia edistävät palvelut), 14 § (pitkäaikaisen hoidon ja huolenpidon toteuttamista ohjaavat periaatteet), 21 § (johtaminen)	THL:n selvitykset (erityisesti vanhuspalvelulain seurantaa ja arviointia varten tehtävät kyselyt) Tulevaisuudessa KANTA -järjestelmä
Lähihoitajat yhdessä henkilöstönsä kanssa vastaavat iäkkään henkilön oikeuksien ja osallisuuden toteutumisesta... Lähihoitajat varmistavat, että kuntoutumista ja toimintakykyä edistävät toimintamallit toteutetaan jokaisessa toimintayksiköissä. Lähihoitajien osaamista ja osallistavaa johtamista kehitetään siten, että... Toimintayksikön johtajat ja lähihoitajat varmistavat, että omavalvontaa toteutetaan järjestelmällisesti.	Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012, 19 § (palvelujen laatu), 21 § (johtaminen), 23 § (omavalvonta) Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista 272/2005, 10 § (johtamistaito) Valtioneuvoston asetus sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista 608/2005 Toimeenpanon tueksi Johtamisen kehittämisverkosto - Sosiaali- ja terveysministeriö Verkostojohtaminen Omavalvonta yksityisissä sosiaali- palveluissa	Paikallinen seuranta - asiakkaille, omaisille ja henkilöstölle suunnatut kyselyt - henkilöstön työhyvinvointikyselyt - henkilöstön sairauspoissaolot - henkilöstön saatavuus - asiakasvaikutusten seuranta toimintakyvyn ja ammatillisen laadun osalta
Kansallisella tasolla kehitetään toimivat ja vertailujen teon mahdollistavat ikäihmisten palveluiden seurantarjestelmät.		Kansallisen tason seuranta