


## **Neuvonta- ja palveluverkosto**

---


# IKÄÄNTYNEIDEN HYVINVOINNIN JA TERVEYDEN EDISTÄJÄNÄ

Ikäneuvo-työryhmän muistio




		<b>KUVAILEHTI</b>	
<b>Julkaisija:</b> Sosiaali- ja terveysministeriö		<b>Julkaisun päivämäärä:</b>	
<b>Tekijät:</b> Ikäneuvo-työryhmä Pj. Aino-Inkeri Hansson Siht. Reija Heinola, Anne-Mari Raassina, Marjaana Seppänen		<b>Toimeksiantaja</b> Sosiaali- ja terveysministeriö	
		<b>HARE-nro ja toimituksen asettamispäivä</b> STM020:00/2008	
<b>Julkaisun nimi:</b> Neuvonta- ja palveluverkosto ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäjänä			
<b>Tiivistelmä</b>			
<p>Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelmassa korostetaan ikääntyneiden toimintakyvyn, omatoimisuuden ja itsenäisen suoriutumisen vahvistamista. Hallitusohjelmaan sisältyy kattavan ikääntyneiden neuvonta- ja palveluverkoston luominen koko maahan ja ehkäisevien kotikäyntien lisääminen.</p> <p>Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 25.3.2008 työryhmän, jonka tehtävänä oli valmistella ehdotukset ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä edistävien palvelujen rakenteiden ja toiminnan sisällön kehittämiseksi. Työryhmän tehtävänä oli tehdä ehdotukset (1) ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä edistävän sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisen neuvonta- ja palvelukeskusverkoston rakenteeksi, toiminnan sisällöksi ja valtakunnalliseksi toimeenpanoksi, (2) varhaisen puuttumisen työmenetelmien käyttöönottamiseksi ja lisäämiseksi sekä olemassa olevien hyvien käytäntöjen levittämiseksi, (3) ehkäisevien kotikäyntien lisäämiseksi ja niiden vakiinnuttamiseksi kiinteäksi osaksi ikäihmisten palveluvalikoimaa ja (4) ikäihmisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ja ehkäisevien palveluiden vakiinnuttamiseksi kiinteäksi osaksi palvelurakennetta. Työryhmän tuli myös selvittää mahdollisesti tarpeelliset säädösmuutokset.</p> <p>Työryhmä tekee yhteensä 18 ehdotusta. Ehdotukset koskevat ikääntyneiden hyvinvointia ja terveyttä edistävän toiminnan järjestämistä ja rahoitusta, neuvontapalvelujen ja hyvinvointia edistävien kotikäyntien järjestämistä, kohdentamista ja sisältöä sekä osaamisen kehittämistä. Työryhmä tekee ehdotuksia myös ikääntyneiden hyvinvointia ja terveyttä koskevan tietopohjan vahvistamisesta sekä toiminnan seurannasta ja arvioinnista.</p> <p>Työryhmä korostaa, että ikääntyneillä henkilöillä on oltava yhdenvertainen mahdollisuus osallistua hyvinvointia ja terveyttä edistävään toimintaan. Työryhmä ehdottaa, että ikääntyneiden hyvinvointia ja terveyttä edistävä toiminta ja palvelut sekä niiden edellyttämät rakenteet otetaan huomioon valmisteilla olevissa sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön uudistuksissa. Neuvontapalvelujen kehittämiseksi ehdotetaan kuntien valtionosuuksien lisäyksiä. Neuvontapalvelujen ja hyvinvointia edistävien kotikäyntien tulisi säilyä maksuttomina.</p> <p>Työryhmän mukaan hyvinvointia ja terveyttä edistävät neuvontapalvelut ovat helposti saatavia lähipalveluja. Ne voidaan toteuttaa puhelimitse, verkkopalveluina, matalan kynnyksen toimipaikoissa annettavina ja asiakkaiden luo liikkuvina palveluina sekä teknologian avulla. Neuvontapalvelut sisältävät hyvinvointiin, terveyteen, palveluihin ja sosiaaliturvaan liittyvää tietotusta sekä yksilöille ja ryhmille annettavaa neuvontaa ja ohjausta.</p> <p>Työryhmä ehdottaa käsitteen ehkäisevä kotikäynti muuttamista hyvinvointia edistäväksi kotikäynniksi. Kunta laatii suunnitelman kotikäyntien kohdentamisesta. Kohderyhmä valitaan joko 1) iän tai 2) iän ja riskiryhmään kuulumisen perusteella. Hyvinvointia edistävät kotikäynnit ehdotetaan kohdistettavaksi ensisijaisesti säännöllisten palvelujen ulkopuolella oleville 70 - 85 -vuotiaille tai tiettyyn ikäluokkaan tämän ikäryhmän sisällä. Kotikäynnillä tehdään yleisarvio henkilön toimintakyvystä ja arvioidaan asuinympäristön riskitekijät, annetaan ohjausta omaehtoiseen hyvinvoinnin edistämiseen ja kerrotaan kunnassa tarjolla olevista palveluista.</p>			
<b>Asiasanat:</b> hyvinvointi, terveyden edistäminen, terveys, vanhukset, vanhusten palvelut			
<b>Bibliografiset tiedot</b> Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:24 ISBN 978-952-00-2833-6 (PDF) ISSN 1236-2115 (painettu, ISSN 1797-9897 (verkkojulkaisu) URN:ISBN:978-952-00-2833-6 <a href="http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2833-6">http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2833-6</a>		<b>Muut tiedot:</b> <a href="http://www.stm.fi/julkaisut">www.stm.fi/julkaisut</a>	
		<b>Kokonaissivumäärä</b> 73	<b>Kieli</b> suomi
<b>Myynti</b> -		<b>Hinta:</b> -	<b>Luottamuksellisuus</b> Julkinen
		<b>Kustantaja</b>  SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ	



	<b>PRESENTATIONSBLAD</b>	
<b>Utgivare:</b> Social- och hälsovårdsministeriet	<b>Utgivningsdatum:</b>	
<b>Författare:</b> Ikäneuvo-arbetsgruppen Ordf. Aino-Inkeri Hansson Sekr. Reija Heinola, Anne-Mari Raassina, Marjaana Seppänen	<b>Uppdragsgivare</b> Social- och hälsovårdsministeriet	
<b>Publikationens titel:</b> Rådgivnings- och servicenätverk för att främja äldre personers välfärd och hälsa		
<p><b>Referat</b></p> <p>I statsminister Matti Vanhanens II regeringsprogram betonas betydelsen av att stärka äldre personers funktionsförmåga, aktivitet och självständighet. I regeringsprogrammet ingår planer på att upprätta ett täckande rådgivnings- och servicenätverk för hela landet och öka antalet förebyggande hembesök.</p> <p>Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte 25.3.2008 en arbetsgrupp med uppgift att bereda ett förslag om att utveckla servicestrukturen och innehållet i verksamheten för äldre personers välfärd och hälsa. Arbetsgruppens uppgift var att ge förslag till (1) strukturen, innehållet i verksamheten och det riksomfattande verkställandet av ett gemensamt rådgivnings- och servicecentralnätverk inom social- och hälsovården för att främja äldre personers välfärd och hälsa, (2) att ta i bruk och öka arbetsmetoder för tidigt ingripande samt att sprida existerande goda praktiska metoder, (3) öka antalet förebyggande hembesök och att etablera dem som en kontinuerlig del av serviceutbudet för äldre personer och (4) etablera främjandet av välfärd och hälsa samt förebyggande service för äldre personer som en kontinuerlig del av servicestrukturen. Arbetsgruppen skulle också utreda eventuella behövliga författningsändringar.</p> <p>Arbetsgruppen ger sammanlagt 18 förslag. Förslagen berör organiserandet och finansierandet av verksamhet för att främja äldre personers välfärd och hälsa, hur organiserandet och riktandet av rådgivningstjänster och hembesök för att främja välfärden ska ske, samt att utveckla kunnandet. Arbetsgruppen ger förslag om hur kunskapsbasen om äldre personers välfärd och hälsa ska stärkas samt hur verksamheten ska följas upp och utvärderas.</p> <p>Arbetsgruppen betonar att äldre personer ska ha likvärdig möjlighet att delta i verksamhet som främjar hälsa och välfärd. Arbetsgruppen föreslår att verksamhet och tjänster som främjar hälsa och välfärd hos äldre personer samt de strukturer som är en förutsättning, ska beaktas vid den reform av lagstiftningen inom social- och hälsovården som är under beredning. För att utveckla rådgivningstjänsterna föreslås ökning av kommunernas statsandelar. Rådgivningstjänsterna och hembesöken för att främja välfärd ska fortsättningsvis vara avgiftsfria.</p> <p>Enligt arbetsgruppen är rådgivningstjänster för välfärd och hälsa lättillgängliga närtjänster. De ska kunna ske per telefon, som webbtjänster, ges på mottagningsställen med låg tröskelnivå och som rörlig service till klienterna, samt med teknologins hjälp. Rådgivningstjänsterna består av information om välfärd, hälsa, service och socialskydd samt råd och vägledning till enskilda och grupper.</p> <p>Arbetsgruppen föreslår att begreppet förebyggande hembesök ändras till välfärdsfrämjande hembesök. Kommunen gör upp en plan för att rikta hembesöken. Målgruppen väljs antingen 1) enligt ålder eller 2) enligt ålder och på grund av att man tillhör en riskgrupp. Hembesök för att främja välfärd föreslås i första hand riktas till 70-85-åringar utanför regelbunden service eller till en specifik åldersgrupp inom den här gruppen. Under hembesöket görs en allmän bedömning av personens funktionsförmåga och uppskattas riskfaktorerna i boendemiljön, man ger handledning i hur personen själv kan främja sin välfärd och berättar vilka tjänster som erbjuds i kommunen.</p>		
<b>Nyckelord:</b> välfärd, hälsofrämjande, hälsa, äldre personer, service för äldre personer		
<b>Bibliografiska data</b> Social- och hälsovårdsministeriets rapporter 2009:24 ISBN 978-952-00-2833-6 (PDF) ISSN 1236-2115 (print), ISSN 1797-9897 (online) URN:ISBN 978-952-00-2833-6 <a href="http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2833-6">http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2833-6</a>	<b>Övriga uppgifter:</b> <a href="http://www.stm.fi/svenska">www.stm.fi/svenska</a>	
	<b>Sidoantal</b> 73	<b>Språk</b> Finska
	<b>Pris</b> -	<b>Sekretessgrad</b> Offentlig
<b>Distribution och försäljning</b> -	<b>Förlag</b>  SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIET	



DOCUMENTATION PAGE				
<b>Publisher:</b> Ministry of Social Affairs and Health, Finland				
<b>Authors:</b> Ikäneuvo Working Group Chairperson: Aino-Inkeri Hansson Secretaries: Reija Heinola, Anne-Mari Raassina, Marjaana Seppänen	<b>Commissioned by</b> Ministry of Social Affairs and Health			
<b>Title of publication:</b> An advice and service network for promoting the wellbeing and health of older people				
<p><b>Summary</b></p> <p>The Government Programme of Prime Minister Matti Vanhanen's second Cabinet stresses the need to strengthen the initiative and independent living of older people. A comprehensive advice and service network covering the whole of Finland will be created and preventive home visits increased.</p> <p>The Ministry of Social Affairs and Health set up on 25 March 2008 a Working Group to draft proposals for developing the structures of services and the content of activities promoting the wellbeing and health of older people. The Working Group was assigned to put forward proposals for (1) the structure of a joint advice and service centre network of social and health care promoting older people's wellbeing and health, for the content of the activity and national implementation; (2) introduction and increase of the use of early intervention methods and dissemination of existing good practices; (3) increasing the number of preventive home visits and establishing them as an integral part of the service provision for older people; and (4) establishing the services to promote the wellbeing and health of older people and preventive services as an integral part of the service system. The Working Group should also discuss possible needs for amending the relevant legislation.</p> <p>The Working Group presents altogether 18 proposals. They concern the provision and funding of activities to promote older people's wellbeing and health, organising, targeting and content of the advice services and home visits, and developing the related skills and knowledge. Proposals are also put forward for reinforcing the knowledge basis regarding the wellbeing and health of older people, and for monitoring and assessing the relevant activities.</p> <p>The Working Group emphasises that older people must have equal opportunities for participating in activities promoting wellbeing and health. It proposes taking activities and services promoting the wellbeing and health of older people and the structures required for them into account in the legislative reforms regarding social and health care that are under way. An increase is proposed in the central government transfers to local government to enable the development of advice services. The advice services and home visits promoting wellbeing should remain free of charge.</p> <p>According to the Working Group, advice services promoting wellbeing and health are easily available services in the local community. Those can be provided by telephone, in the form of web services, services provided at low-threshold units, ambulatory services, and by making use of technology. The advice services comprise information provision on wellbeing, health, services and social security, as well as individual and group-specific counselling and guidance.</p> <p>The Working Group proposes changing the concept 'preventive home visit' into 'home visit promoting wellbeing'. The local authorities will prepare a plan for targeting home visits. The target group is selected on the basis of either (1) age or (2) the age and if the person belongs to a risk group. Home visits promoting wellbeing are proposed to be targeted primarily to persons aged 70–85 years who do not receive regular services or to a certain age class within this group. During a home visit an overall assessment will be made of the person's functional capacity, the risk factors in the housing environment will be considered, and guidance given for self-motivated promotion of wellbeing. The clients are also told about the services available in the municipality.</p>				
<b>Key words:</b> health, health promotion, older people, services for older people, wellbeing				
<b>Bibliographic data</b> Reports of the Ministry of Social Affairs and Health 2009:24 ISBN 978-952-00-2833-6 (PDF) ISSN 2136-2115 (print), ISSN 1797-9897 (online) URN:ISBN:978-952-00-2833-6 http://urn.fi/URN:978-952-00-2833-6	<b>Other information:</b> www.stm.fi/english			
	<table border="1"> <tr> <td><b>Number of pages</b> 73</td> <td><b>Language</b> Finnish</td> </tr> <tr> <td><b>Price</b> -</td> <td><b>Publicity</b> Public</td> </tr> </table>	<b>Number of pages</b> 73	<b>Language</b> Finnish	<b>Price</b> -
<b>Number of pages</b> 73	<b>Language</b> Finnish			
<b>Price</b> -	<b>Publicity</b> Public			
<b>Distribution and sales</b>	<b>Financier</b>  MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH			





# Sisällysluettelo

Kuvailulehti.....	3
Presentationsblad .....	5
Documentation page .....	7
Sosiaali- ja terveysministeriölle .....	11
1 Johdanto.....	13
1.1 Lähtökohdat ja tavoitteet .....	13
1.2 Hyvinvointia ja terveyttä edistävä toiminta ja palvelut .....	14
2 Työryhmän ehdotukset perusteluineen .....	18
3 Ehdotusten vaikutukset.....	33
3.1 Ihmisiin, hyvinvointiin ja terveyteen liittyvät vaikutukset .....	33
3.2 Taloudelliset vaikutukset .....	34
4 Ikääntyneiden hyvinvointia ja terveyttä edistävien palveluiden kehittämisen lähtökohdat .....	38
4.1 Ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen valtakunnalliset linjaukset .....	38
4.2 Nykyinen lainsäädäntö .....	40
4.3 Sosiaali- ja terveydenhuollossa meneillään olevia lainsäädäntö- ja muita hankkeita .....	41
5 Kuntien järjestämien neuvontapalvelujen ja ehkäisevien kotikäyntien nykytila .....	46
5.1 Neuvontapalvelut .....	46
5.2 Ehkäisevät kotikäynnit .....	50
5.3 Yhteenveto .....	54
6 Järjestöjen, seurakuntien ja yritysten palvelut .....	54
7 Hyvinvointia ja terveyttä edistävän toiminnan ja palvelujen rahoitus .....	57
8 Ikääntyneiden neuvonta- ja ehkäisevät palvelut Pohjoismaissa ja eräissä muissa maissa ..	58
Kirjallisuutta.....	60
Liitteet.....	68
Liitetaulukko 1. Palvelurakennetta kuvaavat palvelujen peittävyysindikaattorit ikääntyneiden palveluissa 2000–2007.....	68
Liitetaulukko 2. Eräiden palvelujen yksikkökustannuksia vuonna 2006.....	68
Liitekuvio 1. 75 vuotta täyttänyt väestö vuonna 2007, % kunnan väestöstä .....	69
Liitekuvio 2. 75 vuotta täyttänyt väestö vuonna 2030, % kunnan väestöstä .....	70
Liite 1. Neuvontapalveluiden ja hyvinvointia edistävien kotikäyntien käsikirjan sisällysluonnos.....	71



# Sosiaali- ja terveysministeriölle

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 25.3.2008 työryhmän, jonka tehtävänä oli valmistella ehdotukset ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä edistävien palvelujen rakenteiden ja toiminnan sisällön kehittämiseksi. Työryhmän toimikausi oli 1.4.2008 – 31.3.2009.

Työryhmän tehtävänä oli tehdä ehdotukset

1. ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä edistävän sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisen neuvonta- ja palvelukeskusverkoston rakenteeksi, toiminnan sisällöksi ja valtakunnalliseksi toimeenpanoksi. Ehdotuksessa tuli ottaa huomioon laaja-alainen palvelutoiminta, joka sisältää yhteistyön kunnan muiden toimialojen ja järjestötoiminnan kanssa
2. varhaisen puuttumisen työmenetelmien käyttöönottamiseksi ja lisäämiseksi sekä olemassa olevien hyvien käytäntöjen levittämiseksi
3. ehkäisevien kotikäyntien lisäämiseksi ja niiden vakiinnuttamiseksi kiinteäksi osaksi ikäihmisten palveluvalikoimaa
4. ikäihmisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ja ehkäisevien palveluiden vakiinnuttamiseksi kiinteäksi osaksi palvelurakennetta.

Työryhmän tuli myös selvittää mahdollisesti tarpeelliset säädösmuutokset.

Työryhmän puheenjohtajana toimi osastopäällikkö Aino-Inkeri Hansson sosiaali- ja terveysministeriöstä ja varapuheenjohtajana neuvotteleva virkamies Päivi Voutilainen sosiaali- ja terveysministeriöstä. Työryhmän jäseniä olivat neuvotteleva virkamies Merja Söderholm sosiaali- ja terveysministeriöstä, kehittämispäällikkö Simo Kokko sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksesta, 1.1.2009 alkaen Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta, erikoistutkija Heikki Heinonen Kansanterveyslaitoksesta, 1.1.2009 alkaen Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta, erityisasiantuntija Tuula Holma Suomen Kuntaliitosta, lehtori Kari Vehmaskoski Jyväskylän ammattikorkeakoulusta, sosiaali- ja terveysalan projektipäällikkö Hanna-Liisa Liikanen Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskuksesta SOCCA:sta, erityissuunnittelija Juha Nyman Helsingin kaupungin terveyskeskuksesta, kotihoidon johtaja Jaakko Kontturi Seinäjoen kaupungista, koti- ja asumispalveluiden johtaja Anu Olkkonen-Nikula Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijäyhdistyksen peruspalvelukeskuksesta ja professori Reijo Tilvis Terveyden edistämisen keskuksesta. Työryhmän sihteereinä toimivat Anne-Mari Raassina sosiaali- ja terveysministeriöstä, erikoistutkija Marjaana Seppänen sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksesta 15.11.2008 asti ja 18.11.2008 alkaen kehittämispäällikkö Reija Heinola sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksesta, 1.1.2009 alkaen Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta.

Työryhmä otti nimekseen Ikäneuvo-työryhmä.

Työryhmällä oli oikeus kuulla työnsä tueksi asiantuntijoita. Työryhmä on kuullut seuraavia asiantuntijoita: Vanhustyön päällikkö Päivi Klami, Tuusulan kunta, ohjelmajohtaja Maija Perho, Terveyden edistämisen politiikkaohjelma, kehittämispäällikkö Kerttu Perttilä, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, palveluyksikön johtaja Marjatta Salminen, Jyväskylän kaupunki ja asiakaspalvelupäällikkö Elina Willberg, Tampereen Ikäpiste.

Ylitarkastaja Antti Alila sosiaali- ja terveysministeriöstä laati työryhmälle laskelman ympärivuorokautisen hoidon menojen kehityksestä.

Työryhmä kokoontui yhteensä 9 kertaa.

Työryhmän alustavista ehdotuksista järjestettiin 13.2.2009 kuulemistilaisuus sosiaali- ja terveysministeriössä. Kuulemistilaisuudessa kuultiin seuraavia asiantuntijoita: Toiminnanjohtaja Veronica Fellman,

SPF/Eläkeläisliittojen etujärjestö EETU, projektipäällikkö Sirpa Seppänen, Espoon kaupunki, ylitarkastaja Eija Hynninen-Joensivu, Etelä-Suomen lääninhallitus, projektisuunnittelija Tuulikki Ahola ja kuntoutussihteeri Maria Timonen, Kuuloliitto, toiminnanjohtaja Varpu Kettunen, Muistiliitto, toiminnanjohtaja Merja Salanko-Vuorela, Omaishoitajat ja Läheiset -liitto, hallitusneuvos Anna-Liisa Tarvainen, liikenne- ja viestintäministeriö, erityisliikunnan suunnittelija Kari Koivumäki, opetusministeriö, ylitarkastaja Kirsi Lähde, opetusministeriö, kehittämisspäällikkö Elina Varjonen, Raha-auto- maattiyhdistys (RAY), yliopettaja Pirjo Tiikkainen, Sairaanhoidajaliitto /Gerontologisen hoitotyön asiantuntijaryhmä, projektipäällikkö Maria Viljanen, Sininauhaliitto, diakonias sihteeri Irene Nummela, Suomen evankelisluterilainen kirkko/Diakonia ja yhteiskuntatyö, kehittämissiantuntija Katri Partanen, Suomen Fysioterapeutit/Gerontologis-geriatrinen Fysioterapiayhdistys, puheenjohtaja Pentti Koistinen, Suomen geriatrit, erityisasiantuntija MarjoVarsa, Talentia, sosiaalijohtaja Anne Ylönen, Toivakan kunta, toiminnanjohtaja Marja-Liisa Kunnas, VALLI (Vanhus- ja lähimmäispalvelun liitto), neuvotteleva virkamies Hannele Savioja, valtiovarainministeriö, ohjelmakoordinaattori Pirjo Kalmari, Voimaa vanhuuteen -hanke ja asuntoneuvos Raija Hynynen, ympäristöministeriö. Kuultavia pyydettiin laatimaan puheenvuorostaan tiivistelmä työryhmän käyttöön.

Saatuaan tehtävänsä suoritetuksi työryhmä luovuttaa kunnioittavasti muistionsa sosiaali- ja terveystieteiden ministeriölle.

Helsingissä 31 päivänä maaliskuuta 2009

Aino-Inkeri Hansson

Heikki Heinonen

Tuula Holma

Simo Kokko

Jaakko Kontturi

Hanna-Liisa Liikanen

Juha Nyman

Anu Olkkonen-Nikula

Merja Söderholm

Reijo Tilvis

Päivi Voutilainen

Kari Vehmaskoski

Reija Heinola

Anne-Mari Raassina

# 1 Johdanto

## 1.1 Lähtökohdat ja tavoitteet

Yhteiskunnan ja väestörakenteen muutokset vaikuttavat sosiaali- ja terveystalouden tarpeeseen, kysyntään ja kustannuksiin. Väestön ikääntyessä on välttämätöntä tehostaa ja lisätä toimia, joilla edistetään väestön hyvinvointia ja terveyttä. Toimintaa on kehitettävä sekä sosiaali- ja terveydenhuollossa että laajemmin eri toimijoiden yhteistyönä.

Nykyisin ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen, neuvontaan ja ehkäiseviin palveluihin ei ole vastaavaa koko maan kattavaa ja vakiintunutta järjestelmää kuin neuvolat lapsille, koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto koululaisille ja opiskelijoille ja työterveyshuolto työssäkäyvälle väestölle. Työryhmän ehdotusten tavoitteena on vakiinnuttaa ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen koko maan kattavaksi toiminnaksi ja palveluiksi.

Ikääntyneet ovat eri-ikäisiä ja voimavaroiltaan, tarpeiltaan ja odotuksiltaan hyvin erilaisia ihmisiä. Elämänsä yksilölliset vaiheet vaikuttavat merkittävästi siihen, millaisiksi ihmisen hyvinvointi ja terveys muotoutuvat ikääntyneenä. Ihmiset ovat iäkkäänä keskenään erilaisempia naisia ja miehiä kuin missään muussa elämänvaiheessa.

Ikääntymisessä voidaan erottaa monia vaiheita. Suurin osa vanhuuseläkeläisistä elää kolmatta ikäänsä varsin aktiivisesti ja käyttää tarvittaessa samoja sosiaali- ja terveystalouden palveluja kuin muunkin ikäinen väestö. Nykyisin noin joka neljäs 75 vuotta täyttänyt henkilö tarvitsee toimintakyvyn heikkenemisen takia säännöllisiä palveluita, kuten kotipalvelua, kotisairaanhoidoa tai ympärivuorokautista hoivaa. Osa ikäihmisistä elää monenlaisten hyvinvointi- ja terveysriskien ja ongelmien keskellä. Suurinta palvelutarve on niin sanotussa neljännessä iässä, joka yhä useammilla alkaa vasta 85 ikävuoden saavuttamisen jälkeen. Olennaista on, että hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä voidaan parantaa kaikissa elämänvaiheissa. Ikääntyvässä yhteiskunnassa on tärkeää kehittää palveluja ja muita toimintoja vastaamaan ikäystävällisesti ja joustavasti ikäihmisten yksilöllisiin tarpeisiin.

Ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä edistävän toiminnan tavoitteena on tukea onnistuvaa ikääntymistä. Tavoitteeseen pyritään ottamalla käyttöön ja vahvistamalla ikäihmisten omia voimavaroja sekä tukemalla heitä tekemään elämässään hyvinvointia ja terveyttä edistäviä valintoja. Toimintakyvyn säilyminen parantaa edellytyksiä omatoimiseen kotona asumiseen ja mahdollisuutta aktiiviseen elämään ja osallisuuteen yhteisöissä. Toimintakyvyn säilyminen myös tukee itsehoidon mahdollisuuksia ja vähentää ympärivuorokautisen hoivan tarvetta. Tavoitteena on myös kaventaa ikääntyneiden hyvinvointi- ja terveyseroja. Tätä varten tarvitaan toimintamalleja, jotka tavoittavat myös sellaiset ikäihmiset, joilla on keskimääräistä suurempi riski syrjäytyä tuen, palvelujen ja mielekkään tekemisen ulkopuolelle. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto asettivat vuonna 2008 antamassaan Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa tavoitteeksi palvelurakenteen muutoksen ja hallitun palvelujen kustannuskehityksen. Panostukset ikäihmisten hyvinvointiin ja terveyteen tukevat myös näitä tavoitteita.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen edellyttää politiikka-, yhteisö- ja yksilötason toimenpiteitä. Esimerkiksi kaavoituksessa, rakentamisessa ja liikennepolitiikassa tehdään tärkeitä ratkaisuja, jotka vaikuttavat ikääntyneen väestön mielekkääseen elämään, itsenäiseen suoriutumiseen ja hyvinvointiongelmien ja sairauksien ehkäisyyn. Esteetön elinympäristö ja toimivat lähiliikenneyhteydet ja lähipalvelut ovat tärkeitä erityisesti ikääntyneille. Myös yksilötason toimia ja eri kohderyhmille räätälöityjä toimenpiteitä tarvitaan. Hyvinvoinnin yhteisöllisten ja yksilöllisten esteiden poistaminen vaatii myös päättäjien, työntekijöiden sekä ikäihmisten ja heidän omaistensa tiedon ja osaamisen päivittämistä, asenne- ja muutoksia ja vahvaa sitoutumista. Ikääntyneet on nähtävä yhdenvertaisina kuntalaisina, kansalaisina ja toimijoina, ei vain mahdollisina hoivan tarvitsijoina.

Työryhmä keskittyy ehdotuksissaan kuntien järjestämään ja koordinoimaan toimintaan. Kunnalla on monta vaihtoehtoa ikääntyneiden hyvinvointia ja terveyttä edistävän toiminnan järjestämiseen. Se voi tuottaa sen itse tai osana kuntayhtymää, se voi hankkia palvelut ostopalveluina julkiselta tai yksityiseltä palveluntuottajalta, antaa palvelusetelin tai tehdä yhteistyötä kolmannen sektorin kanssa. Ikääntyneet osallistuvat myös omaehtoisesti järjestöjen ja yhdistysten, seurakuntien ja yritysten hyvinvointia ja terveyttä edistävään toimintaan.

Suomessa on meneillään kunta- ja palvelurakennemuutos (Paras-hanke). Laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta (169/2007) mahdollistaa sen, että kunnat voivat vahvistaa yhteistyötä perustamalla toiminnallisesta kokonaisuudesta muodostuvan yhteistoiminta-alueen. Kunnat voivat sopia, että yhteistoiminta-alueen tehtävät annetaan yhden kunnan hoidettavaksi (ns. isäntäkuntamalli), jolloin tehtävien hoitamista varten perustetaan alueen kuntien yhteinen toimielin, tai että yhteistoiminta-alueen tehtävät hoitaa kuntayhtymä. Kuntayhtymillä ja isäntäkunnilla on käytössä samat palvelujen tuottamistavat kuin kunnilla. Kunnassa tai yhteistoiminta-alueella, joka huolehtii perusterveydenhuollosta ja siihen kiinteästi liittyvistä sosiaalitoimen tehtävistä, on lain mukaan oltava vähintään noin 20 000 asukasta. Lisäksi maa on jaettu erikoissairaanhoidon 7 §:ssä lueteltuihin kuntayhtymiin laajaa väestöpohjaa edellyttävien palvelujen turvaamiseksi. Kunnan tulee kuulua yhteen kuntayhtymään. Kuntayhtymän vastuulla on edistää alueellaan terveyden, toimintakyvyn ja sosiaalisen turvallisuuden huomioon ottamista.

Työryhmä pitää välttämättömänä, että kunta- ja palvelurakennemuutoksessa vahvistetaan hyvinvointia ja terveyttä edistäviä rakenteita. Hyvinvointia ja terveyttä edistävä toiminta on nostettava nykyistä tasavertaisempaan asemaan korjaavien palvelujen rinnalle ja sen voimavaroja on lisättävä. Ikääntyneiden kuntalaisten hyvinvointi ja terveys ovat arvoja sinänsä mutta myös periaatteita, jotka on otettava huomioon yhteiskunnan, yhteisöjen ja yksilöille suunnattujen toimien suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Sosiaali- ja terveydenhuollon tiivis yhteistyö on tärkeää ikäihmisten hyvinvoinnin lisäämisen ja kuntien voimavarojen taloudellisen käytön kannalta. Sen lisäksi on välttämätöntä lisätä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä ja verkostoitumista kunnan muiden toimialojen, järjestöjen, seurakuntien, yritysten (mukaan lukien sosiaaliset yritykset) ja ikääntyneiden kuntalaisten kanssa. Kunnan eri toimialojen yhteistyöstä on tärkeää huolehtia myös siinä tapauksessa, että osa hyvinvointia ja terveyttä edistävästä toiminnasta on peruskunnan, osa yhteistoiminta-alueen (kuntayhtymän, isäntäkunnan) ja osa laajan väestöpohjan kuntayhtymien vastuulla.

Tässä työryhmämuistiossa tarkasteltavat ikääntyneille kohdennetut neuvontapalvelut ja hyvinvointia edistävät kotikäynnit<sup>1</sup> ovat osa palvelujärjestelmän kokonaisuutta kunnassa. Neuvontapalveluissa ja hyvinvointia edistävillä kotikäynneillä tarpeellisiksi arvioidut toimenpiteet ja palvelut on toteuttava niin, että tiedonkulku toimii, palveluketju ei katkea ja palvelut ovat monipuolisia. Tämä edellyttää eri organisaatioiden, ammattiryhmien ja asiakkaiden välistä tiivistä ja tavoitteellista yhteistyötä.

## 1.2 Hyvinvointia ja terveyttä edistävä toiminta ja palvelut

Hyvinvointi on ihmisen fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvää oloa. Hyvinvointi syntyy ihmisen itsensä, hänen läheistensä, elinympäristönsä ja palvelujärjestelmän toiminnan sekä yhteiskuntapolitiikan tuloksena. Hyvinvoinnin keskeisimpiä osia ovat terveyden ja toimintakyvyn ohella ihmissuhteet, mielekäs tekeminen, asuminen ja muu elinympäristö, toimeentulo ja turvallisuus. Hyvinvointiin kuuluu sekä objektiivisesti mitattavia asioita että subjektiivisia arvostuksia ja kokemuksia.

Hyvinvointi merkitsee erilaisia asioita eri ihmisille. Se voi myös merkitä eri asioita elämänkulun eri vaiheissa. Toisaalta ihmisten elämän kuluessa kohtaamat hyvinvointia ja terveyttä uhkaavat tekijät samoin kuin riskeiltä suojaavatkin tekijät ovat pitkälti samoja eri ihmisillä. Valtaosalle hyvä vanhuus tarkoittaa

<sup>1</sup> Työryhmä ehdottaa käsitteen *ehkäisevät kotikäynnit* muuttamista *hyvinvointia edistäviksi kotikäynneiksi*.

fyysisesti, henkisesti ja sosiaalisesti mahdollisimman toimintakykyistä aikaa. Tärkeää on nimenomaan iäkkään ihmisen oma kokemus toimintakykyisyydestä ja onnellisuudesta, eivät muiden määrittelemät hyvän vanhuuden kriteerit.

Hyvinvoinnin edistäminen voidaan määritellä toiminnaksi, joka lisää yhteiskunnan tai yhteisön sekä ihmisten kokemaa hyvinvointia.

Maailman terveysjärjestön WHO:n määritelmän mukaan terveydellä tarkoitetaan täydellisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaa, ei ainoastaan sairauden puuttumista. Terveyden ja toimintakyvyn parantuessa kansalaisten hyvinvointi ja elämänlaatu paranevat. Huono terveys on usein sosiaalisen syrjäytymisen osatekijä. Terveyden edistämisen WHO määrittelee prosessiksi, joka antaa yksilöille ja yhteisöille entistä paremmat mahdollisuudet hallita terveyttään ja siihen vaikuttavia taustatekijöitä. Sosiaali- ja terveysministeriön antaman Terveyden edistämisen laatusuosituksen mukaan tämä tarkoittaa kuntien toiminnassa sitä, että terveyden edistäminen hyväksytään kuntopolitiikan toimintalinjaksi: terveysnäkökohdat otetaan huomioon kaikissa kunnan toiminnoissa. Terveyden edistäminen on terveydenhuollon sekä kunnan muiden toimialojen, kansalaisjärjestöjen ja elinkeinoelämän toimintaa väestön terveyden parantamiseksi, sairauksien ehkäisemiseksi ja väestöryhmien välisten terveyserojen vähentämiseksi. Terveyden edistämisen ydin on muutoksen aikaansaaminen ihmisten käyttäytymisessä ja elinoloissa. Muutokseen pyritään lisäämällä kuntalaisten terveystietoja ja -taitoja vaikuttamalla asenteisiin, kehittämällä palveluja ja muokkaamalla ympäristöä. Terveyden edistämällä parannetaan kuntalaisten mahdollisuuksia ottaa vastuuta omasta terveydestään ja edistää sitä omilla valinnoillaan.

Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen käsitteitä käytetään usein rinnakkain kuvaamaan terveyskäsitteen laaja-alaisuutta. Terveyden edistäminen voidaan myös sisällyttää osaksi hyvinvoinnin edistämistä.

Ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämällä tarkoitetaan toimintaa, jonka tarkoituksena on

1. onnistuvan ikääntymisen turvaaminen
  - osallisuuden tukeminen
  - sosiaalisten verkostojen ylläpitäminen
  - liikunnan, oppimisen, kulttuuritoiminnan ja muun mielekkään tekemisen mahdollisuuksien turvaaminen
  - hyvinvointia edistävä neuvonta, ohjaus ja sosiaalinen tuki
  - myönteisten, ikäihmisiä arvostavien asenteiden edistäminen yhteiskunnassa
2. terveellisten elintapojen edistäminen ja sairauksien ehkäisy
  - terveellinen ja ikääntyneiden tarpeisiin sopiva ruokavalio
  - säännöllinen liikunta ja lihaskunnon ylläpito
  - terveydentilan seuranta
3. hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen
  - riskiryhmien (sosioekonomiselta tilanteeltaan heikossa asemassa ja syrjäytymisvaarassa olevien) erityistarpeiden tunnistaminen ja niihin vastaaminen
4. itsenäisen suoriutumisen ja turvallisuuden tukeminen
  - koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisy
  - apuvälineiden sekä ikäihmisten tarpeisiin kehitetyn ja eettisesti kestävä teknologian hyödyntäminen
5. varhainen puuttuminen terveydentilan ja toimintakyvyn heikkenemiseen, päihteiden väärinkäyttöön, väkivaltaan ja kaltoin kohteluun sekä muihin sosiaalisiin ongelmiin
6. sairauksien tehokas hoito ja kuntoutussuunnitelmaan perustuva kuntoutus



- turvallinen lääkehoito
- somaattisten sairauksien, mukaan lukien suun terveysongelmien, mielenterveysongelmien ja muistihäiriöiden varhainen tunnistaminen, hoito ja kuntoutus.

Hyvinvointia ja terveyttä edistäviä palveluita ja muuta toimintaa tuottavat erityisesti kunnan sosiaali- ja terveystoimi sekä järjestöt. Hyvinvointia ja terveyttä edistäviä ratkaisuja tehdään ja hyvinvointipalveluja tuotetaan myös kunnan liikunta-, kulttuuri- ja opetustoimessa, kaavoituksessa ja asuntotoimessa. Ikäihmisten hyvinvoinnin tuotantorakenteeseen kuuluvia palveluja ja toimintaa tuottavat myös vapaaehtoistyöntekijät, seurakunnat, yritykset ja yksityiset ammatinharjoittajat.

Tässä työryhmämuistiossa tarkastellaan työryhmän toimeksiannon mukaisesti hyvinvointia ja terveyttä edistävinä välineinä erityisesti neuvontapalveluja ja hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä.

Neuvontapalveluilla työryhmä tarkoittaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä (promootiota) tukevia palveluja, jotka kohdennetaan kaikille ikäihmisille. Neuvontapalveluista hyötyvät myös ikäihmisten omaiset ja läheiset sekä eri alojen ammattilaiset. Neuvontapalvelut ovat helposti saavutettavia lähipalveluja. Ne toteutetaan yhteistyössä sosiaali- ja terveydenhuollon ja muiden toimijoiden, kuten kunnan muiden toimialojen, järjestöjen ja seurakuntien kanssa. Neuvontapalvelujen tehtävänä on osaltaan varmistaa, että ikääntynyt kuntalainen saa tarvitsemaansa tietoa ja oikea-aikaista tukea sekä tarvittaessa ohjausta hakeutua muiden palvelujen piiriin tai palvelutarpeen arviointiin.

Hyvinvointia edistävät kotikäynnit ovat jalkautuvan työn väline, jonka painopiste voi olla joko hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä (promootiossa) tai etsivässä työssä, jolloin painopiste on ennaltaehkäisyssä (preventiossa). Hyvinvointia edistävien kotikäyntien tavoitteena on edistää ikäihmisten hyvinvointia ja toimintakykyä niin, että heidän mahdollisuutensa kotona asumiseen ja itsenäiseen suoriutumiseen paranevat ja säilyvät mahdollisimman pitkään. Kotikäynnillä tehdään yleisarvio henkilön toimintakyvystä ja selvitetään riskejä, jotka voivat heikentää toimintakykyä, elämänlaatua ja turvallisuutta omassa kodissa. Henkilö voidaan tarvittaessa ohjata tarkempaan toimintakyvyn arviointiin, erilaisiin toimintoihin tai palveluihin. Hyvinvointia edistävien kotikäyntien etuna on, että niiden avulla voidaan tavoittaa myös henkilöitä, jotka eivät käytä muita neuvontapalveluja.

Neuvontapalvelujen ja hyvinvointia edistävien kotikäyntien tarjonta perustuu ikääntyneen ihmisen itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen. Ne ovat eräänlainen kunnan tarjous asukkaalle, ja asukas päättää, ottaako hän tarjouksen vastaan. Neuvontapalvelujen käyttäminen ja kotikäyntien vastaanottaminen on vapaaehtoista. Toisaalta neuvontapalvelujen ja hyvinvointia edistävien kotikäyntien järjestäminen ilmentää yhteiskunnan vastuunottoa ikääntyneiden hyvinvoinnista sekä halua tukea ja kannustaa heitä ottamaan vastuuta omasta hyvinvoinnistaan.

Neuvontapalvelut ja hyvinvointia edistävät kotikäynnit on erotettava palvelujen, hoidon ja kuntoutuksen tarpeen arvioinnista. Kunnalla on nykyisin voimassa olevan lainsäädännön mukaan velvollisuus järjestää 75 vuotta täyttäneille pääsy kiireettömään sosiaalipalvelujen tarpeen arviointiin seitsemän arkipäivän kuluessa yhteydenotosta kunnan viranomaiseen. Sama oikeus on myös kaikilla niillä, jotka saavat ylintä Kelan maksamaa eläkettä saavan hoitotukea. Kiireellisissä tapauksissa sosiaalipalvelujen tarve on arvioitava viipymättä ja iästä riippumatta. Ikääntyneiden sosiaalihuollon palvelutarpeen arviointi on siten lakisääteistä toimintaa, joka käynnistyy henkilön itsensä, hänen omaisensa, muun henkilön tai viranomaisen yhteydenotosta kuntaan. Hoidon ja kuntoutuksen tarpeen arvioinnista on omat säännöksensä.

Varhainen puuttuminen hyvinvointia uhkaaviin ongelmiin on yksi hyvinvointia tukevan ehkäisevän työn menetelmistä. Työryhmän yhtenä tehtävänä oli juurruttaa varhaisen puuttumisen toimintakulttuuria myös ikääntyneiden palveluihin ja lisätä varhaisen puuttumisen työmenetelmien käyttöä.



Varhainen puuttuminen on määritelmän mukaan toimintaa mahdollisimman varhain, mahdollisimman avoimesti ja mahdollisimman hyvässä yhteistyössä ongelmatilanteiden ehkäisemiseksi. Varhainen puuttuminen on perusteltua sekä inhimillisestä että taloudellisesta näkökulmasta. Kun terveydentilan ja toimintakyvyn heikkenemiseen ja sosiaalisiin ongelmiin puututaan mahdollisimman varhain, ehkäistään ongelmien kärjistymistä ja kasautumista. Varhainen puuttuminen edellyttää, että toimintakyvyn tukemisen tarve arvioidaan tarkoituksenmukaisesti ja tavoitteellisesti. Arvioinnissa on tunnistettava paitsi fyysisen myös kognitiivisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn alueilla olevat varhaisen tuen tarpeet. Henkilö voi tarvita tukea esimerkiksi muistihäiriöiden, masennuksen ja yksinäisyyden vuoksi.

Palvelujärjestelmän kykyä puuttua ajoissa ikäihmisten ongelmiin ja palvelutarpeisiin voidaan kehittää erilaisin etsivän työn menetelmin. Varhaisen puuttumisen ja tuen työmuotoja ovat hyvinvointia edistävien kotikäyntien lisäksi esimerkiksi terveyteen ja riskitekijöihin liittyvä yleinen ja yksilökohtainen neuvonta ja ohjaus, ikäryhmittäiset terveystarkastukset, vanhus-, seniori- ja kuntoutusneuvoloiden palvelut, palveluneuvonta ja -ohjaus sekä sosiaalihuoltolain 40 a §:n mukainen palvelutarpeen arviointi.

Ikääntyneille soveltuvien varhaisen puuttumisen ja tuen menetelmien luomisessa, kokeilussa ja levittämisessä on paljon kehitettävää. Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus SOCCA:n geriatrisen sosiaalityön hankkeessa (2005–2007) kehitettyjä menetelmiä ovat esimerkiksi asiakasneuvonpito, voimavara- ja huolikartta sekä toiminnalliset ryhmät.

Asiakasneuvonpito on verkostotyön muoto, jossa kuullaan asiakasta, hänen läheisverkostoaan ja ammatillisia yhteistyötahoja. Tavoitteena on arvioida asiakkaan kokonaistilannetta monipuolisesti. Sosiaalityöntekijä koordinoi neuvonpitoa, jossa tehdyt johtopäätökset ja sopimukset kirjataan. Asiakkaan tilannetta seurataan sovitusti niin kauan, kuin se koetaan hänen kohdallaan tarpeelliseksi. Voimavara- ja huolikartta puolestaan on työväline, jossa tarkastellaan yhtäältä asiakkaan huolten tasoa (vakavuutta) ja toisaalta hänen voimavarojaan. Voimavara- ja huolikartta on käyttökelpoinen väline esimerkiksi muistihäiriöisten, mielenterveysongelmaisten ja kaltoin kohdeltujen ikäihmisten tilanteiden tunnistamisessa. Silloin kun asiakkaan huolet kasvavat ja voimavarat vähenevät, hän tarvitsee yhä kiireellisempää puuttumista tilanteeseen ja entistä enemmän tukea ja apua. Toiminnallisten ryhmien tavoitteena on toimintakyvyn vahvistaminen ja voimavarojen tukeminen. Toiminnalliset ryhmät voivat olla terapeuttisia, kasvatuksellisia tai harrastusryhmiä.

## 2 Työryhmän ehdotukset perusteluineen

### A. IKÄÄNTYNEIDEN HYVINVOINTIA JA TERVEYTTÄ EDISTÄVÄN TOIMINNAN JÄRJESTÄMINEN JA RAHOITUS

#### Ehdotus 1. Hyvinvointia ja terveyttä edistävän lainsäädännön vahvistaminen.

Ikääntyneillä henkilöillä on oltava yhdenvertainen mahdollisuus osallistua hyvinvointia ja terveyttä edistävään toimintaan. Valmisteilla on sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskeva laki, terveydenhuoltolaki sekä sosiaalihuollon lainsäädännön uudistus. Näissä laeissa otetaan huomioon myös ikääntyneiden hyvinvointia ja terveyttä edistävä toiminta ja palvelut sekä niiden edellyttämät rakenteet.

Vastuutaho: STM.

Toteuttajat: STM, kunnat, kuntayhtymät.

Aikataulu: 2009 –.

Ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalvcluista ei ole nykyisin erityislainsäädäntöä lukuun ottamatta kunnan velvollisuutta järjestää 75 vuotta täyttäneille pääsy sosiaalipalvelujen tarpeen arviointiin sosiaalihuoltolain 40 a §:ssä säädettyssä määrääjassa. Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöä on vahvistettava siten, että se turvaa myös ikääntyneiden hyvinvointia ja terveyttä edistävän toiminnan järjestämisen koko maassa sekä sen, että kansalaiset saavat yhdenvertaisina hyvinvointia ja terveyttä edistäviä palveluja. Lähtökohtana on turvata katkeamaton hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ketju läpi elämän.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteisiin ja järjestämisvastuuseen otetaan kantaa valmisteilla olevassa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevassa laissa, jota koskeva hallituksen esitys on tarkoitus antaa keväällä 2010. Ikääntyneiden hyvinvointia ja terveyttä edistävän toiminnan järjestämisen tarve ja toiminnan edellyttämä eri hallinnonalojen välinen yhteistyö on otettava huomioon myös uudessa terveydenhuoltolaissa sekä sosiaalihuollon lainsäädännön uudistuksessa. Terveydenhuoltolakea koskeva hallituksen esitys on tarkoitus antaa eduskunnalle kevälistuntokaudella 2010. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistus käynnistyi keväällä 2009. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamista valmistelevan työryhmän toimikausi päättyy vuoden 2011 lopussa. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistuksen yhteydessä yhtenä keskeisenä tehtävänä on ikääntyneiden palveluita koskevan lainsäädännön uudistamistarpeiden arviointi. Tässä yhteydessä yhtenä vaihtoehtona tulee arvioitavaksi ikääntyneiden palvelujen kokoaminen yhteen lakiin.

#### Ehdotus 2. Ikääntyneiden hyvinvointia ja terveyttä edistävien neuvontapalvelujen rahoituksen vahvistaminen.

Terveydenhuoltolain ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lain voimaantulon yhteydessä lisätään kuntien valtionosuuksia valtion talousarviossa noin 8 miljoonalla eurolla, jotta saadaan aikaan koko maan kattava ikääntyneiden hyvinvointia ja terveyttä edistävien neuvontapalvelujen verkosto.

Vastuutaho: STM.

Toteuttajat: STM, kunnat, kuntayhtymät.

Aikataulu: 2010–2012.

Ikääntyneiden hyvinvointia ja terveyttä tukevien neuvontapalvelujen lisäämisestä ja kehittämisestä aiheutuu kunnille kustannuksia, kuten henkilöstö-, ostopalvelu- ja vuokra-kustannuksia. Laajenevien neuvontapalvelujen rahoitus voi osittain perustua kuntien toiminnan ja palvelujen uudelleenorganisointiin, ikääntyneiden palveluissa työskentelevien henkilöiden tehtävänkuvien muuttamiseen ja teknologian hyödyntämiseen. Neuvontapalvelujen kokoaminen sellaisiksi, että ne ovat helposti asiakkaiden saatavilla, luo myös mahdollisuuksia järkevöittää työntekijöiden ajankäyttöä. Toisaalta ikääntyneen väestön määrä kasvaa jatkuvasti, joten on realistista olettaa, että siirtymävaiheessa ikääntyneiden neuvontapalvelujen verkoston luominen lisää työvoiman tarvetta ja kasvattaa siten kuntien menoja. Voidaan odottaa, että neuvontapalvelut etenkin pitkällä aikavälillä osaltaan kohentavat ikääntyneiden toimintakykyä, jolloin kunnilla on mahdollisuus siirtää voimavaroja kustannuksiltaan suurimmista palveluista muun muassa neuvontapalveluihin.

Neuvontapalvelujen saaminen valtakunnallisesti kattavaksi toiminnaksi vaatii karkeasti arvioiden vähintään noin 300 kokoaikaisen AMK-tasoisin tutkinnon (esim. geronomi, sosionomi, sairaanhoitaja, terveydenhoitaja tai fysioterapeutti) suorittaneen työntekijän lisätyöpanosta. Etenkin ensikontakteissa on tärkeää, että asiakkaalla on mahdollisuus saada neuvontaa ja ohjausta työntekijältä, jolla on osaamista ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä ja varhaisen puuttumisen menetelmistä sekä sosiaaliturvasta ja paikallisesta palvelujärjestelmästä. Lisätyöntekijöistä kunnille aiheutuvat kokonaiskustannukset henkilösivukuluineen ovat arviolta 15 miljoonaa euroa, josta valtionosuus on 7,5 miljoonaa euroa (50 %).

### **Ehdotus 3. Neuvontapalvelujen ja hyvinvointia edistävien kotikäyntien maksuttomuus.**

**Ikääntyneiden neuvontapalvelujen ja hyvinvointia edistävien kotikäyntien maksuttomuus turvataan tekemällä tarvittavat muutokset sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annettuun lakiin.**

Vastuutaho: STM.

Toteuttajat: STM, kunnat, kuntayhtymät.

Aikataulu: 2010.

Neuvontapalvelujen ja hyvinvointia edistävien kotikäyntien maksuttomuus vastaa nykyiseen lainsäädäntöön sisältyvää yleistä linjausta, jonka mukaan kuntien järjestämät ehkäisevät sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut ovat maksuttomia. Maksuttomuuden toteutumisesta huolehditaan meneillään olevien sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön uudistusten yhteydessä. Maksuttomuus on tärkeää toiminnan matalan kynnyksen turvaamiseksi, heikoimmassa taloudellisessa asemassa olevien henkilöiden tavoittamiseksi sekä väestön hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamiseksi.

#### Ehdotus 4. Ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen strategiat.

Kunnalla on vastuu ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä edistävien palveluiden järjestämisestä ja organisoinnista tarkoituksenmukaisella tavalla sekä varhaisen puuttumisen toimintakulttuurin vahvistamisesta ja juurruttamisesta. Nämä asiat kuuluvat terveys kaikissa politiikoissa -ajattelun mukaisesti kuntastrategiaan, jossa eri hallintokunnat vastuutetaan tekemään yhteistyötä. Myös ikääntyneet kuntalaiset ja heidän omaisensa, järjestöt, seurakunnat ja muut toimijat osallistuvat hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin. Yhteistyössä laadittava ikääntyneiden hyvinvointia edistävä suunnitelma sisällytetään kunnan ikääntymispoliittiseen strategiaan sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen suunnitelmiin tai ohjelmiin<sup>2</sup>.

Vastuutaho: Kunnat, kuntayhtymät; THL.

Toteuttajat: Kunnat, kuntayhtymät, vanhus- ja seniorineuvostot, järjestöt, seurakunnat, yksityiset palveluntuottajat, koulutusorganisaatiot.

Aikataulu: 2009–.

Kunnat voivat organisoida ikääntyneiden hyvinvointia ja terveyttä edistävän toiminnan useilla tavoilla. Kuntalain (365/1995) mukaan kunnanvaltuusto päättää kuntapolitiikan suunnasta. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on kuntapolitiikan strateginen linjaus. Kuntastrategiaan sisällytetään tavoitteita, joiden mukaan ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä edistetään ja palveluja järjestetään. Tavoitteet otetaan huomioon kunnan vuotuisissa toiminnan ja talouden suunnitelmissa.

Ikäihmisten hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen vaatii onnistuakseen sekä luottamus- henkilöjohdon että virkamiesjohdon tuen ja osaamisen. Poliittisen johdon tehtävänä on määrittää strategiset linjaukset eri päätöksenteon tasoilla. Poliittisen johdon tehtävänä on myös varmistaa, että johtamisesta ja vastuista sovitaan selkeästi. Viranhaltijajohto vastaa toteutuksesta.

Kuntastrategian painoalueita voivat olla esimerkiksi ikääntyneiden toimintakyvyn ja terveyden edistäminen ja hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen. Ikäihmisten neuvontapalvelujen verkoston luominen on yksi keino, jolla tavoitteita voidaan saavuttaa.

Kun valtuusto on hyväksynyt ylätasoon tavoitteet, niiden toimeenpanosta laaditaan toimintasuunnitelma tai ohjelma, joka valmistellaan monisektorisessa yhteistyöryhmässä tai vastaavassa. Suunnitelmassa tai ohjelmassa kuvataan eri hallinnonalojen ja muiden toimijoiden vastuut tavoitteiden toteuttamisessa.

Suuri osa ikääntyneiden hyvinvointia ja terveyttä tuottavista tai uhkaavista päätöksistä tehdään sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuolella. Tästä syystä kunnan johdon sitoutuminen on olennaista, jotta ikäihmisten hyvinvoinnin ja terveyden edellytysten luominen ja hyvinvointi- ja terveysnäkökohdat tulevat huomioon otetuiksi kaikessa päätöksenteossa ja varhaisen puuttumisen työote toteutuu eri sektoreilla.

Sekä kunta- että yhteistoiminta-alueetasolla tarvitaan sosiaali- ja terveydenhuollon kiinteää yhteistyötä muiden hallintokuntien ja toimijoiden kanssa. Hyvinvointia ja terveyttä edistävä (pro-

<sup>2</sup> Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa asetetaan tavoitteeksi, että kunnalla on valtuuston hyväksymä ikääntymispoliittinen strategia, jonka toimeenpano on kytketty kunnan talousarvioon ja -suunnitelmaan. Yhteistoiminta-alueen tai seudun kunnat voivat laatia yhteisen ikääntymispoliittisen strategian. Terveysneuvoston uudistamista käsitellyt työryhmä ehdotti, että kunnan tai useamman kunnan yhdessä olisi laadittava kuntalaisten terveyttä ja hyvinvointia edistävästä sekä terveysongelmia ehkäisevistä toimista ja palveluista sekä niihin varattavista voimavaroista suunnitelma, joka hyväksyttäisiin kunkin kunnan kunnanvaltuustossa. Osana kuntasuunnitelmaa tai erillisenä suunnitelmana laadittavan suunnitelman seuranta olisi osa kunnan arviointi- ja seurantajärjestelmiä.

motiivinen) toiminta ja elinympäristö edellyttävät erityisesti kaavoituksesta, rakentamisesta, liikennesuunnittelusta, liikunnasta ja kulttuuri- ja sivistyspalveluista vastaavien toimijoiden panosta. Kuntien yhteistoiminta-alueiden ja peruskunnan vastuulle jäävien toimintojen yhteistyön varmistamiseksi tarvitaan toimiva rakenne, jotta hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen voi toteutua kaikissa politiikoissa ja hallinnonaloilla.

Luonteva paikka kaikenikäisten kuntalaisten hyvinvointia ja terveyttä edistävän toiminnan koordinoimiseksi on kunnan johtoryhmä. Käytännön toiminnasta vastaa eri toimialojen edustajista koostuva ohjaus- tai työryhmä organisaation keskushallinnosta ja eri toimialoilta. Elämänkaari- tai muussa hallinnointimallissa, jossa ikäihmisten palvelut ovat oma kokonaisuutensa, hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja sitä tukevien palveluiden ohjaus- tai työryhmä koostuu luontevasti sen mukaisten toimialojen vastuuhenkilöistä. Organisaatiossa voi olla myös erillinen ikäihmisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen ja ehkäiseviin palveluihin liittyvä yksikkö. Ikäihmisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä varten voidaan perustaa myös asiantuntijaryhmä. Tilaaja-tuottajamallin sovelluksissa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kokonaisvastuu on tilaajaorganisaatiolla.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteisiin kuuluu tarkoituksenmukainen tietoperusta ja seurantajärjestelmä. On tärkeää, että ikääntyneiden hyvinvointia ja terveyttä edistävät strategiat ja suunnitelmat perustuvat tietoon ikääntyneiden määrän kehityksestä, ikääntyneiden kuntalaisten terveydestä ja toimintakyvystä, elinoloista, tarpeista ja voimavaroista sekä palvelujen toimivuudesta, saatavuudesta ja kustannuksista. Tätä tietoa kertyy myös hyvinvointia ja terveyttä edistävässä toiminnassa ja palveluissa. Järjestelmällinen tiedon hyödyntäminen on kaiken kehittämisen perusta. Kunnassa vuosittain tai kerran valtuustokaudessa laadittava eri hallinnonalojen yhteinen hyvinvointikertomus voidaan valmistella elinkaariajattelun mukaan, jolloin yksi osio koskee ikäihmisten hyvinvointia ja palvelujen kykyä vastata kuntalaisten hyvinvointitarpeisiin.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteisiin kuuluvat myös hyvät käytännöt ja työmenetelmät, kuten varhainen puuttuminen ja ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi (IVA). IVA on poikkihallinnollista hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyötä, jonka avulla voidaan nostaa esille päätösten hyvinvointi- ja terveysvaikutuksia ja parantaa siten ikääntyneiden hyvinvointia ja terveyttä. Arvioinnin kohteeksi kunnassa voidaan ottaa esimerkiksi neuvontapalvelujen eri toteuttamismallit.

## **Ehdotus 5. Kolmannen sektorin toiminnan tukeminen.**

**Kunnat, Raha-automaattiyhdistys ja valtio tukevat osaltaan kolmannen sektorin toteuttamaa ikääntyneiden hyvinvointia ja terveyttä edistävää toimintaa.**

Vastuutaho: Järjestöt, kunnat, RAY, STM, THL.

Toteuttajat: Järjestöt, kunnat.

Aikataulu: 2009–.

Kolmas sektori on kuntien kumppani ikääntyneen väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä. Asiakkaita voidaan ohjata neuvontapalveluista tai hyvinvointia edistävän kotikäynnin jatkotoimena järjestöjen vertais-, liikunta- ja harrastusryhmiin tai muuhun asiakkaan tarpeita vastaavaan toimintaan. Kuntalaiset hakeutuvat myös omaehtoisesti kolmannen sektorin palveluihin.

Järjestö- ja vapaaehtoistyö vaatii tuekseen rakenteita ja voimavaroja. Kunnat voivat tukea järjestöjen ja vapaaehtoisten toimintaa paitsi ottamalla ne mukaan ikääntyneiden hyvinvointia ja terveyttä edistävän toiminnan suunnitteluun myös antamalla niiden käyttöön tiloja, välineitä ja asiantuntijaosaamista. Järjestö- ja vapaaehtoistoiminta saavat tukea ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä vastaavalta yksiköltä tai asiantuntijaryhmältä. Järjestöjen tukeminen mahdollistaa osaltaan sen, että hyvinvointia edistävä toiminta pysyy saavutettavana myös pienituloisille, jotka eivät pysty maksamaan suuria jäsen- tai osallistumismaksuja. Vapaaehtoistyön ja vertaistuen organisointia ja kokemusasiantuntijuuden hyödyntämistä on kehitettävä kunnissa ja järjestöissä.

Raha-automaattiyhdistyksen tuki järjestöille ikääntyneiden hyvinvointia ja terveyttä edistävään toimintaan on turvattava myös tulevaisuudessa. Terveyden edistämisen määrärahoja on mahdollisuuksien mukaan osoitettava ikääntyneiden terveyttä edistäviin hankkeisiin.

## **Ehdotus 6. Palvelujen saanti omalla kielellä.**

**Ikääntyneiden hyvinvointia ja terveyttä edistävien palvelujen saanti suomen, ruotsin ja saamen kielellä sekä viittomakielellä ja tulkkauspalvelujen avulla turvataan.**

Vastuutaho: Kunnat, kuntayhtymät.

Toteuttajat: Kunnat, kuntayhtymät, järjestöt, yksityiset palveluntuottajat.

Aikataulu: 2009–.

Oikeudesta omaan kieleen ja kulttuuriin säädetään Suomen perustuslain 17 §:ssä. Oikeudesta käyttää suomen tai ruotsin kieltä, tulla kuulluksi ja saada toimituskirjansa suomen tai ruotsin kielellä sekä oikeudesta tulkkaukseen näitä kieliä viranomaisissa käytettäessä säädetään kielilaissa (423/2003).

Palvelujen saaminen omalla kielellä tai tarvittaessa tulkkauspalvelujen avulla, mukaan lukien kirjallinen ja sähköinen neuvonta ja ohjaus, on tärkeää palvelujen yhdenvertaisen saannin kannalta. Mahdollisuus käyttää omaa äidinkieltään on iäkkäille ihmisille tärkeää myös siksi, että kyky käyttää muuta kuin äidinkieltä voi heikentyä muisti- ja muiden sairauksien takia. Ikääntyneiden maahanmuuttajien ja muiden etnisten vähemmistöjen tarpeisiin vastaamiseksi on kehitettävä toimintamalleja, kuten tulkkauspalveluja, ryhmätoimintaa ja maahanmuuttajataustaisen henkilöstön ja opiskelijoiden laajempaa hyödyntämistä hyvinvointia ja terveyttä edistävässä toiminnassa.

## B. NEUVONTAPALVELUJEN KEHITTÄMINEN

### Ehdotus 7. Neuvontapalvelujen järjestäminen ja koordinointi.

Ikääntyneiden neuvontapalvelut ovat helposti saatavia matalan kynnyksen lähipalveluja. Ikääntyneiden neuvontapalvelujen verkosto laajennetaan koko maan kattavaksi. Kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon vastuulla on palvelujen järjestäminen ja kehittäminen. Kunta koordinoi kunnan eri toimialojen, kolmannen sektorin, seurakuntien ja yksityissektorin palvelut toimivaksi palvelukokonaisuudeksi. Neuvontapalvelut toteutetaan puhelinpalveluina, verkkotiedotuksena ja -palveluina, matalan kynnyksen toimipaikoissa annettavana tietona, tiedotuksena ja palveluina sekä tarpeen mukaan myös asiakkaiden luo liikkuvina palveluina ja teknologiaa hyödyntämällä.

Vastuutaho: STM, THL, kunnat, kuntayhtymät.

Toteuttajat: Kunnat, kuntayhtymät, järjestöt, seurakunnat, yksityiset palveluntuottajat.

Aikataulu: 2009–.

Ikääntyneiden neuvontapalveluja oli tarjolla alle sadassa kunnassa vuonna 2008. Eri puolilla maata asuvien ikääntyneiden ja heidän omaistensa yhdenvertaisuutta neuvontapalvelujen saannissa on parannettava. On tärkeää, että sosiaali- ja terveydenhuollon lisäksi kunnan muut toimialat, ikääntyneet kuntalaiset ja heidän omaisensa sekä muut alueen toimijat osallistuvat neuvontatoiminnan suunnitteluun ja kehittämiseen.

Neuvontapalvelut käsittävät sosiaali- ja perusterveydenhuollon palveluja ja kuntalaisten tarpeiden mukaan myös muita palveluja, joiden tuottajina toimivat kunnat, kuntayhtymät, järjestöt, seurakunnat ja yksityiset palveluntuottajat. Kunnat voivat hankkia erityisryhmien neuvontapalveluja esimerkiksi niihin erikoistuneilta järjestöiltä. Neuvontapalvelujen hankinta edellyttää hyvää tilaaja- ja tuottamisosaamista.

Neuvontapalvelut ovat mahdollisimman helposti saavutettavia palveluja, joita asiakas saa joustavasti matalan kynnyksen periaatteella. Neuvontapalvelut perustuvat tiedon kokoamiseen siten, että tietoa on mahdollisimman helppo löytää ja saada, sekä toimintojen koordinoitiin.

Suuri osa neuvontapalveluista voidaan toteuttaa verkkoinformaationa ja -palveluina sekä puhelinneuvontana. Internetiä hyödyntämällä kunnat voivat tarjota jatkuvasti ylläpidettävää, ajantasaista tietoa alueella tarjolla olevasta toiminnasta ja palveluista. Kunnat voivat myös linkittää verkkosivuilleen valtakunnallisia hyviä käytäntöjä ja toimintamalleja sisältäviä portaaleja, kuten TerveSuomi ja Terveyskirjasto, sekä järjestöjen potilaille ja asiakkaille tarkoitettavia portaaleja. Tiedonsaanti on kuitenkin aina turvattava myös niille ikäihmisille, jotka eivät kykene käyttämään tai voi käyttää verkkopalveluja. Tietoa voidaan välittää myös paikallismedioissa ja erilaisissa tapahtumissa.

Neuvontaa annetaan ja sitä tuetaan myös jakamalla kirjallista materiaalia, kuten tietopaketteja terveyttä edistävästä elintavoista, selkeäkielisiä esitteitä ja palveluoppaita. Jotta neuvontamateriaali olisi käyttökelpoista juuri ikäihmisille, on tärkeää kutsua heitä mukaan valmistelemaan ja kommentoimaan aineistoa, jota suunnitellaan käytettäväksi neuvonnan tukena.



Neuvontaa ja ohjausta annetaan myös matalan kynnyksen toimipaikoissa. Neuvontapalveluja voidaan järjestää esimerkiksi osana palvelu- tai päiväkeskusten toimintaa. Neuvontapalvelut voivat koostua useisiin toimipaikkoihin hajautetusta, hyvin koordinoitusta verkostosta. Verkostomallissa on tärkeää luoda hyvät eri toimijoiden väliset yhteydet ja sopia vastuista niin, että toiminta on myös asiakkaille selkeää eikä tiedonsaanti vaadi asiointia monessa paikassa. Fyysisissä toimipisteissä kasvokkain annettavien palvelujen sijainti arjen kulkureittien varrella ja ikäihmisille tutuissa paikoissa auttaa ikäihmisiä löytämään ja saavuttamaan palvelut. Lähipalvelut voidaan toteuttaa myös asiakkaiden luo liikkuvina palveluina tai teknologiaa hyödyntäen. Liikkuvat palvelut ovat tarpeellisia etenkin seuduilla, joissa julkiset liikenneyhteydet ovat puutteelliset.

## **Ehdotus 8. Neuvontapalvelujen kohdentaminen.**

**Neuvontapalvelut kohdennetaan ensisijaisesti ikääntyneille kuntalaisille sekä heidän omaisilleen ja läheisilleen. Neuvontapalveluista hyötyvät myös sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset sekä muut ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen yhteistyökumppanit. Kunnat ja muut toimijat viestivät neuvontapalveluista aktiivisesti, useita eri kanavia hyödyntäen ja ottavat huomioon eri kohderyhmien erilaiset tarpeet.**

Vastuutahot: Kunnat, kuntayhtymät.

Toteuttajat: Kunnat, kuntayhtymät, järjestöt, yksityiset palveluntuottajat.

Aikataulu: 2009–.

Neuvontapalveluita suunniteltaessa ja toteutettaessa on tärkeää ottaa huomioon ikääntyneiden erilaisuus ja erilaiset elinympäristöt. Toiminnan on vastattava niin eri-ikäisten miesten ja naisten kuin erilaisiin vähemmistöihin kuuluvienkin erityistarpeisiin. Neuvontapalveluilla tuetaan myös omaisiaan hoitavia ja omaisistaan huolehtivia henkilöitä.

Monipuolinen ja eri kanavia hyödyntävä tiedotus lisää neuvonnan tunnettuutta ikääntyneiden kuntalaisten, heidän omaistensa ja läheistensä, työntekijöiden ja muiden yhteistyötoimien keskuudessa. Neuvontapalveluja koskevan viestinnän on oltava suunnitelmallista ja se on räätälöitävä eri kohderyhmien tarpeisiin mukaan lukien kieli-, kulttuuri- ja muut vähemmistöt. Neuvontapalveluja voidaan tehdä tunnetuksi esimerkiksi tietyn alueen ikäihmisille lähetettävällä kirjeellä ja heille järjestettävillä neuvontatilaisuuksilla.

## **Ehdotus 9. Neuvontapalvelujen sisältö.**

**Neuvontapalvelut sisältävät yleistä, laaja-alaista ja selkeäkielistä tiedotusta ikääntyneiden hyvinvoinnista, terveydestä, palveluista ja sosiaaliturvasta sekä hyvinvointia ja terveyttä edistävää neuvontaa ja ohjausta, jota annetaan yksilöille ja ryhmille.**

Vastuutaho: Kunnat, kuntayhtymät.

Toteuttajat: Kunnat, kuntayhtymät, järjestöt, yksityiset palveluntuottajat.

Aikataulu: 2009–.



Neuvontapalveluilla tuetaan ikääntyneiden omaehtoista hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä ja itsehoitoa. Niihin sisältyy myös yleistä palveluja ja etuuksia koskevaa tiedotusta, neuvontaa ja ohjausta. Liikunta, terveellinen ravitsemus, turvallinen lääkehoito ja alkoholin liikkakäytön riskit ovat esimerkkejä neuvonnan ja ohjauksen sisällöstä. Neuvontapalveluihin on tärkeää sisällyttää myös muistiin ja muistihäiriöihin liittyvät asiat, jotka askarruttavat monia ikäihmisiä ja heidän omaisiaan ja joiden varhainen toteaminen antaa mahdollisuuksia ongelmiin puuttumiselle. Myös tieto erilaisista osallistumismahdollisuuksista, kuten harrastus-, virkistys-, kulttuuri- ja vapaaehtoistoiminnasta, tukee onnistuvaa ikääntymistä, osallisuutta ja sosiaalisten suhteiden ylläpitoa. Neuvontapalveluihin sisältyy aina tieto ja ohjaus lähialueen julkisista, järjestöjen, seurakuntien ja yksityisten tuottajien palveluista ja niiden hinnoista sekä sosiaaliturvaan liittyvät kysymykset. Neuvontapalveluilla ei tarkoiteta sosiaalihuoltolain 40 a §:n mukaista palvelutarpeen arviointia tai hoidon ja kuntoutuksen tarpeen arviointia, mutta neuvontapalveluista voidaan ohjata asiakas palvelujen, hoidon tai kuntoutuksen tarpeen arviointiin.

Neuvonta ja ohjaus kohdistetaan yksilöille ja ryhmille. Neuvonta- ja ohjausmuodon valinta perustuu asiakkaan yksilöllisen elämäntilanteen sekä tarpeiden selvittämiseen ja huomioon ottamiseen. Kun henkilön toimintakyky on heikentynyt tai jos hän on huolissaan toimintakyvystään, hän tarvitsee yksilöllistä neuvontaa ja ohjausta, johon pääsee helposti. Yksilöllisen ohjauksen tavoitteena on oikea-aikainen puuttuminen toimintakyvyn heikkenemiseen tai olemassa olevien voimavarojen säilyttäminen. Neuvontapalveluissa annettavan ohjauksen lisäksi henkilö voi tarvita muita palveluja, palveluohjausta tai ohjattua toimintaa kuten liikunnan ohjausta.

Ryhmäneuvonnassa ikäihmisille avautuu mahdollisuus saada vertaistukea ja kasvattaa sosiaalisia verkostojaan. Esimerkkejä neuvonnasta, jota voidaan toteuttaa ryhmässä, ovat tiedon lisääminen muistin toiminnasta ja muistisairauksien oireista, terveystoiminnasta, ikäkuulosta ja tapaturmien ehkäisystä sekä tiedottaminen erilaisista etuuksista. Esimerkiksi sosiaaliseen tukeen perustuvat liikuntainterventiot on havaittu vaikuttaviksi. Ryhmäneuvonnan etuna on myös kustannustehokkuus.

## C. HYVINVOINTIA EDISTÄVIEN KOTIKÄYNTIEN KEHITTÄMINEN

### Ehdotus 10. Hyvinvointia edistävien kotikäyntien järjestäminen.

Hyvinvointia edistävät kotikäynnit<sup>3</sup> otetaan käyttöön kaikissa kunnissa osana ikääntyneille tarjottavien sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaisuutta. Kunnat vastaavat toiminnan järjestämisestä, suunnitelmallisuudesta, jatkuvuudesta ja seurannasta.

Vastuutaho: Kunnat, kuntayhtymät.

Toteuttajat: Kunnat, kuntayhtymät, järjestöt, yksityiset palveluntuottajat.

Aikataulu: 2009–.

Ehkäisevät kotikäynnit -käsitteen käyttö vakiintui Suomessa 2000-luvun alussa suorana käännöksenä englanninkielisestä ”preventive home visit” -käsitteestä. Joissakin kunnissa toiminta on käynnistetty muilla nimikkeillä kuten ennakoivina kotikäynteinä tai hyvinvointia edistävinä kotikäynteinä. Työryhmän näkemyksen mukaan käsite ”hyvinvointia edistävä kotikäynti” kuvaa hyvin kotikäynnin keskeisiä tavoitteita: ikäihmisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämistä, kotona asumisen edellytysten parantamista ja hyvinvointia uhkaavien riskien vähentämistä.

Hyvinvointia edistävien kotikäyntien käyttöönotto koko maassa lisää ikääntyneiden yhdenvertaisuutta. Hyvinvointia edistävät kotikäynnit ovat hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ja etsivän tai jalkautuvan työn väline, joka sisällytetään osaksi kunnan tai kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen suunnitelmia ja strategioita. Hyvinvointia edistävät kotikäynnit sovitetaan yhteen neuvontapalvelujen ja kunnan muun hyvinvointia ja terveystä edistävän ja ehkäisevään toiminnan kanssa, kuten terveyskeskusten toteuttamien ikääntyneiden terveystarkastusten kanssa. Hyvinvointia edistävät kotikäynnit ovat kunnan järjestämiä harkinnanvaraisia palveluja, joihin ei ole niin sanottua subjektiivista oikeutta.

Hyvinvointia edistävän kotikäynnin jälkeen kotikäynnin vastaanottaja voidaan tarpeen mukaan ohjata esimerkiksi päiväkeskuksen ryhmätoimintaan, sosiaalipalvelujen, kuntoutuksen tai apuvälinetarpeen arviointiin, terveyskeskuksen vastaanotolle tai terveystarkastukseen. Hänet voidaan ohjata myös järjestö- tai vapaaehtoistoiminnan tai seurakunnan järjestämän toiminnan piiriin. Henkilön tilanteen selvittämisessä voidaan tarvittaessa hyödyntää sosiaali- ja terveydenhuollon lisäksi myös muita viranomaisia tai toimijoita.

Hyvinvointia edistävän kotikäynnin seurantaan on erilaisia tapoja. Seurantatavan valinnassa otetaan huomioon kotikäynnin saajan kanssa sovitut tavoitteet ja toimenpiteet. Seurannan toteuttaminen sisällytetään ehdotuksessa 18 mainittuun käsikirjaan..

Hyvinvointia edistäville kotikäynneille saadaan tietoa ikääntyneiden kuntalaisten elinoloista, palvelu- ja muista tarpeista ja odotuksista. Tietoa voidaan hyödyntää kunnan toiminnan ja palvelujen suunnittelussa ja palvelutarpeiden ennakoinnissa.

3 Hyvinvointia edistäviä kotikäynneistä on aiemmin käytetty yleisimmin nimitystä ehkäisevät kotikäynnit.

## Ehdotus 11. Hyvinvointia edistävien kotikäyntien kohdentaminen.

Kunta laatii suunnitelman hyvinvointia edistävien kotikäyntien kohdentamisesta. Kohderyhmä valitaan joko 1) iän tai 2) iän ja riskiryhmään kuulumisen perusteella. Hyvinvointia edistävät kotikäynnit on tarkoituksenmukaista kohdistaa ensisijaisesti säännöllisten palvelujen<sup>4</sup> ulkopuolella oleville henkilöille, jotka kuuluvat 70–85-vuotiaiden ikäryhmään tai tiettyyn ikäluokkaan tämän ikäryhmän sisällä.

Vastuutahot: Kunnat, kuntayhtymät.

Toteuttajat: Kunnat, kuntayhtymät, järjestöt, yksityiset palveluntuottajat.

Aikataulu: 2009–.

Kunta päättää paikallisten tarpeiden perusteella hyvinvointia edistävien kotikäyntien kohdentamisesta. Kohderyhmän valinnan lähtökohtana ovat kunnan strategiset linjaukset, ikääntyneiden kuntalaisten tarpeet, kotikäynneille asetetut tavoitteet sekä voimavarojen taloudellinen ja vaikuttava käyttö. Hyvinvointia edistävien kotikäyntien vastaanottaminen on kuntalaisille aina vapaaehtoista.

Tutkimukset eivät anna yhdenmukaisia tuloksia kotikäyntien kohdentamisen tarkoituksenmukaisista ikärajoista, mutta kohdentamisella näyttäisi olevan merkitystä. Tutkimustulosten mukaan hyvinvointia edistävät kotikäynnit vaikuttavat toimintakykyyn eniten silloin, kun ne ajoittuvat riittävän varhaiseen vaiheeseen, jolloin asiakkaan toimintakyky ei ole vielä kovin heikko.

Jos tavoitteena on tukea turvallista kotona selviytymistä neuvonnan ja ohjauksen keinoin, antaa tietoa palveluista, ennakoida palvelutarpeita ja selvittää ikääntyneiden omia käsityksiä selviytymisestään, voidaan hyvinvointia edistävät kotikäynnit kohdistaa kaikille tiettyyn ikäluokkaan kuuluville, jotka eivät ole säännöllisten palvelujen piirissä. Säännöllisten palvelujen piirissä olevien henkilöiden neuvonnasta, ohjauksesta ja hyvinvointia edistävästä toiminnasta on huolehdittava muulla tavoin (ks. ehdotus 13).

Jos tavoitteena on kotona asumisajan pidentäminen ja ympärivuorokautisen hoidon ja hoidon tarpeen myöhentyminen, riskiryhmille suunnatuilla hyvinvointia edistäväillä kotikäynneillä saavutetaan paras vaikutus. Riskiryhmiin kuuluvat henkilöt voidaan tavoittaa tietyille ikäryhmälle tai -luokalle suunnattujen hyvinvointia edistävien kotikäyntien avulla mutta myös muilla tavoilla. Riskiryhmiin kuuluvien tavoittamisessa käytettäviä menetelmiä ovat esimerkiksi kotona selviytymistä ja toimintakykyä selvittävät suppeat postikyselyt ja niitä täydentävät puhelimitse tapahtuvat yhteydenotot. Riskiryhmiin kuuluvien henkilöiden tavoittamisessa voidaan myös hyödyntää palveluverkostoyhteyksiä tekemällä yhteistyötä terveydenhuollon, sosiaaliryhmien, seurakuntien ja järjestöjen kanssa.

<sup>4</sup> Säännöllisillä palveluilla tarkoitetaan tässä seuraavia palveluja: kotipalvelu, kotisairaanhoido (tai kotihoito), omaishoidon tuki, -vallinen tai tehostettu palveluasuminen, vanhainkotihoito sekä pitkäaikainen hoito terveyskeskuksen vuodeosastolla.

## Ehdotus 12. Hyvinvointia edistävän kotikäynnin sisältö.

Hyvinvointia edistävän kotikäynnin sisältö suunnitellaan sen mukaan, onko kyseessä koko ikäluokalle vai riskiryhmään kuuluville kohdistettu käynti. Hyvinvointia edistävään kotikäyntiin sisältyy aina henkilön toimintakyvyn yleinen arviointi ja asuinympäristön riskitekijöiden selvitys. Tarvittaessa kotikäyntiin voidaan sisällyttää myös yksityiskohtaisempi toimintakyvyn arviointi. Kotikäynnillä annetaan neuvoja ja ohjataan omaehtoiseen hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen sekä kerrotaan kunnassa tarjolla olevista palveluista.

Vastuutaho: Kunnat, kuntayhtymät.

Toteuttajat: Kunnat, kuntayhtymät, järjestöt, yksityiset palveluntuottajat.

Aikataulu: 2009–.

Hyvinvointia edistävällä kotikäynnillä on suositeltavaa käyttää hyvinvoinnin eri osa-alueet kattavaa strukturoitua haastattelua. Tämä tukee kotikäyntien yhdenmukaista ja systemaattista toteutusta ja auttaa vaikeidenkin asioiden, kuten päihteiden käytön ja kaltoin kohtelun, järjestelmällistä puheeksi ottamista. Esimerkit strukturoidusta haastattelusta sisällytetään ehdotuksessa 18 mainittuun käsikirjaan.

Hyvinvointia edistävällä kotikäynnillä keskustellaan henkilön toimintakyvystä ja voimavaroista sekä asuin- ja elinympäristöstä ja sen puutteista, korjaustarpeista ja parannusmahdollisuuksista. Kotikäynnillä otetaan esille myös liikkumis- ja ulkoilumahdollisuudet, liikenneturvallisuus, sosiaaliset suhteet ja harrastukset sekä mahdolliset palvelutarpeet ja annetaan niihin liittyvää tietoa ja ohjausta. Hyvinvointia edistävän kotikäynnin painopisteet voivat vaihdella henkilön tarpeiden mukaan.

Kotikäyntiin sisällytetään aina yleisarvio henkilön toimintakyvystä haastattelun, havainnoinnin ja muiden tarkoituksenmukaisten arviointimenetelmien avulla. Myös yksityiskohtaisempi toimintakyvyn arviointi luotettavilla mittareilla on suositeltavaa riskiryhmiin kuuluvien henkilöiden tunnistamiseksi ja tarvittavien jatkotoimenpiteiden ja seurannan suunnittelemiseksi. Toimintakykyä ja sen eri ulottuvuuksia pitää arvioida laaja-alaisesti mutta samalla pitäen mielessä arvioinnin tarkoitus. Keskeisiä arvioitavia tekijöitä ovat muistiin, kuuloon, näköön, ravitsemukseen, liikuntakykyyn, yksinäisyyteen, mielialaan, liikuntaan, päihteiden käyttöön ja toimeentuloon liittyvät asiat.

## D. MUUT EHDOTUKSET

### Ehdotus 13. Säännöllisten palvelujen piirissä olevien henkilöiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen.

Hyvinvointia ja terveyttä edistetään kaikissa ikääntyneiden palveluissa. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi tarpeelliset toimet arvioidaan aina asiakkaan palvelu- ja hoitosuunnitelman tai kuntoutussuunnitelman laadinnan ja seurannan yhteydessä. Suunnitelmiin sisällytettävillä toimilla asetetaan tavoitteet, joiden toteutumista seurataan säännöllisesti.

Vastuutaho: STM, THL, kunnat, kuntayhtymät.

Toteuttajat: THL, kunnat, kuntayhtymät, järjestöt, yksityiset palveluntuottajat, valvontaviranomaiset.

Aikataulu: 2009–.

Hyvinvointia ja terveyttä edistävä toiminta, palvelut ja asuinympäristö ovat tärkeitä myös säännöllisten palvelujen piirissä oleville ikääntyneille. On tärkeää, että asiakkaiden palvelujen tarvetta arvioidaan laaja-alaisesti palvelu- ja hoitosuunnitelmia laadittaessa ja seurattaessa sekä palveluista päätettäessä. Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (812/2000) 7 §:n mukaan sosiaalihuoltoa toteutettaessa on laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma, jollei kyseessä ole tilapäinen neuvonta ja ohjaus tai jollei suunnitelman laatiminen muutoin ole ilmeisen tarpeetonta. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) säädetään, että terveyden- ja sairaanhoitoa toteutettaessa on tarvittaessa laadittava tutkimusta, hoitoa, lääkinnällistä kuntoutusta koskeva tai muu vastaava suunnitelma.

### Ehdotus 14. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osaamisen kehittäminen.

Ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen liittyvää osaamista vahvistetaan perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksessa. Neuvontapalveluissa toimiva ja hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä tekevä henkilöstö perehdytetään ja täydennyskoulutetaan tehtäviinsä, ja näistä palveluista vastaava johto turvaa henkilöstölle konsultaatiomahdollisuudet, jotta käytettävissä on riittävä gerontologisen hoito- ja sosiaalityön, kuntoutuksen, terveysliikunnan sekä geriatrician asiantuntemus. Neuvontatehtävät ja hyvinvointia edistävien kotikäyntien tekeminen edellyttävät tietoa ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä ja varhaisen puuttumisen menetelmistä sekä sosiaaliturvasta ja paikallisesta palvelujärjestelmästä. Sosiaali- ja terveysministeriö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ja kunnat kehittävät yhteistyössä osana Kaste-ohjelman toimeenpanoa seurantaindikaattoreita, joita kunnat voivat käyttää hyvinvointia ja terveyttä edistävien palvelujen henkilöstörakenteen ja -määrän suunnitteluun.

Vastuutahot: STM, OPM, OPH, THL, kunnat ja kuntayhtymät.

Toteuttajat: STM, OPM, OPH, THL, kunnat ja kuntayhtymät, koulutuslaitokset, sosiaalialan osaamiskeskukset, järjestöt, seurakunnat, yksityiset palveluntuottajat.

Aikataulu: 2009–.

Riittävä määrä osaavaa henkilöstöä on tärkeä edellytys ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi eri palveluissa. Sekä neuvontapalveluissa toimiva että hyvinvointia

edistäviä kotikäyntejä tekevä henkilöstö tarvitsee koulutusta ja riittävää työkokemusta. Koulutus voi olla joko sosiaali- tai terveydenhuollon ammatillista koulutusta tai kumpaa-kin. Lisäksi henkilöstö tarvitsee laaja-alaista gerontologista osaamista, erityisesti hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen liittyvää. Tutkimustiedot viittaavat siihen, että hyvinvointia edistävien kotikäyntien vaikutus toimintakyvyn parantamiseen lisääntyy, kun henkilöstö on koulutettua.

Neuvontapalveluissa toimivien ja hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä tekevien työntekijöiden on tärkeää tunnistaa oma roolinsa hyvinvointia ja terveyttä edistävässä työssä sekä luoda ja hyödyntää moniammatillisia yhteistyöverkostoja. Kaikkien työntekijöiden ei tarvitse osata kaikkea, sen sijaan työntekijöille on tärkeää järjestää mahdollisuus konsultoida eri alojen asiantuntijoita. Henkilöstöllä on oltava

- tietoa ikäihmisten terveyskäyttäytymisestä sekä terveysneuvonnan sisällöistä ja menetelmistä
- kykyä tunnistaa ja kohdata riskiryhmiin kuuluvia asiakkaita
- tietoa toimintakyvyn ja voimavarojen arvioinnista ja muista varhaisen puuttumisen menetelmistä
- palvelujärjestelmäosaamista (tietoa kunnassa olevista palveluista, niiden hinnoista ja saantiedellytyksistä)
- tietoa sosiaaliturvasta
- tietoa apuvälineistä
- ikääntyneille suunnitellun teknologian (geroteknologian) osaamista
- yhteistyöosaamista
- hyviä vuorovaikutustaitoja sekä koulutusta viestinnän ja neuvonnan erityiskysymyksistä.

Neuvontapalveluissa toimivien ja hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä tekevien tarkoituksenmukaisia perusvalmiuksia antavia koulutusammattiteja ovat sosiaali- ja terveydenhuollon AMK-tasoiset koulutukset. Asiakastyötä tekeväälle henkilöstölle on turvattava mahdollisuudet ammatilliseen täydennyskoulutukseen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osaamisen ja gerontologisen osaamisen ylläpitämiseksi ja kehittämiseksi. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen on kuuluttava läpäisyperiaatteella osaksi kaikkea sosiaali- ja terveysalan koulutusta.

Ikääntyneiden hyvinvointia ja terveyttä edistävien palvelujen kokonaisuudesta vastaavalla johtajalla on oltava riittävä tieto ikäihmisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä ja sen merkityksestä. Hän vastaa siitä, että palveluissa työskentelevä henkilöstö saa tarvitseman- sa tiedollisen ja vertaistuen. Ikääntyneiden hyvinvointia ja terveyttä edistävien palvelujen hankinta edellyttää hyvää tilaajaosaamista.

Myös muut kuin sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset tarvitsevat koulutusta ja perehdyttämistä ikääntyneiden hyvinvoinnin edistämiseen. Lisäksi ikääntyneiden hyvinvoinnin edistämiseen kuuluu myös avustavia tehtäviä, kuten esimerkiksi ulkoilussa, päivittäisissä askareissa ja lukemisessa avustamista, joiden tekeminen ei edellytä hoitoalan ammatillista koulutusta tai erityisosaamista. Näissä tehtävissä tarvittava perusosaaminen voidaan hankkia kokeneiden ammattilaisten antamana perehdyttämisenä ja opastuksena. Sen lisäksi olennaista on työntekijän myönteinen asennoituminen ja motivaatio ikäihmisten aktiivisuuden tukemiseen.

**Ehdotus 15. Ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen otetaan huomioon, kun määritellään kansallisesti yhtenäisiä sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmien tietosisältöjä ja rakenteita.**

Sosiaali- ja terveysministeriön käynnistämänä on meneillään hankkeita, joissa määritellään kansallisesti yhtenäiset tietosisällöt ja rakenteet sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisille tietojärjestelmille ja asiakirjoille. Suomeen on kehitteillä kansallinen sähköinen sosiaali- ja terveydenhuollon arkisto. Oma hankkeensa on ikääntyneiden palveluiden piirissä olevien henkilöiden asiakastietojen määrittely. Tässä yhteydessä on otettava huomioon ikääntyneiden hyvinvointia ja terveyttä edistävien toimien ja palvelujen, kuten hyvinvointia edistävien kotikäyntien, dokumentointi.

Vastuutahot: STM, THL.

Toteuttajat: THL, kunnat, kuntayhtymät

Aikataulu: 2009–2011.

**Ehdotus 16. Tietosuojakysymysten selvittäminen.**

Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos selvittävät tietosuojavaltuutetun toimiston kanssa hyvinvointia edistävien kotikäyntien dokumentaatioon ja asiakastietojärjestelmien kehittämiseen liittyviä tietosuojakysymyksiä. Tietosuojakysymykset sisällytetään neuvontapalveluja ja hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä koskevaan käsikirjaan.

Vastuutahot: STM, Suomen Kuntaliitto, THL.

Toteuttajat: STM, Tietosuojavaltuutetun toimisto, Suomen Kuntaliitto, THL, kunnat, kuntayhtymät.

Aikataulu: 2009.

Hyvinvointia edistävään toimintaan osallistuminen on kuntalaisille vapaaehtoista. Hyvinvointia edistävällä kotikäynnillä henkilön kotiin mennään hänen omalla luvallaan ja vastaavasti henkilöä koskevien tietojen keräämiseen, käsittelyyn ja luovuttamiseen tarvitaan henkilön suostumus. Lähtökohtana on kuitenkin ollut se, että asiakas- tai potilassuhdetta ei synny pelkästään sen perusteella, että henkilön luo tehdään hyvinvointia edistävä kotikäynti.

Hyvinvointia edistävillä kotikäynneillä saadaan tietoa paitsi yksilötason palvelujen suunnittelua varten myös kunnan palvelutarpeiden ennakoimiseen ja ikääntymispolitiikan kehittämiseen. Koska työryhmä ehdottaa hyvinvointia edistävien kotikäyntien laajentamista valtakunnalliseksi, suunnitelmalliseksi ja säännöllisesti toistuvaksi toiminnaksi, tietosuoja- ja dokumentaatiokysymykset on tarpeen selvittää erikseen. Tähän luo tarvetta myös se, että meneillään olevien sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologiahankkeiden tavoitteina on yhtenäistää ja tehostaa asiakastietojen hallintaa ja luoda maamme yhteensopivat sähköiset asiakastietojärjestelmät ja asiakastyöhön yhtenäiset sähköiset asiakirjat.

## Ehdotus 17. Tietopohjan vahvistaminen, seuranta ja arviointi.

Sosiaali- ja terveysministeriön, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ja kuntien yhteistyönä vahvistetaan tietopohjaa, kuten tilastojärjestelmiä ja seurantaindikaattoreita, jotka kertovat ikääntyneiden hyvinvoinnista ja terveydestä sekä hyvinvointia ja terveyttä edistävästä palveluista. Kunnat hyödyntävät tietoa entistä laajemmin.

Vastuutaho: STM, Suomen Kuntaliitto, THL.

Toteuttajat: STM, THL, Suomen Kuntaliitto, kunnat, kuntayhtymät.

Aikataulu: 2009–.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteisiin kuuluu seurantajärjestelmä, joka tuottaa systemaattisesti tietoa suunnittelun ja seurannan tarpeisiin. Sosiaali- ja terveysministeriön ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen vastuulla oleva tietojärjestelmän kehittäminen mahdollistaa hyvinvointia ja terveyttä edistävän toiminnan paremman suunnittelun, seurannan ja arvioinnin. Systemaattiseen toiminnan seurantaan ja arviointiin tarvitaan yhteistyössä kuntien kanssa kehitettävät valtakunnalliset indikaattorit ja valtakunnallista vertailu- ja arviointitietoa. Seuranta ja arviointi ovat tärkeitä myös, kun toiminnan merkitystä ja sen vaatimia voimavaroja perustellaan päättäjille. Kuntien johto tarvitsee koulutusta jatkuvaan ja systemaattiseen arviointiin ja arviointitiedon käyttöön toiminnan suunnittelussa ja päätöksenteossa.

Kunnilla on jo nyt mahdollisuus hyödyntää maksutta esimerkiksi Sotkanet-tietojärjestelmään sisältyviä ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden seurantaindikaattoreita ([www.sotkanet.fi](http://www.sotkanet.fi)). Ainakin suurimmat kaupungit voivat kehittää myös omia tietojärjestelmiään omiin tarpeisiinsa. Hyvinvointia edistävästä palveluista on tärkeää kerätä myös säännöllistä kuntakohtaista ja palveluntuottajakohtaista asiakaspalautetta, jota hyödynnetään toiminnan keittämisessä.

## Ehdotus 18. Neuvontapalveluiden ja hyvinvointia edistävien kotikäyntien käsikirja.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ja Suomen Kuntaliitto laativat ikääntyneiden neuvontapalveluista ja hyvinvointia edistävästä kotikäynneistä käsikirjan. Käsikirja suunnataan neuvontapalvelujen ja kotikäyntien toteuttajille ja toiminnasta vastaaville.

Vastuutahot: STM, THL, Suomen Kuntaliitto.

Toteuttajat: THL, Suomen Kuntaliitto.

Aikataulu: 2009–2010.

Neuvontapalvelujen ja hyvinvointia edistävien kotikäyntien kehittämiseen tarvitaan valtakunnallista tiedotusta ja opastusta, joka toteutuu esimerkiksi kouluttamalla ja tuottamalla indikaattorien avulla vertailutietoa sekä laatimalla riittävän konkreettinen ja toiminnan kehittämiseen kannustava käsikirja. Käsikirja suunnataan kunnissa neuvontapalveluja ja hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä toteuttaville työntekijöille ja toiminnasta vastaaville. Sähköisen käsikirjan etuna ovat hyvät tiedon päivitysmahdollisuudet. Käsikirjan keskeistä sisältöä on kuvattu liitteessä 1.



## 3 Ehdotusten vaikutukset

### 3.1 Ihmisiin, hyvinvointiin ja terveyteen liittyvät vaikutukset

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ei nykyisellään kata koko väestöä. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ketju katkeaa usein ikääntyneiden kohdalla. Työelämästä pois siirtyminen lisää etenkin alle 80-vuotiaiden henkilöiden riskiä jäädä säännöllisten terveyspalvelujen ulkopuolelle. Työryhmän ehdotukset sosiaali- ja terveydenhuollon neuvontapalvelujen ja hyvinvointia edistävien kotikäyntien kehittämisestä tukevat eri puolilla maata asuvien ikääntyneiden ihmisten yhdenvertaisempaa mahdollisuutta päästä hyvinvointia ja terveyttä edistävän toiminnan ja palvelujen piiriin. Tämän puolestaan voidaan olettaa parantavan keskeisten ikääntymispoliittisten tavoitteiden toteutumista. Näitä tavoitteita ovat ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden koheneminen, hyvinvointi- ja terveyserojen kaventuminen, kotona asumisen edellytysten paraneminen ja ympärivuorokautisen hoidon ja hoivan tarpeen väheneminen.

Kun terveydentilan ja toimintakyvyn heikkenemiseen ja sosiaalisiin ongelmiin puututaan mahdollisimman varhain, ehkäistään toimintakyvyn vajeiden ja ongelmien kärjistymistä ja kasautumista. Tutkimustulosten mukaan esimerkiksi ehkäisevät kotikäynnit (hyvinvointia edistävät kotikäynnit) säilyttävät ja edistävät toimintakykyä eniten silloin, kun ne ajoittuvat riittävän varhaiseen vaiheeseen, jolloin asiakkaan toimintakyky ei ole vielä heikentynyt olennaisesti. Toimintakyvyn säilyttäminen mahdollisimman hyvänä, pitkäaikaiseen laitoshoitoon siirtymisen myöhentäminen ja kuolleisuuden vähentäminen edellyttävät myös monipuolista geriatrasta arviointia, seuranta- ja henkilöstön koulutusta kotikäyntien toteuttamiseen. Antamalla ikääntyneille riittävän varhain ammattitaitoista tukea riskien vähentämiseen ja ongelmien ratkaisuun turvataan entistä useammille ikääntyneille mahdollisuus olla hyvinvoivia ja aktiivisia toimijoita omassa elämässään, yhteisöissään ja yhteiskunnassa.

Neuvontapalveluja ja hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä suunniteltaessa kannattaa kiinnittää erityistä huomiota sellaisiin sisältökysymyksiin, joihin ennalta ehkäisyllä ja varhaisella puuttumisella voidaan parhaiten vaikuttaa. Tällaisia ovat ikääntyneiden kohdalla esimerkiksi ravitsemus, liikunta, tapaturmien ehkäisy, mielenterveys, lääkitys, muistiin liittyvät asiat ja yksinäisyys.

Työryhmän ehdotusten mukaisessa hyvinvointia ja terveyttä edistävässä toiminnassa tunnistetaan ikäihmisten yksilöllisyys ja hyvinvointiin liittyvien tarpeiden moniulotteisuus. Erilaisilla ikäihmisillä on erilaisia tarpeita ja toiveita. Ikäihmisten hyvinvointiin kuuluu paitsi mahdollisuus saada tarvittaessa laadukasta terveyden- ja sairaanhoitoa ja hoivaa oikea-aikaisesti myös mahdollisuus osallisuuteen. Osallisuus ja mielekäs tekeminen, kuten sosiaalisten suhteiden ylläpito, liikunta, opiskelu tai kulttuuriharrastukset, ovat puolestaan onnistuvan ikääntymisen kulmakiviä. Niitä voidaan myös käyttää hyvinvointia ja kuntoutumista edistävän työn välineinä.

Helposti saavutettava neuvonta ja ohjaus ja sosiaali- ja terveydenhuollon jalkautuvat työmuodot, kuten hyvinvointia edistävät kotikäynnit, voivat myös vaikuttaa sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttöön. Suuri osa esimerkiksi terveyskeskusten lääkäripalveluja paljon käyttävistä henkilöistä on ikäihmisiä. Paneutumalla heidän tilanteeseensa sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisen neuvonnan ja ohjauksen keinoin ja ohjaamalla heitä erilaisiin toimintoihin ja tarpeenmukaisiin palveluihin voidaan vähentää lääkärinvastaanottojen kuormitusta. Tieto siitä, että neuvoja ja ohjausta, vertaistukea tai muuta tarkoituksenmukaista toimintaa on saatavilla, lisää ikääntyneiden ja heidän omaistensa turvallisuuden tunnetta ja vähentää turvattomuutta.

Ikääntyneiden syrjäytymisriskiä pienennetään vahvistamalla etsivää, ikääntyneiden luo jalkautuvaa työtä ja lisäämällä ikääntyneitä kohtaavien toimijoiden verkostoitumista. Hyvinvointia edistävien kotikäyntien avulla kunnat voivat myös kehittää palvelujärjestelmäänsä vastaamaan entistä paremmin syrjäytymisriskissä olevien ikääntyneiden tarpeisiin.

Kun työryhmän ehdotukset toteutuvat, ikääntymispolitiikan tavoitteet ja toteutus uudistuvat ja monipuolistuvat. Palvelujen kehittämisen keskiössä on ikäihminen ja ikääntymispolitiikan eri toimijoiden kumppanuus. Ikääntyneet osallistuvat yhä enemmän palvelujen ja muiden toimintojen kehittämiseen. Palvelujen sisällön uudistamisella myös lisätään ikääntyneiden palveluiden vetovoimaisuutta ammattina, minkä ansiosta alalle saadaan varmemmin työvoimaa myös tulevaisuudessa.

## 3.2 Taloudelliset vaikutukset

Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista kohdistuu noin kaksi kolmasosaa ikääntyneiden käyttämiin palveluihin. Ikääntyneiden käyttämien sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannuksista puolestaan suuri osa kohdistuu neljättä ikää elävien eli pitkäaikaista hoitoa ja hoivaa tarvitsevien ikääntyneiden palvelujen kustannuksiin. Sosiaali- ja terveyspalvelujen menojen hillitsemisen kannalta on siten olennaista, kyetäkö neljännen ikävaiheen alkua ja siihen liittyvää ympärivuorokautisten palvelujen tarvetta siirtämään mahdollisimman pitkälle elämän loppuvaiheeseen. Tämän tavoitteen saavuttamiseksi yhteiskunnan ei kannata jättää tартtumatta niihin mahdollisuuksiin, joita ikääntyneiden hyvinvointia ja terveyttä edistävät toimet, kuten neuvontapalvelut ja hyvinvointia edistävät kotikäynnit, voivat tarjota.

Ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden koheneminen vaatii yksilöiden ja yhteiskunnan toimia ja voimavaroja. Ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen voidaan saada lisää yhteiskunnan voimavaroja kohdentamalla nykyisiä palvelujen voimavaroja uudella tavalla. Tämä voi tapahtua erityisesti vähentämällä pitkäaikaista laitoshoidoa ja korvaamalla se muilla palveluilla ja parantamalla palvelujen kustannusvaikuttavuutta. Ikääntyneen väestön määrän suuri kasvu edellyttää kuitenkin myös jatkuvasti uusia voimavaroja ikääntyneiden palveluihin.

Kun hyvinvointia ja terveyttä edistäviä toimia ja palveluja kehitetään ja kun ongelmiin reagointi tehostuu, niin palvelujen ja etuuksien kokonaiskustannukset voivat kasvaa. Näin voi tapahtua etenkin lyhyellä aikavälillä, koska heikkokuntoisten ikäihmisten hoidosta ja palveluista on huolehdittava samanaikaisesti. Jos toiminnan painopisteen muuttamisella kuitenkin onnistutaan parantamaan ikääntyneiden terveyttä ja toimintakykyä, sen voidaan pidemmällä aikavälillä odottaa hillitsevän väestön ikääntymisestä aiheutuvaa julkisten kustannusten kasvua.

Sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton antamassa Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa suositellaan, että pitkäaikaisen laitoshoidon osuutta 75 vuotta täyttäneiden hoidosta vähennetään nykyisestä runsaasta 6 prosentista 3 prosenttiin vuoteen 2012 mennessä. Tämä merkitsisi laskennallisesti pitkäaikaisen laitoshoidon kustannusten pienenemistä 541 miljoonalla eurolla vuoteen 2012 mennessä (vuoden 2006 hinnoin). Työryhmä katsoo, että näitä voimavaroja olisi ohjattava paitsi kotihoidon, palveluasumisen ja omaishoidon tuen kattavuuden lisäämiseen myös hyvinvointia ja terveyttä edistäviin palveluihin, kuten hyvinvointia edistävien kotikäyntien lisäämiseen, neuvontapalvelujen verkoston luomiseen ja kuntoutustoiminnan vahvistamiseen.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen väestötason kustannusvaikutusten ja kustannustehokkuuden arviointi on vaativaa tutkimusta. Kustannuksia ja vaikutuksia arvioitaessa olisi arvioitava toiminnan kustannuksia ja niiden muutoksia, terveysvaikutuksia, hyvinvointi- ja elämänlaatuvaikutuksia, toiminnan kestoa ja kohderyhmän laajuutta. Elämänlaatuun liittyviä vaikutuksia on hyvin vaikea mitata rahallisin arvoin. Kustannuksia ja vaikutuksia (hyötyjä) olisi arvioitava sekä yhteiskunnallisella tasolla että eri väestöryhmien näkökulmista ja eri aikaväleillä. Kustannusten säästöt ilmenevät käytännössä hoidon ja palvelujen tarpeen vähenemisenä tai niiden tarpeen kasvun hidastumisena.

Ehkäisevien kotikäyntien kustannustehokkuudesta ei saatu näyttöä tanskalaisessa kolmen vuoden seuranta tutkimuksessa (Kronborg et al. 2006). Sen sijaan ruotsalaisessa kontrollitutkimuksessa terveille 75 vuotta täyttäneille suunnatut kaksi ehkäisevää kotikäyntiä vuodessa kahden vuoden ajan osoittautuivat kustannustehokkaiksi kyseessä olleessa ympäristössä (Sahlen et al. 2008).

Luotettavasti arvioituja tietoja terveydenedistämistoimien taloudellisista vaikutuksista on toistaiseksi vähän. Ne viittaavat kuitenkin siihen, että monet elintapoja muokkaavat toimenpiteet ovat vaikuttaneet toivotulla tavalla, ja niiden kustannusvaikuttavuussuhde on melko edullinen. Edistämällä terveyttä nykyisin vaikuttaviksi tiedetyin toimenpitein voitaisiin saavuttaa huomattavia terveyshyötyjä kohtuullisin kustannuksin. Poliittikkatasoisten terveydenedistämistoimien on osoitettu olevan selvästi kustannusvaikuttavampia kuin yksilöön kohdistuvan ehkäisevän toiminnan, mutta myös henkilökohmainen neuvonta ja ohjaus voi olla kustannusvaikuttavaa.

Monilla yhteiskuntapoliittisilla ratkaisulla, kuten kaavoitusta, yhdyskuntasuunnittelua, asuntopoliitikkaa ja liikennepoliitikkaa koskevilla päätöksillä, voidaan parantaa ikääntyneiden toimintakykyä ja hyvinvointia suhteellisen vähäisin kustannuksin tai jopa ilman kustannuksia.

Ikääntyneiden neuvontapalvelujen ja hyvinvointia edistävien kotikäyntien yhtenä tavoitteena on liikuntaneuvonnan lisääminen, liikuntaan kannustaminen ja ohjaus liikuntapalvelujen piiriin. Liian vähäisen liikunnan arvioidaan aiheuttavan Suomessa 300–400 miljoonan euron vuosittaiset kustannukset muun muassa lisääntyneiden sydän- ja verisuonisairauksien sekä diabeteksen takia.

Asunnon ja asuinympäristön riskitekijöiden selvittäminen ja tapaturmien ehkäisy ovat hyvinvointia edistävien kotikäyntien keskeistä sisältöä. Esimerkiksi kaatumisriskejä voidaan vähentää arvioimalla näköön ja havaintokykyyn liittyviä tekijöitä, lihasvoiman, koordinaation ja tasapainon ongelmia, lääkityksen aiheuttamia riskejä sekä kotona olevia vaaratekijöitä ja kodin muutostöiden tarvetta. Ikääntyneiden kaatumistapaturmat johtavat usein lonkkamurtumiin. Vuosittain Suomessa hoidetaan yli 7 000 lonkkamurtumaa, ja yhden lonkkamurtuman hoitaminen maksaa noin 15 000 euroa vuodessa.

Väestön ikääntymiseen liittyvistä sairauksista kustannuksiltaan merkittävin sairausryhmä ovat dementiaan johtavat muistisairaudet. Etenevien muistisairauksien suuret kustannukset johtuvat sairastuneiden suuresta määrästä ja demention loppuvaiheen ympärivuorokautisesta hoidosta. Muistiin liittyvä neuvonta ja ohjaus ja muistiin liittyvien ongelmien riittävän varhainen tunnistaminen kuuluvatkin keskeisesti ikääntyneiden neuvontaan, ohjaukseen sekä hyvinvointia edistäviin kotikäynteihin.

Muistisairauksien varhainen tunnistaminen ja muistisairaiden ja heidän omaistensa kuntoutuksen ja avopalvelujen kehittäminen voivat vähentää merkittävästi muistisairauksista aiheutuvia kustannuksia ja parantaa muistioireisten henkilöiden ja heidän perheidensä elämänlaatua. Esimerkiksi Helsingissä on arvioitu, kuinka paljon eri toimenpiteet lyhentäisivät demention loppuvaiheen ympärivuorokautisen hoidon kestoa ja vähentäisivät siten dementiahoidon kustannuksia vuonna 2016. Dementiapotilaan taudin loppuvaiheen ympärivuorokautinen hoito kesti selvityksen tekoajankohtana (2007) keskimäärin 4 vuotta. Ympäri vuorokautisen hoidon alkamista arvioitiin voitavan siirtää yhteensä noin 15 kuukaudella lääkehoidon, kotihoito resurssien ja osaamisen lisäämisen, omaishoidon tukemisen, kuntoutuksen, hyvän seurannan, tekniikan kehityksen, asuinympäristön kehittämisen ja yksinäisyyden torjunnan avulla sekä sen ansiosta, että väestön kunto on taudin alkuvaiheessa parempi. Helsingissä arvioitiin saatavan vuonna 2016 noin 38 miljoonan euron säästöt (vuoden 2005 hinnoin), kun aiemman laitospainotteisemman hoitomallin sijaan otetaan käyttöön uudenlainen toimintamalli, joka korostaa avohoitoa, kuntoutusta, neuvontaa, ohjausta ja ehkäisevää toimintaa.

Liitetaulukossa 2 on tietoja eräiden kuntien järjestämien palvelujen yksikkökustannuksista vuonna 2006. Vanhainkotihoitoon kustannukset olivat vuonna 2006 keskimäärin 43 800 euroa vuodessa (3 650 €/kk). Asiakasmaksut kattoivat näistä kustannuksista 18 prosenttia, joten kuntien nettokustannukset olivat keskimäärin 35 916 euroa vuodessa (2 993 €/kk). Eri palvelujen kustannusten mittasuhteista

saadaan kuva esimerkiksi laskemalla, kuinka paljon tiettyä palvelua pystyttäisiin järjestämään toisen palvelun tuottamisesta aiheutuvilla kustannuksilla. Jos oletetaan, että hyvinvointia edistävän kotikäynnin (ensikäynnin) kustannus kunnalle on keskimäärin 120 euroa, vuoden vanhainkotihoidon nettohinnalla (v. 2006) pystyttäisiin tekemään laskennallisesti noin 300 hyvinvointia edistävää kotikäyntiä.

Palvelujen kustannustietojen avulla voidaan myös arvioida laskennallisia säästöjä tilanteessa, jossa neuvontapalvelut, hyvinvointia edistävät kotikäynnit ja muut hyvinvointia ja terveyttä edistävät toimet johtaisivat esimerkiksi siihen, että asiakas siirtyisi vanhainkotihoitoon myöhemmin. Tällöin kunta säästäisi myös siinä tapauksessa, että asiakas saisi laitoshoidon sijaan muita palveluja. Jos asiakas sai kuu-kauden aikana esimerkiksi kotipalvelua 20 käyntiä ja kotisairaanhoidoa 10 käyntiä, tämän bruttokustannukset kunnalle olivat keskimäärin noin 984 euroa kuukaudessa eli 11 808 euroa vuodessa vuonna 2006. Jos oletetaan, että asiakas olisi maksanut asiakasmaksua keskimäärin 15 prosenttia kotipalvelun ja kotisairaanhoidon kustannuksista, kunnan nettokustannus olisi ollut 837 euroa kuukaudessa. Vanhainkotihoidon nettokustannukset kunnalle olivat keskimäärin 2 993 euroa kuukaudessa vuonna 2006. Vuodessa kunnan säästö vanhainkotihoidon järjestämiseen verrattuna olisi ollut 25 879 euroa.

### 3.2.1 Neuvontapalvelujen ja hyvinvointia edistävien kotikäyntien kustannukset

Koska ikääntyneiden neuvontapalveluja on tähän mennessä kehitetty systemaattisemmin vasta noin joka neljännessä kunnassa, työryhmä ehdottaa kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksien lisäyksiä erityisesti neuvontapalvelujen kehittämiseen. Jos ikääntyneiden neuvontapalveluihin saataisiin yhteensä 300 AMK-tasoisien tutkinnon suorittanutta työntekijää, lisäkustannukset kunnille olisivat arviolta 15 miljoonaa euroa vuodessa, josta valtionosuus olisi 7,5 miljoonaa euroa (50 %).

Työryhmän hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä koskevien ehdotusten vaikutukset kunnan kustannuksiin vaihtelevat sen mukaan, onko kyse kunnassa alkavasta vai jo vakiintuneesta toiminnasta. Kustannuksiin vaikuttaa myös se, missä laajuudessa ja miten toteutettuina käyntejä tehdään kunnassa nykyisin ja miten kohdennettuina ja toteutettuina kunta päättää jatkossa järjestää niitä. Vuonna 2007 ehkäiseviä kotikäyntejä toteutettiin Stakesin tutkimuksen mukaan 188 kunnassa ja niiden käyttöönotto oli alkamassa tai suunnitteilla 65 kunnassa. Toiminnan laajuus vaihtelee kunnittain.

Ensikäyntinä toteutettavan hyvinvointia edistävän kotikäynnin vaatimaksi työajaksi työryhmä arvioi keskimäärin kolme tuntia, joka sisältää välittömän asiakastyön lisäksi myös etukäteisvalmistelut sekä tarvittavan dokumentoinnin, matkat ja moniammatillisen yhteistyön<sup>5</sup>. Kun sosiaali- ja terveydenhuollon AMK-tasoisien tutkinnon suorittaneen ammattilaisen yhden työtunnin kokonaiskustannus on noin 40 euroa<sup>6</sup>, saadaan hyvinvointia edistävän kotikäynnin tuotantokustannukseksi keskimäärin arviolta 120 euroa. Seurantakäynneistä tai muulla tavalla toteutetusta seurannasta aiheutuvien kustannusten voidaan arvioida olevan keskimäärin selvästi pienempiä kuin ensikäyntien kustannukset.

Yksi päätoiminen työntekijä voi tehdä vuodessa laskennallisesti arviolta noin 370 asiakkaalle hyvinvointia edistävän kotikäynnin (ensikäynnin). Laskelmassa on oletettu, että käyntiin kuluva kokonaistyöaika on 3 tuntia ja että työntekijän kokonaistyöajasta (n. 1 600 tuntia vuodessa) 70 prosenttia käytetään hyvinvointia edistävien kotikäyntien toteuttamiseen ja loput 30 prosenttia menee muuhun toimintaan (esim. koulutukseen ja sairauspoissaoloihin).

<sup>5</sup> Jos välimatkat ovat kunnassa lyhyet, ensikäynnin keskimääräinen kesto voi olla 2–2,5 tuntia.

<sup>6</sup> Sosiaali- ja terveydenhuollon AMK-tasoisien tutkinnon suorittaneen työntekijän palkkakustannus tuntia kohden mukaan lukien sosiaaliturvamaksut, lomarahat, hallinnolliset ja muut yleiskustannukset.

Jos hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä tehtäisiin ensikäynteinä koko maassa esimerkiksi 30 000, niiden tuotantokustannukset kunnille olisivat arviolta 3,6 miljoonaa euroa vuodessa (30 000 käyntiä x 3 tuntia x 40 euroa). 30 000 ensikäynnin tekeminen edellyttäisi koko maan tasolla laskennallisesti noin 80 kokopäiväisen työntekijän työpanosta. Lisäksi on otettava huomioon kustannukset, jotka syntyvät kotikäyntien seurannasta, kuten seurantakäynneistä ja muulla tavalla toteutetusta seurannasta.

Jos kunnassa tehtäisiin esimerkiksi 100 hyvinvointia edistävää kotikäyntiä ensikäyntinä, näiden käyntien tuotantokustannus olisi noin 12 000 euroa (300 tuntia x 40 euroa). Lisäksi kunnalle tulisi kustannuksia kotikäynteihin liittyvästä seurannasta.

Neuvontapalvelujen ja hyvinvointia edistävien kotikäyntien lisääminen, sisällön kehittäminen ja vaikuttavuuden parantaminen edellyttävät henkilöstön koulutusta. Koulutus voi olla pääosin perehdytykseen kuuluvaa koulutusta sekä nykyistä lakisääteistä sosiaali- ja terveydenhuollon täydennyskoulutusta.

### 3.2.2 Laskelmia ympärivuorokautisen pitkäaikaishoidon menojen kehityksestä

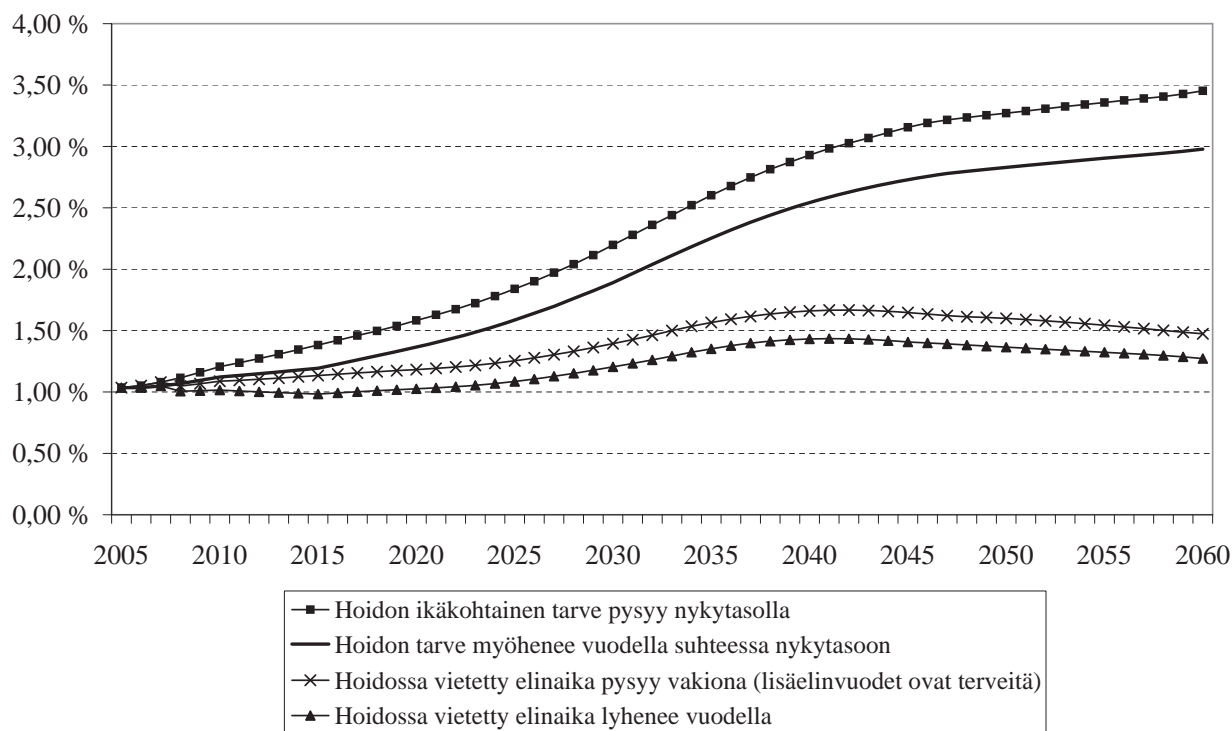
Kuviossa 1 on eri oletuksiin perustuvia arvioita ympärivuorokautisen pitkäaikaishoidon menojen kehityksestä vuoteen 2060 saakka. Laskelmat sisältävät tehostetun palveluasumisen, vanhainkotihoitoon sekä pitkäaikaisen vuodeosastohoidon terveyskeskuksissa. Lähtötietona on hoidon kustannusjakauma ikä- ja sukupuoliryhmittäin vuonna 2006. Menoprojektio muodostetaan vertaamalla tätä tietoa väestöennusteen mukaiseen ikärakenteen muutokseen. Laskelmat on tehty sosiaali- ja terveysministeriön niin sanotulla SOME-laskentamallilla.

Menojen kehityksestä on tehty neljä vaihtoehtoista arviota. Perusvaihtoehdossa oletetaan, että pitkäaikaishoidon ikäkohtainen tarve pysyy nykytasollaan. Tällöin terveys olisi huono kaikkina lisäelinvuosina, kun elinikä pitenee. Toinen vaihtoehto on, että hoivan tarve lykkääntyisi vuotta myöhemmäksi 2015 mennessä. Kolmannessa vaihtoehdossa oletetaan, että pitkäaikaishoidossa vietetty elinaika pysyy nykytasolla. Tällöin kaikki lisäelinvuodet olisivat terveitä, ja hoidon ikäkohtainen tarve myöhentyisi samaan tahtiin kuin ihmisten elinikä pitenee. Neljäs vaihtoehto on, että pitkäaikaishoidossa vietetty elinaika lyhenee vuodella. Pitkäaikaishoidon tarve on siis suurin ensimmäisessä skenaariossa ja pienin viimeisessä.

Laskelmista nähdään, että muutokset hoidon ikäkohtaisessa tarpeessa vaikuttavat huomattavasti pitkäaikaishoidon menojen kehitykseen. Perusvaihtoehdossa, jossa hoidon ikäkohtainen tarve ei muutu, ympärivuorokautisen pitkäaikaishoidon menojen bkt-osuus nousee lähelle 3,5 prosenttia vuoteen 2060 mennessä. Suhteessa vuoden 2008 bruttokansantuotteeseen tämä vastaa noin 6,5 miljardia euroa.

Hoidon tarpeen myöheneminen vuodella vähentäisi menoja 0,5 prosenttiyksikköä suhteessa bruttokansantuotteeseen, mikä vastaisi noin 1 miljardin euron säästöä vuoden 2008 tasossa. Optimistisen oletuksen mukaisessa laskelmassa, jossa lisäelinvuodet ovat terveitä, menojen bkt-suhde jäisi noin 1,5 prosenttiin. Suhteessa vuoden 2008 bruttokansantuotteeseen menot olisivat noin 3 miljardia euroa ja perusvaihtoehtoon verrattuna säästöt lähes 4 miljardia euroa. Neljännessä laskelmassa päädytään noin 1,3 prosentin bkt-osuuteen. Erot peruslaskelmaan ovat siis huomattavia.

Eläkeikäisen väestön terveyden ja toimintakyvyn parantaminen on tärkeä tavoite terveydellisessä ja sosiaalisessa mielessä. Esitettyjen laskelmien perusteella voidaan todeta, että tulevana vuosina voitaisiin myös säästää huomattavia summia pitkäaikaishoidon kustannuksissa, jos hoidon tarvetta pystytään siirtämään myöhempään ikään.



**Kuvio 1.** Ympäri vuorokautisen pitkäaikaishoidon menot eri oletuksilla hoidon tarpeen kehityksestä. Projektio vuoteen 2060. Menot prosenttia bkt:sta.

## 4 Ikääntyneiden hyvinvointia ja terveyttä edistävien palveluiden kehittämisen lähtökohdat

### 4.1 Ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen valtakunnalliset linjaukset

Pääministeri Vanhasen II hallituksen ohjelmassa painotetaan terveyden edistämistä ja terveyserojen kaventamista, perusterveydenhuollon vahvistamista sekä mielenterveys- ja päihdeongelmien hoitamista. Hallitusohjelmassa korostetaan myös ikääntyneiden toimintakyvyn, omatoimisuuden ja itsenäisen suoriutumisen vahvistamista. Hallitusohjelmaan sisältyy koko maan kattavan ikääntyneiden neuvonta- ja palveluverkoston luominen ja ehkäisevien kotikäyntien lisääminen.

Hallituskauden puolivälissä tehty hallitusohjelman toimeenpanon arviointiraportti painottaa vahvasti terveyden edistämistä. Raportissa esitetään, että tietopohjaa ennaltaehkäisevästä työstä on parannettava, kansalaisten omaa vastuunottoa terveydestä on tuettava ja terveyden edistämisen osaamista on vahvistettava selvittämällä terveysliikunnan, terveellisen ravitsemuksen ja ehkäisevän päihdetyön opetusta sosiaali- ja terveysalan koulutuksissa niin ammattikorkeakouluissa kuin yliopistoissakin. Nämä linjaukset on otettu huomioon työryhmän ehdotuksia laadittaessa.



Hallituksen käynnistämän nelivuotisen Terveyden edistämisen politiikkaohjelman keskeisenä tehtävänä on ”terveys kaikissa politiikoissa” -ajattelun mukaisesti edesauttaa sitä, että terveysnäkökohdat otetaan huomioon yhteiskunnallisessa päätöksenteossa ja palvelujärjestelmässä, elinkeinoelämässä, järjestöissä ja yksilötasolla. Painopistettä halutaan siirtää ongelmien ehkäisyyn sekä niiden varhaiseen tunnistamiseen, ongelmiin puuttumiseen ja niiden ratkaisussa tukemiseen. Ohjelman tavoitteina ovat väestön terveydentilan parantuminen ja terveyserojen kaventaminen. Ohjelmalla vahvistetaan terveyden edistämisen rakenteita ja eri ikäryhmien terveyttä ja toimintakykyä. Lisäksi kiinnitetään huomiota terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn vastuiden jakoon ja resursointiin, liikunnan ja kulttuurin merkitykseen hyvinvoinnin edellytyksenä sekä fyysisen ympäristön terveellisyyteen. Terveyden edistämisen politiikkaohjelmaan sisältyy ikäihmisten neuvontapalvelujen verkoston laajentaminen koko maahan ja ehkäisevien kotikäyntien laajentaminen osaksi ikäihmisten palveluvalikoimaa.

Terveyden edistämisen politiikkaohjelmaan kytkeytyy tiiviisti Kansalliseen terveyserojen kaventamisohjelmaan 2008 – 2011. Terveyserojen kaventamisohjelma pureutuu erityisesti sosioekonomisten ryhmien työ- ja toimintakyvyn, sairastavuuden ja kuolleisuuden eroihin. Terveyseroja pyritään vähentämään siten, että terveydeltään huonommassa asemassa olevien terveydentila lähentyy paremman terveyden saavuttaneiden ryhmienterveyden tasoa. Terveyserojen väheneminen vaikuttaa myönteisesti koko kansanterveyteen, palveluiden turvaamiseen väestön ikääntyessä sekä kustannusten hillintään.

Terveyden edistämisen politiikkaohjelman ja Kansallisen terveyserojen kaventamisohjelman ikäihmiin liittyvät tavoitteet sisältyvät sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton vuonna 2008 antamaan Ikäihmisten palvelujen laatusuositukseen, jonka toimeenpano on parhaillaan käynnissä. Suositus korostaa ikäihmisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä ja ehkäisevän toiminnan ja palveluiden kehittämisen tärkeyttä. Ikäneuvo-työryhmän työ on keskeinen osa Terveyden edistämisen politiikkaohjelman ja Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen toimeenpanoa.

Edellä kuvattujen asiakirjojen lisäksi myös useiden muiden 2000-luvulla julkaistujen sosiaali- ja terveyspoliittisten asiakirjojen tavoitteet korostavat hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä. Ikääntyneiden toimintakyvyn edistäminen ja ehkäisevien, etsivien ja kuntouttavien palveluiden kehittäminen ovat olleet sitä painokkaammin esillä mitä pidemmälle 2000-luvulla on tultu.

Valtioneuvoston vuonna 2001 hyväksymä periaatepäätös Terveys 2015 –kansanterveysohjelma painottaa terveyden edistämistä. Sen taustana on Maailman terveysjärjestön WHO:n Terveyttä kaikille -ohjelma. Terveys 2015 -ohjelma toimii kehyksenä terveyden edistämiseksi yhteiskunnan eri alueilla painottaen alueellista ja paikallista yhteistyötä yli hallinnon sektoreiden. Ohjelmassa huomio kohdistetaan eri elinvaiheiden keskeisiin terveysriskeihin. Terveys 2015 -ohjelman toimeenpanoa ja seuranta koordinoi valtioneuvoston asettama kansanterveyden neuvottelukunta yhdessä sosiaali- ja terveysministeriön kanssa.

Sosiaali- ja terveysministeriön strategiassa 2015 terveyden ja toimintakyvyn edistäminen on yksi neljästä päästrategiasta. Strategiassa tavoitteeksi asetetaan uusien toimintamallien luominen ikäihmisten toimintakyvyn parantamiseen. Strategian mukaan ikääntyneiden toimintakyvyn parantamiseksi on liittävä riittävän varhaista ja monipuolista ehkäisevää ja kuntouttavaa toimintaa. Tie hyvään vanhuuteen –julkaisu vuodelta 2006 konkretisoi ministeriön strategiaa ikäihmisten hoidon ja palveluiden osalta. Julkaisussa ehdotetaan, että Suomeen luotaisiin kattava ikäihmisten neuvontapalvelujen verkosto, jonka tehtävänä olisi turvata mahdollisuus saada ”yhden oven” -periaatteella ohjausta, neuvontaa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ehkäisevän työn palveluja toimintakyvyn tukemiseksi.

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi vuonna 2004 Ikääntyneiden ihmisten ohjatun terveystoiminnan laatusuosituksen. Suosituksen mukaan ikääntyneiden ihmisten ohjattu terveystoiminta tulisi sisällyttää osaksi kuntien hyvinvointipolitiikkaa ja vanhusstrategiaa siten, että terveystoiminta sisältyy hyvinvointitekijänä koko kunnan ja myös eri sektoreiden strategioihin. Vuonna 2006 sosiaali- ja terveysministeriö antoi Terveyden edistämisen laatusuosituksen, jonka tavoitteena on nostaa terveyden edistäminen

kaikissa kunnissa yhdeksi toiminnan painoalueeksi. Suositukset koskevat terveyden edistämisen johtamista, toiminnan suunnittelua ja toteutusta, yhteistyötä ja työnjakoa sekä terveyttä edistävän toiminnan ja osaamisen arviointia. Ikäihmisten osalta suositus korostaa varhaista puuttumista toimintakyvyn ja terveydentilan heikkenemiseen ja osallisuuden tukemista. Suosituksessa nostetaan esille vanhus-, seniori- ja kuntoutusneuvolat ja ehkäisevät kotikäynnit välineinä edistää ikääntyneen väestöosan hyvinvointia ja terveyttä.

Valtioneuvosto antoi syksyllä 2008 periaatepäätöksen terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämislinjoista. Periaatepäätöksessä on linjattu tavoitteet ja kehittämislinjat eri ikä- ja väestöryhmille. Ikääntyneiden osalta tavoitteeksi on asetettu, että (1) ikääntyneille ihmisille on riittävästi tarjolla laadukkaita, helposti saavutettavia ja kustannuksiltaan edullisia liikunta- ja ravitsemuspalveluja ja että (2) ikääntyneiden ravitsemustilan seuranta sisällytetään palvelujärjestelmän toiminnan tavoitteisiin.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen näkyy lisääntyvässä määrin kuntien ikääntymispoliittisissa strategioissa. Tällä vuosikymmenellä kuntiin on perustettu erilaisia ikääntyneelle väestölle suunnattuja neuvontapalveluja ja ehkäiseviä kotikäyntejä tehdään yhä useammassa kunnissa. Toiminta ei kuitenkaan ole koko maan kattavaa, eivätkä hyvinvointia ja terveyttä edistävät palvelut ole kaikkien ulottuvilla. Toiminnan malleja ja sisältöjä on kehitetty pitkälti paikallisesti. Tutkimuksissa on nostettu esiin tarve kehittää kansallisesti yhdenmukaisempia toimintatapoja.

Ikääntyneiden ihmisten hyvinvoinnin ja terveyden parantaminen on ikääntymispolitiikan keskeisin valtakunnallinen tavoite. Hyvinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn edistäminen sekä varhainen puuttuminen hyvinvointi- ja terveystiloihin on tärkeää, koska

- terveyden ja toimintakyvyn koheneminen tukee ikääntyneiden ihmisten itsenäistä selviytymistä, elämänlaadun paranemista ja aktiivista osallisuutta yhteiskunnassa
- terveys ja toimintakyky vaikuttavat sosiaali- ja terveystiloihin sekä sosiaali- ja terveystiloihin kehitykseen ja rahoituksen kestävyteen ratkaisevammin kuin ikääntyneiden määrän kasvu sinänsä
- niiden avulla voidaan vähentää kroonisia sairauksia ja siirtää hoivan tarvetta elinkaarella myöhäisempään vaiheeseen, mikä hillitsee sosiaali- ja terveystiloihin menojen kasvua
- olemassa on tutkimusnäyttöä riskien hallinnan (kaatumisten ja tapaturmien ehkäisy), ravitsemusneuvonnan ja erityisesti liikunnan lisäämisen vaikuttavuudesta sekä siitä, että varhainen puuttuminen ikääntyneiden toimintakyvyn heikkenemiseen kannattaa.

## 4.2 Nykyinen lainsäädäntö

Terveyden edistämisestä säädetään yleisellä tasolla perustuslaissa ja kuntalaissa, terveyden edistämisen tehtävistä tarkemmin kansanterveyslaissa ja useissa erityislaeissa. Perustuslain 19 § mukaan "julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystiloihin ja edistettävä väestön terveyttä". Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen (promootio) ja ongelmien ehkäiseminen (preventio) ovat osa kunnan lakisääteisiä tehtäviä. Kuntalain 1 § velvoittaa kunnan huolehtimaan kuntalaisten hyvinvoinnista ja kestävästä kehityksestä. Kansanterveyslaissa on äskettäin täsmennetty kunnan tehtäviä väestönsä terveyden seuraamisessa ja terveyden edistämises- sä. Kansanterveyslain (66/1972) mukaan kunnilla on vastuu kansanterveystyöstä kuten yksilöihin, väestöön ja elinympäristöön kohdistuvasta terveyden edistämisestä. Sosiaalihuoltolain mukaan kunnalla on vastuu väestön hyvinvoinnista. Monien erityislakien säännöksiin sisältyy viittauksia terveyttä edistävään toimintaan.



Myös ikäihmisten neuvontapalveluiden kehittämisen on lainsäädännöllinen perusta. Sekä kansanterveyslaki että sosiaalihuoltolaki sisältävät kunnille velvoitteen neuvontaan ja ohjaukseen. Kansanterveyslaki sisältää velvoitteen huolehtia kunnan asukkaiden terveysneuvonnasta ja terveystarkastuksista sekä seurata kunnan asukkaiden terveydentilan ja siihen vaikuttavien tekijöiden kehitystä väestöryhmittäin. Kansanterveyslaki sisältää myös velvoitteen huolehtia terveysnäkökohtien huomioon ottamisesta kunnan kaikissa toiminnoissa sekä tehdä yhteistyötä terveyden edistämiseksi muiden kunnassa toimivien julkisten ja yksityisten tahojen kanssa. Sosiaalihuoltolain mukaan kunnan on sosiaalihuoltoon kuuluvina tehtävinä huolehdittava muun muassa ohjauksen ja neuvonnan järjestämisestä sosiaalihuollon ja muun sosiaaliturvan etuuksista ja niiden hyväksikäyttämisestä sekä sosiaalihuoltoa ja muuta sosiaaliturvaa koskevan tiedotustoiminnan järjestämisestä.

Hyvinvointia edistäviä kotikäynneistä tai vastaavasta muun nimisestä toiminnasta ei ole laissa erityissäännöksiä. Hyvinvointia edistävät kotikäynnit voidaan katsoa lähinnä sosiaalihuoltolain mukaiseksi muuksi sosiaalipalveluksi (SHL 17 §:n 4 momentti) ja/tai kansanterveyslain mukaiseksi terveysneuvonnaksi (KTL 14 § 1 momentin 1 kohta). Kunnan toimielin päättää toiminnan aloittamisesta ja järjestämisestä.

Hyvinvointia edistäviä kotikäynnejä toteutettaessa on otettava huomioon lakiin sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) ja lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) sekä henkilötietolakiin (523/1999) sisältyviä säännöksiä. Pelkästään hyvinvointia edistävän kotikäynnin perusteella henkilölle ei muodostu sosiaalihuollon asiakaslain tai terveydenhuollon potilaslain asiakas- tai potilassuhdetta. Henkilötietolain näkökulmasta on tärkeää määritellä käsiteltävien tietojen käyttötarkoitus sekä henkilötietolain mukainen käsittelyn peruste. Esimerkiksi henkilöiden ohjaaminen lääkärin tai sosiaalityöntekijän palvelujen piiriin ei edellytä henkilötietojen keräämistä. Yleisten tietojen kerääminen kunnan palvelurakenteen kehittämistä varten esimerkiksi ikäihmisten asumisesta voidaan myös tehdä ilman tunnistettavien henkilötietojen keräämistä. Tietosuojavaltuutetun toimiston edustajat eivät ole (v. 2002 ja 2004) pitäneet suotavana henkilötietojen keräämistä mahdollisen tulevan asiakkuuden varalle. Henkilön omalla suostumuksella tietoja voidaan kerätä ja luovuttaa.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (734/1992) määrittelee maksuttomat sosiaali- ja terveyspalvelut. Hyvinvointia edistävien kotikäyntien maksuttomuudella ei ole selkeää perustaa nyky-lainsäädännössä.

Kunnan ja kuntalaisten terveyteen ja terveyden edistämiseen liittyvää lainsäädäntöä on koottu Terveyden edistämisen laatusuosituksen liitteeseen (STM 2006). Esimerkiksi liikuntalain (1054/1998) tarkoituksena on muun muassa edistää väestön hyvinvointia ja terveyttä. Kunnan tulee luoda edellytyksiä kuntalaisten liikunnalle kehittämällä terveyttä edistävää liikuntaa, tukemalla kansalaistoimintaa, tarjoamalla liikuntapaikkoja sekä järjestämällä liikuntaa ottaen huomioon myös erityisryhmät.

## 4.3 Sosiaali- ja terveydenhuollossa meneillään olevia lainsäädäntö- ja muita hankkeita

### Lainsäädäntöhankkeet

Suomessa on meneillään kunta- ja palvelurakenneuudistus (PARAS -hanke). Kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta annetun lain (169/2007) mukaisten uusien rakenteiden luominen antaa kunnille mahdollisuudet vahvistaa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon toteuttamaa että eri hallinnonalojen välisenä yhteistyönä toteutettavaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä. Kuntakoon kasvaminen, kuntien yhteistoiminta-alueiden muodostaminen ja hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteiden kehittäminen mahdollistavat ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen asiantuntijuuden ja muiden voimavarojen vahvistamisen kunnissa ja nykyistä yhtenäisemmät toimintamallit.

Valmisteilla olevassa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevassa laissa on tarkoitus säätää palvelujen alueellisesta organisoimisesta ja palvelujen järjestämisvastuusta, sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisesta kehittämisohjelmasta (Kaste-ohjelmasta) ja kuntien tutkimus- ja kehittämistoiminnasta. Asiaa koskeva hallituksen esitys on tarkoitus antaa eduskunnalle keväällä 2010.

Terveydenhuollon lainsäädäntöä ollaan uudistamassa siten, että kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoidonlaki yhdistyvät terveydenhuoltolaiksi. Näin myös terveyden edistämistä tullaan säätämään terveydenhuollossa kokonaisuutena. Terveydenhuoltolakia koskeva hallituksen esitys on tarkoitus antaa eduskunnalle keväätuntokaudella 2010.

Terveydenhuoltolaki-työryhmä ehdotti, että lakiin sisällytetään terveyden edistämistä koskeva yleissäännös, jolla vahvistettaisiin terveyttä edistävää työtä. Kunnan tulisi seurata kunnan asukkaiden terveydentilan ja siihen vaikuttavien tekijöiden kehitystä väestöryhmittäin sekä huolehtia terveysnäkökohtien huomioon ottamisesta kunnan kaikissa toiminnoissa. Kunnan tai useamman kunnan yhdessä olisi osana kuntasuunnitelmaa tai erillisenä laadittava suunnitelma kuntalaisten terveyttä ja hyvinvointia edistävästä sekä terveysongelmia ehkäisevistä toimista ja palveluista sekä niihin varattavista voimavaroista. Suunnitelma hyväksyttäisiin kunkin kunnan kunnanvaltuustossa. Suunnitelman seuranta olisi osa kunnan arviointi- ja seurantajärjestelmiä. Työryhmän lakiehdotuksen lähipalveluja kokevan luvun terveysneuvontaa ja terveystarkastuksia koskevassa pykälässä (28 §) mainitaan iäkkäiden terveysneuvonta ja terveystarkastukset.

Vuoden 2010 alussa on tulossa muutoksia muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon valtiosuosjärjestelmään. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistus puolestaan käynnistyi keväällä 2009 ja asiaa koskevat hallituksen esitykset on tarkoitus antaa 2012. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistuksen yhteydessä arvioidaan myös ikääntyneiden palveluja koskevan lainsäädännön uudistamistarpeet.

## Kaste -ohjelma

Kaste-ohjelma (2008–2011) on sosiaali- ja terveysministeriön lakisääteinen strateginen ohjausväline sosiaali- ja terveyspolitiikan johtamiseen. Valtioneuvoston hyväksymän ohjelman päätavoitteet perustuvat hallinnonalan keskeisiin pitkänaikavälin strategisiin tavoitteisiin. Kaste -ohjelman tavoitteena on, että kuntalaisten (1) osallisuus lisääntyy ja syrjäytyminen vähentyy, (2) hyvinvointi ja terveys lisääntyvät, hyvinvointi- ja terveyserot kaventuvat ja (3) palveluiden laatu, vaikuttavuus ja saatavuus paranevat ja alueelliset erot vähentyvät. Ohjelmassa nostetaan esiin myös konkreettisia, mitattavissa olevia osatavoitteita. Tarkoitus on, että kunnat suuntaavat kehittämistoimintaansa siten, että muutos näissä osatavoitteissa olisi havaittavissa.

Ohjelman tavoitteet suunnitellaan saavutettavan ennalta ehkäisten ja varhain puuttuen (neljä toimenpidekokonaisuutta), varmistamalla henkilöstön riittävyys ja vahvistamalla osaamista (kolme toimenpidekokonaisuutta) sekä sosiaali- ja terveydenhuollon eheällä kokonaisuudella ja vaikuttavilla toimintamalleilla (seitsemän toimenpidekokonaisuutta). Kunnat ja kuntayhtymät voivat saada valtioneuvostusta kehittämistoimintaan, joka edistää näiden toimenpiteiden toteuttamista.

Kaste-ohjelman mukaan varhainen puuttuminen on myönteinen toimintatapa, jolla on merkittävä vaikutus myös palvelujen tarpeen ja kustannusten kasvun hillintään. Varhaisen puuttumisen työmenetelmiä voidaan soveltaa eri asiakasryhmien, myös ikääntyneiden, kanssa tehtävässä työssä. Ohjelmakaudella on tarkoitus luoda kuntiin pysyviä johtamis- ja yhteistyörakenteita, joilla varhaisen puuttumisen ote saadaan osaksi koko kunnan päätöksentekoa. Kuntalaisten, järjestöjen ja kuntien yhteistyötä varhaisen puuttumisen mallien suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa korostetaan.

Kaste-ohjelman kaudella kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon valtiosuodet kasvavat vuosittain 21,3 miljoonalla eurolla, yhteensä 85,2 miljoonaa euroa. Kuntien ja kuntayhtymien kehittämishankkeisiin

on valtion budjettikehyksissä varattu valtionavustuksia yhteensä 104,2 miljoonaa euroa vuosille 2008 - 2011. Lisäksi hyödynnetään esimerkiksi Raha-automaattiyhdistykseltä (RAY), Euroopan Sosiaalirahastolta (ESR) ja Teknologian edistämiskeskukselta (Tekes) tulevaa kehittämishankerahoitusta. Rahoituksen ohella sosiaali- ja terveysministeriön ja sen hallinnonalan laitosten, Suomen Kuntaliiton sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestöjen asiantuntijapanosta suunnataan kuntien ja kuntayhtymien kehittämistyön tueksi. Ohjelman toimeenpano on merkittävä panostus väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen.

Osana Kaste-ohjelmaa toteutetaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluinnovaatiohanke, jonka keskeinen tavoite on vahvistaa palvelujärjestelmän uudistumiskykyä. Yhtenä kehittämiskohteena on hyvien käytäntöjen innovaatioympäristö, Innokylä, asiakkaiden tarpeisiin parhaiten vastaavien hyvien käytäntöjen tunnistamiselle, arvioinnille, levittämiseksi ja käyttöönotolle. Kokoamalla ikäihmisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen hyviä käytäntöjä Innokylään niin sanottuun Innopankkiin tuetaan palvelujen käyttäjiä, ammattilaisia ja palveluja tuottavia organisaatioita löytämään käyttöönsä hyviä käytäntöjä ja jakamaan omia käytäntöjään malliksi muille. Samalla Innokylä tukee kansallisten sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämislinjausten, kuten Terveyden edistämisen politiikkaohjelman ja Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen toimeenpanoa.

## Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma

Mieli 2009 – työryhmä on valmistellut sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Työryhmän ikääntyviä koskevan ehdotuksen mukaan ”ikäntyvien mielenterveyshäiriöiden ja päihdeongelmien ehkäisyyn panostetaan ja niiden hoitoa varhennetaan ja tehostetaan muun muassa kehittämällä ikääntyville sopivia hoitomuotoja”. Ehdotuksessa korostetaan varhaista tunnistamista ja tehokasta hoitoa, avopalvelujen ensisijaisuutta ja omaisten tukemista. Ehkäisevät kotikäynnit nähdään esimerkkinä toiminnasta, jolla voidaan käsitellä mielenterveys- ja päihdekysymyksiä ja arvioida tuen tarvetta. Ikääntyvien mielenterveys- ja päihdeongelmia koskevaa osaamista ehdotetaan vahvistettavaksi henkilökunnan perus- ja täydennyskoulutuksella. Lisäksi tarvitaan koordinoitua yhteistyötä perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen, vanhuspsykiatrisen erikoissairaanhoidon sekä järjestöjen ja seurakunnan kesken.

## Voimaa vanhuuteen –hanke

Valtakunnallinen Voimaa vanhuuteen –terveysliikuntaohjelma käynnistyi vuoden 2004 lopussa ja jatkuu vuoteen 2009. Voimaa vanhuuteen -ohjelman tavoite on kehittää ja lisätä toimintakyvyltään heikentyneille kotona asuville iäkkäille (75+) tutkimustietoon perustuvia voima- ja tasapainosisältöisiä liikuntapalveluja ja liikuntaneuvontaa ja siten edistää heidän toimintakykyään, itsenäistä selviytymistään ja hyvää elämänlaatua. Tavoitteeseen pyritään tarjoamalla tietoa ja kokemuksia sopivasta liikunnasta iäkkäille ihmisille, heidän läheisilleen ja ammattilaisille. Voimaa vanhuuteen -ohjelman perustana on Valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävän liikunnan kehittämislinjoista. Toimintaa ohjaavat sosiaali- ja terveysministeriön sekä opetusministeriön julkaisemat Ikääntyneiden ihmisten ohjatun terveysliikunnan laatusuositukset. Ohjelman koordinoinnista vastaa Ikäinstituutti yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön, opetusministeriön ja muiden toimijoiden kanssa. Ohjelmaa rahoittaa Raha-automaattiyhdistys.

Voimaa vanhuuteen -ohjelman toimintoihin kuuluvat: 1) Yleinen toiminta, jolla vaikutetaan viestinnällä päättäjiin, sidosryhmiin ja iäkkäisiin ihmisiin, 2) hanketoiminta ja hankeohjaus (mentorointi) ja 3) hyvien toimintatapojen kehittäminen ja juurruttaminen. Paikallisia kolme vuotta kestäviä hankkeita on 35. Hyvien toimintatapojen teemoja ovat lihasvoima- ja tasapainoharjoittelu, liikuntaneuvonta, ulkoilu, tukitoiminnat (koulutus, kuljetus, avustajat). Hyviä toimintatapoja levitetään oppailla, verkkosivulla, viestinnällä, seminaareilla ja koulutusohjelmilla. Hankkeen väliarviointi valmistui keväällä 2009.

## Kulttuuritoiminnan edistämishanke osana Terveyden edistämisen politiikkaohjelmaa

Sosiaali- ja terveysministeriön sekä opetusministeriön yhteistyönä valmistellaan vuosille 2010 - 2014 toimintaohjelmaa, jonka tavoitteena on edistää kulttuuritoimintaa monialaisena yhteistyönä kuntien eri hallintokuntien, kolmannen sektorin, oppilaitosten ja taiteilijoiden kanssa. Ohjelmatyö käynnistyi osana Terveyden edistämisen valtakunnallista politiikkaohjelmaa.

Ohjelman yhtenä painopisteenä on kulttuuristen aktiviteettien avulla lisätä elämänlaatua ja tukea toimintakykyä erityisesti niiden ikäihmisten arjessa, jotka vielä asuvat omissa kodeissaan. Toinen paino-alue on kulttuuritoiminnan lisääminen sosiaali- ja terveyspalveluihin sekä hoitolaitoksiin. Kolmas alue on kulttuurin hyödyntäminen työhyvinvoinnin osana. Kulttuuritoimintaan osallistuminen joko yleisönä tai itse tekemällä vahvistavat tutkimusten mukaan yhteisöllisyyttä ja koettua hyvinvointia sekä ehkäisevät syrjäytymistä.

### 4.4 Ikääntyneiden määrän kehitys

Kun ikääntyneiden henkilöiden määrä kasvaa tulevaisuudessa merkittävästi, myös sosiaali- ja terveyspalveluiden tarve kasvaa, joskaan ei välttämättä yhtä paljon. Ikääntyneiden määrän ohella ikääntyneen väestön terveys ja toimintakyky vaikuttavat olennaisesti palvelutarpeiden kehitykseen.

Yli 65-vuotiaiden osuuden väestöstä ennustetaan nousevan nykyisestä 16 prosentista 26 prosenttiin vuoteen 2030 mennessä. Tämän jälkeen sen ennustetaan pysyvän lähes samana seuraavat kymmenen vuotta. Työikäisten määrä alkaa vähentyä vuonna 2010, jolloin sotien jälkeiset suuret ikäluokat tulevat eläkeikään. Yli 75-vuotiaiden osuuden väestöstä ennustetaan nousevan vuoden 2007 lopun 8 prosentista 14 prosenttiin vuoteen 2030 mennessä. Taulukosta 1 ilmenee ennuste 65, 70, 75, 80 ja 85 vuotta täyttäneen väestön määrän kehityksestä vuodesta 2010 vuoteen 2030. Sekä 80 että 85 vuotta täyttäneiden määrä lähes kaksinkertaistuu 20 vuodessa.

**Taulukko 1.** 65 vuotta täyttäneiden määrä sukupuolen mukaan vuosina 2010 ja 2030

Ikäryhmä	Sukupuolet yhteensä		Miehet		Naiset	
	2010	2030	2010	2030	2010	2030
65+	940 738	1 494 360	391 958	667 621	548 780	826 739
70+	657 358	1 147 595	256 540	498 509	400 818	649 086
75+	433 413	816 770	155 536	341 346	277 877	475 424
80+	253 972	502 142	80 605	198 126	173 376	304 016
85+	112 736	220 505	29 839	78 211	82 897	142 294

Lähde: Tilastokeskuksen väestöennuste 2007

Naisten keskimääräinen odotettavissa oleva elinaika oli 82,6 vuotta ja miesten 75,8 vuotta vuonna 2007. Sukupuolten välinen elinaikojen ero on supistunut 1970-luvulta lähtien, mutta näyttää pysähtyneen 2000-luvulla. Vuonna 2007 75-vuotiaalla naisella arvioitiin olevan elinaikaa keskimäärin 12,8 vuotta ja miehellä 10,2 vuotta.

Naisenemmistö säilyy ikääntyneiden joukossa myös tulevaisuudessa: Naisia ennustetaan olevan noin 60 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä vuonna 2030.

Liitekuvioiden 1 ja 2 ilmenee 75 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä Suomen kunnissa vuonna 2007 ja ennuste vuodelle 2030. Kuviot perustuvat vuoden 2007 lopun väestötietoihin ja vuotta 2030 koskevaan Tilastokeskuksen väestöennusteeseen. Kuntarakenne on kummassakin kuviossa vuoden 2008 mukainen. Vuoden 2007 lopussa Suomessa oli 10 kuntaa, joissa 75 vuotta täyttäneiden osuus oli vähintään 15 prosenttia kunnan väestöstä. Vuonna 2030 tällaisia kuntia ennustetaan olevan 245. Kuntia, joissa 75 vuotta täyttäneitä on yli 24 prosenttia väestöstä, on väestöennusteen mukaan 21 vuonna 2030.

Taulukosta 2 ilmenee, kuinka monen henkilön ennustetaan täyttävän vuosien 2010 – 2030 aikana 70, 75, 80 ja 85 vuotta. Ikäluokan koko kunnassa vaikuttaa siihen, kuinka paljon voimavaroja esimerkiksi hyvinvointia edistävien kotikäyntien kohdentaminen koko tai osalle ikäluokasta vaatisi. Koko maassa 75 vuotta täyttää vuoden 2010 aikana yhteensä noin 40 000 henkilöä. Esimerkiksi Helsingissä 75 vuotta täyttää ennusteen mukaan 3 539 henkilöä ja Pieksämäellä 228 henkilöä vuonna 2010. Työryhmä ei pidä tarkoituksenmukaisena kohdentaa hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä niille ikääntyneille henkilöille, jotka jo ovat säännöllisten palvelujen piirissä. Säännöllisillä palveluilla tarkoitetaan tässä yhteydessä kotipalvelua, kotisairaanhoidoa tai yhdistettyä kotihoitoa, omaishoidon tukea, palveluasumista, vanhainkotihoitoa ja pitkäaikaishoitoa terveyskeskusten vuodeosastoilla.

**Taulukko 2.** Ennuste 70, 75, 80 ja 85 vuotta täyttävien henkilöiden määrästä Suomessa vuosina 2010 – 2030

Vuosi	Naiset	Miehet	Yhteensä
<b>70 vuotta täyttävät</b>			
2010	23 197	19 894	43 091
2020	37 665	34 415	72 080
2030	35 046	32 356	67 402
<b>75 vuotta täyttävät</b>			
2010	22 517	17 290	39 807
2020	33 117	28 158	61 275
2030	34 922	30 411	65 333
<b>80 vuotta täyttävät</b>			
2010	20 577	12 618	33 195
2020	19 691	14 091	33 782
2030	33 345	26 277	59 622
<b>85 vuotta täyttävät</b>			
2010	14 417	6 595	21 012
2020	15 778	9 225	25 003
2030	25 183	16 906	42 089

Lähde: Tilastokeskuksen väestöennuste 2007

# 5 Kuntien järjestämien neuvontapalvelujen ja ehkäisevien kotikäyntien nykytila

Tietoisuus ikäihmisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen merkityksestä on kasvanut ja teema näkyy lisääntyvässä määrin kuntien ikääntymispoliittisissa strategioissa. Ikääntyvälle väestölle suunnattuja erilaisia neuvontapalveluja ja ehkäiseviä kotikäyntejä<sup>7</sup> on otettu Suomessa käyttöön 2000-luvulla. Yksi ensimmäisiä kehittämishankkeita oli Suomen Kuntaliiton ja sosiaali- ja terveysministeriön vuosina 2001 - 2003 toteuttama valtakunnallinen ehkäisevien kotikäyntien kehittämishanke, jossa oli mukana 10 kuntaa. Myös monet tätä aiemmin käynnistyneet toimintamuodot kuten esimerkiksi päiväsairala- ja päivätoiminta ovat tukeneet hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä ja luoneet pohjaa nykyiselle kehittämistyölle. Myönteisestä kehityksestä huolimatta ikäihmisille suunnatut hyvinvointia ja terveyttä edistävät palvelut eivät ole koko Suomea kattavaa toimintaa eivätkä palvelut ole kaikkien saatavilla.

Ikääntyneiden ihmisten säännöllisesti käyttämistä palveluista kuten kotihoidosta, omaishoidon tuesta, tehostetusta palveluasumisesta ja laitoshoidosta on olemassa valtakunnallisia seurantatietoja (ks. liite- taulukko 1). Sen sijaan hyvinvointia ja terveyttä edistäviä palveluista kuten neuvontapalveluista ja ehkäisevistä kotikäynneistä ei kerätä säännöllisesti valtakunnallisia tilastotietoja. Olemassa olevat tiedot perustuvat erillisselvityksiin. Kuntien omaan käyttöön keräämät tiedot puolestaan vaihtelevat keskenään huomattavasti.

Stakesin vuoden 2008 alussa tekemän tilastokyselyn mukaan 188 kuntaa järjesti ehkäiseviä kotikäyntejä vuonna 2007. Ehkäisevät kotikäynnit olivat alkamassa tai suunnitteilla 65 kunnassa. Ehkäiseviä kotikäyntejä järjestävissä kunnissa oli sekä suuria että pieniä kuntia. Neuvontapalvelujen kuten vanhus- tai seniorineuvolapalveluiden tarjonta ja kehittämissuunnitelmat olivat harvinaisempia. Tilastokyselyn mukaan 70 kuntaa (21 % vastanneista) ei järjestänyt ehkäiseviä kotikäyntejä eikä vanhus- tai seniorineuvolatoimintaa eikä myöskään suunnitellut niiden järjestämistä vuonna 2007. Kumpaakin palvelua järjesti 59 kuntaa (17 % vastanneista). Jos otetaan mukaan suunnitteilla olleet palvelut, kaikkiaan 100 kunnassa järjestettiin tai oli suunnitteilla sekä ehkäiseviä kotikäyntejä että vanhus- tai seniorineuvolatoimintaa. Ehkäiseviä kotikäyntejä ja neuvolatoimintaa koskeviin kysymyksiin jätti vastaamatta 58 kuntaa.

Stakes teki neuvontapalveluja ja ehkäiseviä kotikäyntejä koskevan kuntakyselyn kesällä 2008. Tutkimuksessa selvitettiin neuvontapalvelujen ja ehkäisevien kotikäyntien sisältöjä, toteuttamistapoja, kehittämissuunnitelmia sekä kuntien odotuksia valtakunnallisesta tuesta. Kyselylomake laadittiin yhteistyössä Ikäneuvo-työryhmän kanssa. Kysely sisälsi pääosin kysymyksiä, joissa oli valmiit vastausvaihtoehdot sekä mahdollisuus vastausten täsmentämiseen. Lisäksi kyselyssä oli avoimia kysymyksiä. Kysely toteutettiin sähköisenä kyselynä kuntien (n= 415) vanhuspalveluista vastaaville henkilöille. Vastauksia saatiin pari sataa (n=198). Seuraava tiivis yhteenveto kyselyn tuloksista antaa yleiskuvan Suomen kunnissa tarjolla olevista neuvontapalveluista ja ehkäisevistä kotikäynneistä. (Seppänen ym. 2009.)

## 5.1 Neuvontapalvelut

### Tavoitteet ja organisointi

Yli neljänneksessä kyselyyn vastanneista kunnista (n=198) oli tarjolla ikääntyneille suunnattuja neuvontapalveluja. Niitä oli nimetty monin eri tavoin, esimerkiksi ikä-, vanhus-, seniori-, kuntoutusneuvolaksi ja seniori-infoksi.

<sup>7</sup> Työryhmä ehdottaa, käsitteen ehkäisevä kotikäynti muuttamista hyvinvointia edistäväksi kotikäynniksi. Tässä luvussa käytetään kuitenkin käsitettä ehkäisevä kotikäynti, koska luku perustuu kyselyyn ja tutkimukseen, joissa käytettiin ko. käsitettä.



Vastaajia pyydettiin nimeämään neuvontakeskustoiminnalle kolme tärkeintä tavoitetta. Tavoitteiksi mainittiin seuraavat:

- Ohjaus/ palveluohjaus ja neuvonta sekä tiedottaminen. Monissa vastauksissa korostettiin tiedottamista muistakin kuin kunnan palveluista.
- Terveyden ja toimintakyvyn ylläpito ja edistäminen.
- Kotona asumisen tukeminen.

Lisäksi tavoitteeksi mainittiin helposti saavutettavissa oleva matalan kynnyksen palvelu, johon palvelut ja tieto olisi koottu yhteen. Harvemmin mainittuja tavoitteita olivat asiakkaan tilanteen kokonaisvaltainen arviointi, varhainen puuttuminen ja tuki sekä sosiaalisen kanssakäymisen mahdollistaminen. Myös terveystarkastukset, terveyden seuranta ja muistisairauksien varhaiseen toteamiseen liittyvä neuvonta tulivat esille tavoitteina.

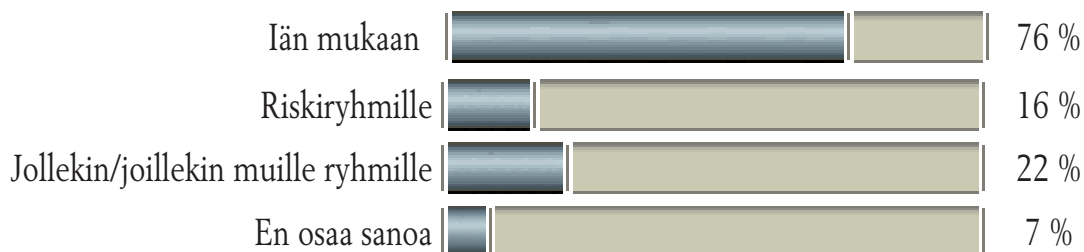
Neuvontatoiminnan organisoitumisen tavasta ja vastuualueesta kysyttäessä ilmeni, että vastuualuetta kuvattiin hyvin erilaisin käsittein. Suurin osa maininnoista kuvasi neuvontatoiminnan organisoitumista osaksi vanhuspalveluja, seuraavaksi yleisimmin osaksi kotihoitoa ja kolmanneksi yleisimmin yleisellä tasolla osaksi muuta sosiaali- tai terveystoimea tai yhdistettyä sosiaali- ja terveystoimea.

Vastuuhenkilön tehtävänimikkeeksi mainittiin kaikkien yleisimmin (kotihoito) terveydenhoitaja tai sairaanhoitaja ja usein vanhuspalvelujen johtaja. Lisäksi monissa vastauksissa vastuuhenkilöksi mainittiin palveluohjaaja tai palveluneuvoja, muutamissa myös sosiaaliohjaaja ja sosiaalityöntekijä. Painopiste oli terveydenhuollon koulutuksen saaneissa henkilöissä.

Yhteistyötahoina mainittiin yleisimmin kunnan eri toimialat. Sosiaali- ja terveystoimien lisäksi kyseessä oli useimmiten liikuntatoimi, kulttuuritoimi sekä tekninen toimi. Muita yhteistyötahoja olivat Kela, järjestöt, yritykset ja seurakunnat.

Neuvontakeskustoiminnan yleisin kohdennusperuste oli ikä ja jonkin verran myös erilaiset riskiryhmät (kuvio 1). Yleisin ikäraja oli 65 vuotta, mutta joissakin kunnissa ikäraja oli asetettu 70 tai 75 vuoteen. Monessa vastauksessa tuli myös esille, ettei tarkkaa rajausta ole, vaan toiminta on kohdennettu kaikille ikääntyville kuntalaisille. Muutamissa kunnissa kohderyhmä oli tietyn iän täyttävät, esimerkiksi kunakin vuonna 75 vuotta täyttävät. Kohdennuksen riskiryhminä mainittiin muistihäiriöiset tai muistisairaat (yleisin peruste), omaishoitajat, lesket, dementiaa tai diabeteksestä kärsivät, kaatumisriskissä olevat sekä turvapuhelinasiakkaat.

Kysymykseen vastanneet: 82



**Kuvio 2.** Miten neuvontakeskustoiminta on kohdennettu?

Kunnat tiedottivat neuvontapalveluista yleisimmin paikallislehdissä, hyvin yleisesti www-sivuilla ja lisäksi erillisten esitteiden sekä vanhuspalvelujen yleisesitteiden avulla (kuvio 3). Ehkäisevät kotikäynnit mainittiin myös tavaksi tiedottaa neuvontapalveluista.



Kysymykseen vastanneet: 79



**Kuvio 3.** Mistä kuntalaiset saavat tietoa neuvontakeskuspalveluista?

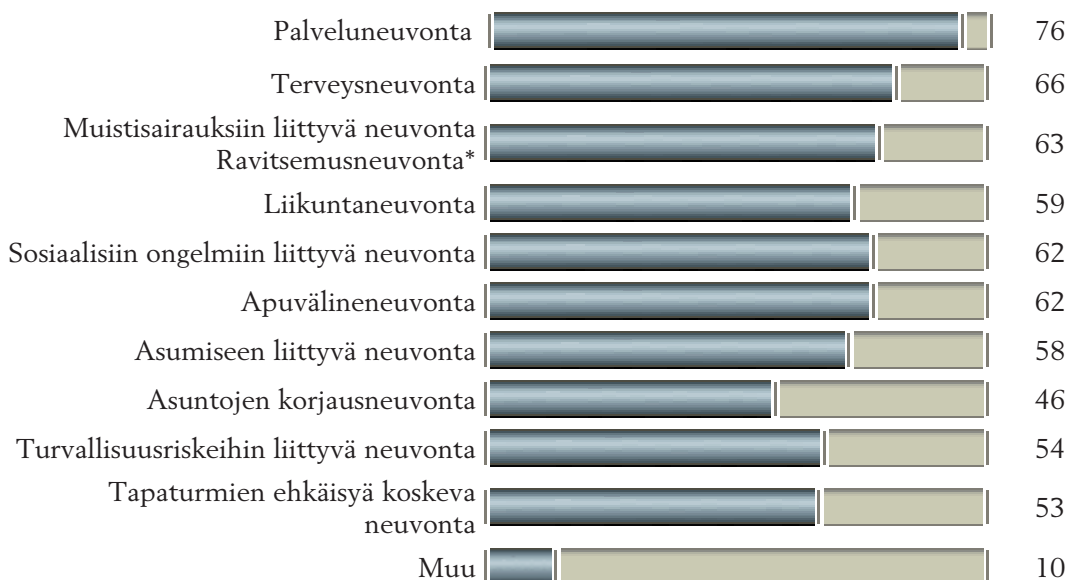
Hakeutuminen neuvontapalveluihin tapahtui yleisimmin oma-aloitteisesti. Myös omaisilla ja tuttavilla, lääkärillä, terveydenhoitajalla tai muulla ammattilaisella oli tärkeä rooli asiakkaan ohjautumisessa palvelun piiriin. Osa kunnista käytti henkilökohtaista kutsua erityisesti silloin, kun toiminta kohdennettiin tietyn ikäisille kuntalaisille.

## Sisältö

Neuvontakeskuksen toiminnan sisältöä selvitettiin valmiiden vastausvaihtoehtojen avulla, jotka oli ryhmitelty pääotsikoiksi: neuvonta, palveluohjaus, arviointi ja muu toiminta.

Neuvontaan liittyvistä toiminnoista yleisin oli palveluneuvonta. Muita yleisesti tarjolla olevia neuvonnan muotoja olivat terveysneuvonta, muistisairauksiin ja ravitsemukseen sekä sosiaalisiin ongelmiin ja apuvälineisiin liittyvä neuvonta. Neuvonnan sisällöt näkyvät tarkemmin kuviossa 4.

Kysymykseen vastanneet: 79



\* Teknisen ongelman vuoksi muistisairauksiin liittyvä neuvonta ja ravitsemusneuvonta ovat yhdistyneet eikä niitä saada aineistosta eroteltua

**Kuvio 4.** Millaisia toimintamuotoja neuvontakeskuspalveluun kuuluu?

Kysymykseen vastanneista 71 kunnasta yksilökohtaista palveluohjausta annettiin 60 kunnassa. Neuvonnan ja palveluohjauksen yhteydessä mainittiin myös konkreettisia hoiva- ja hoitotoimenpiteitä (esim. ompeleiden poistot, haavojen hoidot) sekä yhteisöllinen palveluohjaus. Muutamassa vastauksessa mainittiin, että palveluohjaus järjestetään kotihoidon yhteydessä eikä osana neuvontatoimintaa.

Palvelutarpeiden arviointi oli hyvin yleistä. Vastanneista runsas 91 prosenttia ilmoitti palvelutarvetta arvioitavan. Toimintakyvyn osa-alueista arvioitiin yleisyysjärjestyksessä fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja kognitiivista toimintakykyä.

Muina toiminnanmuotoina mainittiin informaatio- tai luentotilaisuudet ja ryhmätoiminta kuten liikunta-, kuntosalit-, painonhallinta-, kuntoutus-, virkistys-, muisti- ja tasapainoryhmät.

## Seuranta ja arviointi

Neuvontakeskuspalveluissa kerättiin yleisimmin tietoa asiakaskäyntien ja asiakkaiden lukumäärästä. Huomattavasti harvinaisempaa oli puhelinasiakkaiden määrän, asiakkaiden ikäjakauman ja sukupuolen tilastointi. Muutama kunta ilmoitti keräävänsä tietoa siitä, mihin palveluihin asiakkaita oli ohjattu. Toiminnan arvioinnista yleisintä (19 kuntaa) oli asiakastytyväisyyteen liittyvät kyselyt ja palvelujen saavutettavuuden arviointi (16 kuntaa).

Neuvonnan vaikutusta asiakkaiden hyvinvointiin, terveyteen ja toimintakykyyn arvioitiin varsin vähän (5 kuntaa). Tässä yhteydessä mainittuja arviointitapoja olivat geriatrin laatima yhteenveto, erilaisten löydösten tilastointi, ns. VoiTas -testi (Ikäinstituutin kooste eri voima- ja tasapainotestien osioista), arviointi kotihoidon RAI – arviointijärjestelmää käyttäen ja muistiseurantatiedot sekä asiakaskysely.

Neuvontakeskuspalvelun kautta saatua tietoa hyödynnettiin kunnan ikäihmisten palvelujen kehittämisessä. Joissakin kunnissa tietoa hyödynnettiin strategiatyössä sekä vanhuspalveluja, erityisesti ehkäiseviä palveluja ja uusia toimintamuotoja kehitettäessä.

## Kuntien odotukset valtakunnalliselle ohjaukselle ja tuelle

Kuntien kiinnostus neuvontapalvelujen kehittämiseen on huomattavaa, sillä kehittämissuunnitelmia koskevaan kysymykseen tuli runsaasti vastauksia. Vastauksissa viitattiin toiminnan käynnistämiseen, vakiinnuttamiseen ja laajentamiseen sekä toimintamuotojen sisällön kehittämiseen ja uusien toimintamuotojen käyttöön ottoon.

Kehittämistyönsä tueksi kunnat odottavat yleisyysjärjestyksessä valtakunnallisena tukena

- ohjeita toiminnan toteuttamiseen (atk-ohjelmia, lomakkeita, arviointityövälineitä ja erilaista muuta materiaalia)
- koulutusta neuvontapalvelun keskeisistä kysymyksistä, valtakunnallisia työkokouksia ja seminaareja
- taloudellisia resursseja yleensä tai ”korvamerkittyjä resursseja”
- hyviä käytäntöjä koskevan tiedon välittämistä jo toimivista palveluista ja onnistuneista toimintamalleista
- neuvontakeskustoiminnan vaikuttavuuden tutkimusta ja arviointia
- lain säätämistä ehkäisevästä toiminnasta
- työtä ehkäisevän toiminnan merkityksen ymmärtämiseksi.

## 5.2 Ehkäisevät kotikäynnit

### Tavoitteet ja organisointi

Vastanneista kunnista (n=187) 64 prosenttia järjesti ja 15 prosenttia suunnitteli käynnistävänsä ehkäiseviä kotikäyntejä ikääntyneille. Ehkäisevät kotikäynnit olivat pysyväisluonteista toimintaa 80 prosentissa ja projektiluonteista tai määräaikaista 16 prosentissa kysymykseen vastanneista kunnista.

Ehkäiseville kotikäynneille oli asetettu kunnissa seuraavia tavoitteita yleisyysjärjestyksessä:

- Tiedottaminen ja neuvonta palveluista ja etuuksista sekä palveluohjaus. Vastausten perusteella ei voida päätellä sisältääkö palveluohjaus myös palvelukokonaisuuksien räätälöintiä asiakkaan tarpeiden mukaan.
- Toimintakyvyn, terveydentilan ja palvelutarpeiden arviointi
- Ennakointi, terveyden edistäminen ja omien voimavarojen tukeminen.
- Kotona asumisen tukeminen ja mahdollistaminen
- Tiedon kokoaminen vanhustenhuollon kehittämisen, suunnittelun ja poliittisen päätöksenteon pohjaksi
- Apuvälinetarpeiden, asunnon ja asuinympäristön esteettömyyden ja turvariskien kartoitus
- Yksilöllisten tarvetta vastaavien ja oikea-aikaisten palvelujen tarjoaminen

Nämä tavoitteet esiintyivät kunnissa erilaisina yhdistelminä. Muita tavoitteita olivat tutustuminen mahdollisiin tuleviin asiakkaisiin ja laitoshoidon viivästyttäminen ja minimointi. Yksittäisenä tavoitteena oli lisäksi omaishoitajien terveyden tukeminen.

Kotikäynnit järjestettiin yleisimmin osana yhdistettyä kotihoitoa (29 %) ja vajaassa viidenneksessä osana kotipalvelua (19 %). Hieman harvemmin ne oli sijoitettu kotisairaanhoidon (12 %) toiminnaksi. Joissakin kunnissa toiminta oli muun sosiaalitoimen alaisuudessa (6 %). Muita järjestäjiä olivat esimerkiksi sairaanhoitopiirin tai kansanterveysyön kuntayhtymä, terveyskeskus, päivätoiminta, erilaiset neuvontapisteet, fysioterapia, erilaiset vanhuspalvelujen hankkeet, järjestö ja yritys ostopalveluna sekä seurakunta.

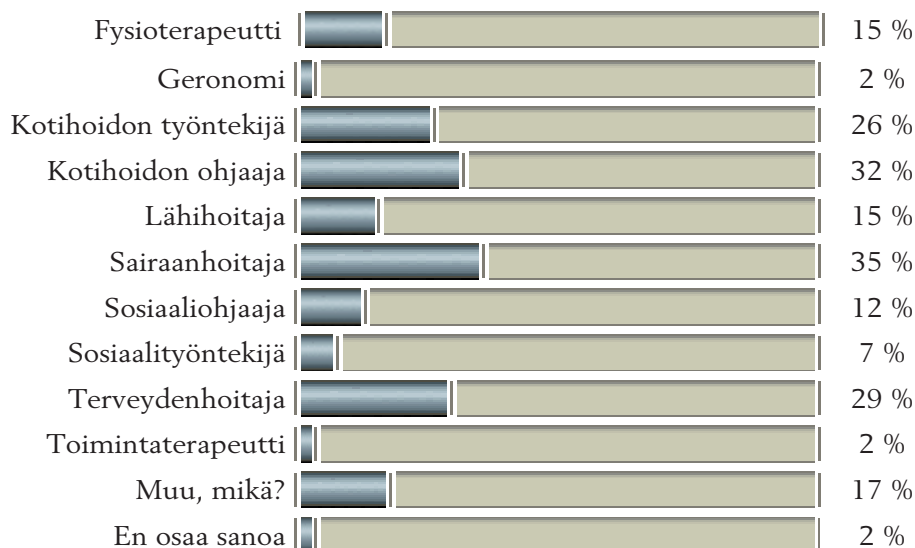
Ehkäiseviä kotikäyntejä toteuttavista kunnista suurin osa (76 %) kohdensi käynnit tietyn ikäisille, useimmiten 80 vuotta täyttäneille/kyseisenä vuonna täyttävillä tai 75 vuotta täyttäneille/kyseisenä vuonna täyttävillä. Kohderyhmän ikähaarukka vaihteli kunnittain 65 vuotta täyttäneistä yli 85-vuotiaisiin. Riskiryhmille kohdentaminen tuli vastauksissa niukasti esille. Esimerkiksi ikääntyneet maahanmuuttajat eivät näkyneet vastauksissa. Mainittuja riskiryhmiä olivat

- leskeksi jääneet
- ikäihmiset, joilla on useita sairauksia
- henkilöt, joilla on toistuvia terveyskeskusjaksoja
- turvapuhelinasiakkaat, joilla ei muita palveluja
- omaishoitajat, omaishoidon tuen piirissä olevat
- palvelutarvearviointia pyytävät sekä
- sotaveteraanit, jotka eivät ole säännöllisen koti- ja laitoshoidon piirissä.

Lähes puolessa ehkäiseviä kotikäyntejä toteuttavista kunnista (49 %) tehtiin kotikäynnit kertakäyntinä ja tarvittaessa seurantakäyntinä. Kolmannes vastaajista (32 %) ilmoitti, että käyntejä tehdään ainoastaan kertakäyntinä. Käynnin jälkeinen seurantakäynti ja puhelinseuranta olivat vakiintuneemmin käytössä ainoastaan neljässä prosentissa vastanneista kunnista.

Ehkäiseviä kotikäyntejä toteuttavista ammattiryhmistä yleisimpiä olivat sairaanhoitajat, kotihoidon ohjaajat, terveydenhoitajat ja kotihoidon työntekijät. Nimikkeet näkyvät yksityiskohtaisemmin kuviossa 5. Muiksi nimikkeiksi mainittiin mm. sosionomi, vanhustyön ohjaaja, yhteistyössä kotisairaanhoitaja ja kodinhoitaja, terveydenhoitaja, erikoissairaanhoitaja, palveluohjaaja, vanhustyön johtaja ja veteraanineuvoja. Kotikäyntejä toteuttavien työntekijöiden tueksi oli järjestetty yleisimmin konsultointiapua (60 %) ja koulutusta (57 %).

Kysymykseen vastanneet: 136



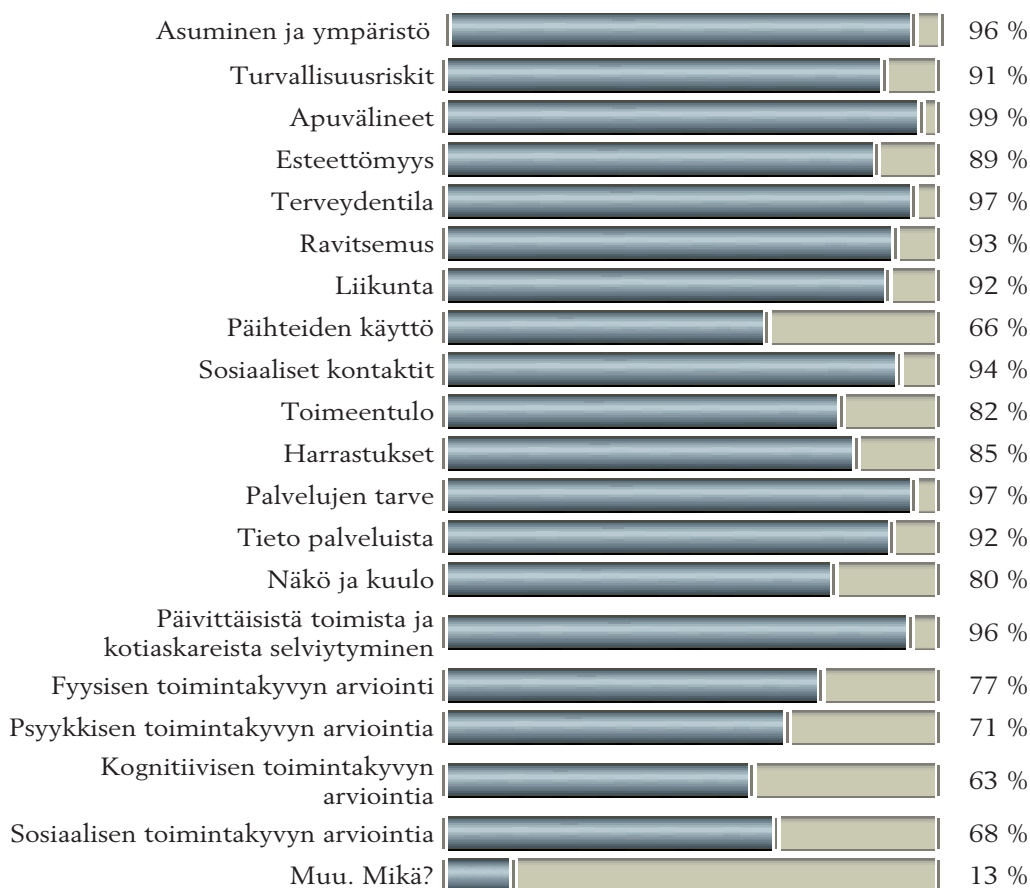
**Kuvio 5.** Mitkä ammattiryhmät tekevät ehkäiseviä kotikäyntejä ikääntyneille?

## Sisältö

Kotikäynneistä tiedotettiin pääsääntöisesti henkilökohtaisella kirjeellä (82 %) ja puhelimitse (47 %). Muina tiedottamisen kanavina olivat vanhuspalvelujen yleisite, paikallislehti ja kunnan www-sivut sekä huomattavasti vähäisemmässä määrin ilmaisjakelulehti ja paikallisradio.

Ehkäisevien kotikäyntien sisältö oli laaja ja monipuolinen. Lähes kaikissa kyselyyn vastanneissa kunnissa kotikäynnillä käsiteltiin apuvälineitä, palvelujen tarvetta, terveydentilaa, päivittäisistä toimista ja kotiaskareista selviytymistä sekä asumista ja ympäristöä. Hyvin yleisesti käsiteltiin myös sosiaalisia kontakteja, ravitsemusta, tietoa palveluista, liikuntaa ja turvallisuusriskejä. Sisältöalueet näkyvät yksityiskohtaisesti kuviossa 6.

Kysymykseen vastanneet: 132



**Kuvio 6.** Mitä aihepiirejä ehkäisevien kotikäyntien sisältöön kuuluu?

Ehkäiseviä kotikäyntejä toteuttavista kunnista 62 prosentilla oli käytössään itse laadittu tai sovellettu lomake ja 33 prosentilla strukturoitu arviointi- tai haastattelulomake, yleisimmin Suomen Kuntaliiton Ehkäisevät kotikäynnit -haastattelulomake. Lisäksi käytettiin erilaisia toimintakyvyn arviointimittareita kuten MMSE -muistitesti, Rava, Audit -kysely alkoholin käytöstä, depressioseula, kodin turvallisuustarkistus, ravitsemuskysely, VoiTas-testi ja RAI-järjestelmän avulla toteutettu toimintakykyarviointi.

Kotikäyntien perusteella ikääntyneitä ohjattiin enimmäkseen apuvälinepalvelujen, kotipalvelun, kotisairaanhoidon tai yhdistetyn kotihoidon ja erityisesti tukipalvelujen kuten ateriapalvelun piiriin sekä lääkärin vastaanotolle. Noin neljännes vastanneista kunnista ohjasi ikäihmisiä virkistys-/ryhmätoimintaan ja päivätoimintaan ja 11 prosenttia sosiaalityöntekijän vastaanotolle.

Ehkäisevän kotikäynnin tuottamien tietojen kirjaamisesta kysyttiin avoimella kysymyksellä. Tiedot ikääntyneen tilanteesta ja palvelutarpeesta kirjattiin kyselyyn vastanneissa kunnissa vaihtelevasti. Pääsääntöisesti tiedot kirjattiin sosiaali- ja terveystietojärjestelmään. Muutamasta kunnasta tarkennettiin, että tiedot kirjattiin ainoastaan asiakkaan suostumuksella. Joissain kunnissa oli käytössä oma arkisto tiedoille, jotka eivät johda välittömiin toimenpiteisiin. Tietojen tallentaminen haastattelulomakkeelle mainittiin yleisesti, mutta vastauksista ei selviä mihin lomakkeet oli sijoitettu. Mikäli kotikäynti johti palveluihin, tehtiin merkinnät myös hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Muutamat kunnat vastasivat raportoivansa vuosittain sosiaalilautakunnalle tai sosiaali- ja terveyslautakunnalle tai sosiaalijohtajalle ja jossain kunnassa raportti oli luettavissa kunnan www-sivuilta. Osa kunnista kirjasi tiedot yhteenvedotaulukkoon Exceliin ilman henkilön tunnistetietoja.

## Toiminnan seuranta ja arviointi

Reilu puolet ehkäiseviä kotikäyntejä tekevistä kunnista ilmoitti kotikäyntejä saaneiden henkilöiden määrän vuoden 2007 aikana. Ehkäisevistä kotikäynneistä kieltäytyneiden osuus kohderyhmästä vaihteli 1:stä 55 prosenttiin kyselyyn vastanneissa kunnissa vuonna 2007. Tietoa ei ollut käytettävissä 43 prosentissa kysymykseen vastanneista kunnista. Kieltäytymisen syytä kysyttiin runsaassa puolessa (54 %) kysymykseen vastanneista kunnista. Syynä oli pääsääntöisesti se, ettei ikääntynyt kokenut tarvitsevana kotikäyntiä hyväkuntoisuutensa, omaisilta saamansa avun vuoksi tai siksi, että kotikäynti oli tehty perheeseen aviopuolison luokse edellisenä vuonna tai lähiaikoina. Muutamissa vastauksissa kieltäytymisen syyksi mainittiin pelko siitä, että henkilö joutuu pois kotoa toimintakyvyn heikentymisen vuoksi. Kieltäytymisen syytä ei kysytty 30 prosentissa vastanneista kunnista.

Yli puolet kunnista (58 %) hyödynsi kerättyä tietoa pääsääntöisesti vanhuspoliittisen strategian, talousarvion ja palvelujen suunnittelun ja kehittämisen tueksi. Kotikäyntien tuottaman tiedon pohjalta käynnistettiin kunnissa myös uusia palveluja kuten esimerkiksi kotikuntoutus, Ikäpiste, vanhusneuvola, palvelusetelikokeilu, vanhusten päivätoiminta, VoiTas-testit, kylätalkkari-toiminta, viriketoimintaa ja tuotettiin ikäihmisten palveluopas. Runsas neljännes (26 %) vastaajista ei tiennyt hyödynnetäänkö kerättyä tietoa.

Vastaajat ilmoittivat kunnan muiden hallinnonalojen hyödyntävän ehkäisevistä kotikäynneistä kerättyä tietoa ainoastaan 21 prosentissa kunnista. Tietoja hyödynnettiin esteettömän asuin ympäristön, kuljetuspalvelujen ja liikenneturvallisuuden kehittämisessä, liikunta- ja sivistystoimen kuten kirjasto- ja kansalaisopiston palvelujen suunnittelussa sekä terveydenhuollon ja kotisairaanhoidon palvelujen kehittämisessä. Vastaajista peräti 37 prosenttia ei tiennyt hyödynsivätkö muut hallinnonalat kerättyjä tietoja.

Vajaa kolmannes (30 %) vastaajista ilmoitti, että kotikäyntien vaikuttavuutta arvioitiin kunnassa tai että vaikuttavuusarviointia oltiin suunnittelemassa. Vaikuttavuutta arvioitiin ehkäisevien kotikäyntien vaikutuksina palvelutarpeeseen, palveluiden suunnitteluun, toiminnan kehittämiseen, terveyden edistämiseen ja kotona asumisen jatkumiseen. Vaikuttavuutta ei arvioitu lainkaan 43 prosentissa vastanneista kunnista ja runsas neljännes (26 %) vastaajista ei osannut sanoa, tehdäänkö vaikuttavuusarviointia.

Suurin osa vastaajista katsoi ehkäisevien kotikäyntien hyödyiksi ikäihmisten saaman tiedon palveluista ja oikea-aikaiset palvelut sekä kuntien saaman tiedon tulevasta palvelutarpeesta suunnittelun pohjaksi. Hyödyiksi koettiin myös se, että kunta palveluineen tuli ikäihmisille tutuksi ja että käynnit loivat turvallisuuden tunnetta ikäihmisille. Lisäksi kotikäynneillä katsottiin olevan ennalta ehkäisevää merkitystä ja niiden avulla uskottiin voitavan myöhentää raskaampien palvelujen tarvetta. Muita vaikutuksia olivat puutteellisten asuinolojen esille tulo ja kodin turvallisuuden parantaminen.

## Kuntien odotukset valtakunnalliselle ohjaukselle ja tuelle

Kuntien edustajilta tiedusteltiin ehkäisevien kotikäyntien kehittämissuunnitelmia omassa kunnassa. Suurin osa vastauksista käsitteli käyntien kohdentamista uudelle ikäryhmälle tai jollekin riskiryhmälle. Kuntien vastaajat esittivät valtakunnallisen tuen tarpeiksi

- tietoa oikeasta kohdentamisesta
- julkista tukea resurssointiin
- valtakunnallista ohjeistusta ja koulutusta ehkäisevien kotikäyntien suorittamiseen (esimerkiksi opas, suositukset, uudistettu strukturoitu lomake, valtakunnalliset työkokoukset ja seminaarit)
- lain säätämistä ehkäisevistä kotikäynneistä ja
- tutkimus- ja tilastotietoa esimerkiksi toiminnan vaikuttavuudesta, hyödyistä ja asiakasmääristä

## 5.3 Yhteenveto

Kunnissa järjestetään ja kehitetään ikäihmisille ennaltaehkäisevää toimintaa aktiivisesti. Kyselyn perusteella ehkäisevät kotikäynnit olivat neuvontatoimintaa laajemmin käytössä oleva toimintamuoto. Ehkäisevään toimintaan näyttää liittyvän useita edelleen pohdittavia asioita. Näitä ovat erityisesti kohdentamiseen, seurantaan, sukupuolten välisiin eroihin, henkilöstön koulutukseen, toiminnan sisältöön ja tietojen hyödyntämiseen liittyvät kysymykset.

Valtaosa kyselyyn vastanneista kunnista kohdensi neuvontapalvelut ja ehkäisevät kotikäynnit iän perusteella. Kohdentaminen askarrutti vastaajia erityisesti ehkäisevien kotikäyntien osalta. Laaja kohdentaminen on ehkäisevän toiminnan lähtökohta, mutta toisaalta resurssien niukkuus pakottaa pohtimaan myös toiminnan suuntaamista.

Kansainväliset tutkimusnäytöt ehkäisevien kotikäyntien seurantakäyntien tärkeydestä nostavat arvioitavaksi suomalaiset kertakäyntipainotteiset käytännöt. Sukupuolinäkökulma tulisi ottaa myös pohditavaksi, sillä muun muassa tanskalaisissa tutkimuksissa naiset näyttäisivät hyötyvän miehiä enemmän sikäläisen mallin mukaisista kotikäynneistä.

Henkilöstön koulutustaustalla on vaikutusta ehkäisevän toiminnan sisältöön. Kyselyn perusteella neuvontapalveluja ja ehkäiseviä kotikäyntejä toteuttavasta henkilöstöstä valtaosalla oli terveydenhuollon koulutus. Ehkäisevän toiminnan laaja-alaisuus asettaa suuria haasteita henkilöstön osaamiselle. Perus- ja täydennyskoulutuksen tulisikin kattaa mahdollisimman monipuolisesti hyvinvoinnin ja terveyden eri osa-alueet.

Vastaajien arvioissa ehkäisevien kotikäyntien hyödyt liittyivät paljolti tiedon antamiseen palveluista. Sen sijaan hyvinvointia ja terveyttä edistävän tiedon antaminen ei niinkään tullut vastauksissa esille. Liikuntaan ja terveelliseen ravitsemukseen sekä muuhun hyvinvointia ja terveyttä edistävään toimintaan ohjaavalla neuvonnalla on kuitenkin mahdollista vähentää palvelujen tarvetta.

Ehkäisevillä kotikäynneillä kertynyttä tietoa käytettiin varsin vähän hyödyksi kunnan muilla toimialoilla kuin sosiaali- ja terveystoimessa. Kotikäynneillä saatiin moneen elämänalueeseen liittyvä tietoa, jota voitaisiin hyödyntää esimerkiksi asuinympäristön suunnittelussa.



# 6 Järjestöjen, seurakuntien ja yritysten palvelut

## Järjestöt

Järjestöjen toiminta täydentää merkittävällä tavalla kuntien palveluvalikoimaa. Järjestöt ovat käynnistäneet ja kehittäneet monia uusia toimintamuotoja kuten esimerkiksi dementia-neuvonnan. Monet järjestöjen käynnistämät palvelut ovat myös siirtyneet osaksi kuntien palveluvalikoimaa. Järjestöt tarjoavat monipuolisten toimintojen ja palvelujen ohella myös foorumin kansalaisten osallisuudelle ja yhteisöllisyydelle. Monet ikääntyneet ihmiset toimivatkin aktiivisesti järjestöissä. Esimerkkejä ikäihmisille suunnatusta järjestöjen toiminnasta, jota kunnat voivat tukea, ovat kohtaamispaikat, vertaistoiminta, neuvonta- ja tiedotustoiminta sekä liikuntatoiminta.

## Kohtaamispaikoilta vertaistukea

Kohtaamispaikoissa kansalaiset voivat osallistua erilaisiin toimintoihin, kokoontua tapahtumiin, saada apua asiapapereiden täyttöön tai vain tavata muita ihmisiä. Niissä muun muassa organisoidaan ja toteutetaan vapaaehtois- ja vertaistoimintaa. Vertaistoiminnassa olennaista on samassa tilanteessa elävien tai samanlaisia asioita kokeneiden ihmisten keskinäinen tuki, apu ja kokemusten jakaminen. Vertaistuksessa kokemuksellinen tieto ja asiantuntijuus tulevat ammatillisen asiantuntijuuden rinnalle. Toiminta soveltuu esimerkiksi ikääntyneiden ihmisten yksinäisyyden torjuntaan ja sosiaalisen hyvinvoinnin tukemiseen. Vertaisryhmissä myös omaiset voivat jakaa kokemuksiaan, saada tietoa erilaisista sairauksista ja oppia hyödyntämään omia voimavarojaan. Lisäksi kansalaisjärjestöt järjestävät vapaaehtoistoiminnan koulutusta, jonka tavoitteena on antaa uusia valmiuksia ja tukea vapaaehtoisten jaksamista. Kohtaamispaikkojen kokonaismäärästä ei ole tietoa, mutta suuntaa antaa Kansalaisareena ry:n ylläpitämä rekisteri, jossa on tiedot noin 200 kohtaamispaikasta. Osa paikoista on kaikille avoimia ja osassa toiminta on suunnattu jollekin tietylle väestöryhmälle, esimerkiksi ikääntyneille.

Vanhusalan järjestöt ovat kehittäneet palvelutaloista matalan kynnyksen paikkoja, esimerkiksi Vanhus- ja lähimmäispalvelun liiton YDIN –projektissa on luotu Ikääntymisen Resurssikeskus -malli, joista kotona asuvat ikääntyneet ihmiset ja vapaaehtoistoiminnasta kiinnostuneet ovat löytäneet yhteisen toimintayhteisön. Tämän lisäksi vanhusalan järjestöillä on kokemusta etsivästä toiminnasta, jonka tarkoituksena on löytää ikääntyneitä henkilöitä, jotka ovat avun tarpeessa mutta eivät jostain syystä käytä olemassa olevia palveluja. Tällaisia ryhmiä ovat esimerkiksi masentuneet ja yksinäiset ja muut syrjäytymisvaarassa olevat ikääntyneet ihmiset.

## Neuvonnasta hyvinvointia

Järjestöillä on suuri merkitys myös neuvonta- ja tiedotustoiminnan alueella. Esimerkiksi muistiin liittyvä neuvontatyö käynnistettiin järjestöissä Raha-automaattiyhdistyksen rahoittamana projektitoimintana. Projektien päätyttyä toiminta on siirtynyt useilla paikkakunnilla yhdistyksistä sairaanhoitopiirien tai kuntien ylläpitämäksi palveluksi. Neuvontatyön toimijoina on paikkakunnasta riippuen yhdistyksen oma tai kunnallinen dementia-neuvoja, keskussairaalan kuntoutusohjaaja tai kunnallinen muistihoitaja. Eri sairausryhmiä edustavat potilasjärjestöt toteuttavat neuvonta- ja tiedotustoimintaa jäsenistölleen ja muille kansalaisille. Järjestöt tarjoavat myös omaishoitajille ohjausta ja neuvontaa ja koulutusta.

## Liikunnasta vireyttä

Järjestöjen merkitys ikäihmisten liikkumisen lisääjänä on merkittävä. Esimerkkinä järjestöjen toteuttamasta ikääntyneiden ihmisten liikuntatoiminnasta on monimuotoinen terveystoiminta sekä lihaskuntoa ja tasapainoaistia vahvistava liikunta, jolla on tärkeä merkitys ikäihmisten itsenäisen suoriutumisen ja toimintakyvyn kannalta. Muita järjestöjen toteuttamia liikuntamuotoja ovat esimerkiksi erilaiset lii-

kuntapelit, vesivoimistelu, sauvakävely ja tanssiryhmät. Voimaa vanhuuteen –ohjelma (ks. luku 4.3) tuottaa malleja paitsi kuntien terveys-, sosiaali- ja liikuntatoimen myös alan järjestöjen käyttöön.

## Seurakunnat

Järjestöjen lisäksi seurakunnat ovat merkittävä toimija terveyttä ja hyvinvointia edistävien palvelujen ja toiminnan järjestäjänä. Seurakuntien diakoniatyöllä on vahvat perinteet ihmisen kokonaisvaltaisessa kohtaamisessa. Diakoniatyönä toteutetaan ikääntyneille ihmisille kotikäyntejä, kerhotoimintaa, vertaistukiryhmiä, keskusteluita, liikuntaa, leirejä ja retkiä.

Diakoniatyön tilastotietojen mukaan asiakaskontakteista runsas 203 000 kohdentui yli 65-vuotiaille henkilöille vuonna 2006. Useimpien asiakaskontaktien syinä olivat taloudelliset, terveyteen ja sairauteen liittyvät kysymykset sekä ihmissuhdekysymykset. Kirkon vanhustyön strategiassa korostetaan ikääntyneiden henkilöiden omien voimavarojen tukemista sekä yhteisöllisyyden ja turvallisuuden edistämistä.

Seurakunnissa on noin 1200 diakoniatyöntekijää, joista diakonisseja on noin 700 ja diakoneja noin 400. Diakonisseilla on sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan koulutus sekä kelpoisuus kirkon diakonian virkaan. Diakoneilla on sosionomin koulutus, johon sisältyy diakoninen sosiaalityö. Diakoniatyöntekijöiden terveydenhuollon ja sosiaalityön osaamista tulisikin hyödyntää terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä nykyistä paremmin.

## Yritykset

Järjestöjen ja seurakuntien lisäksi yritysten osuus hyvinvointia ja terveyttä edistävien palvelujen tuottajana todennäköisesti kasvaa tulevaisuudessa. Yrityspohjaisten sosiaali- ja terveystalvelujen tarkkaa määrää on vaikea arvioida, mutta osuutta voidaan arvioida henkilöstömäärän perusteella. Yritysten osuus sosiaalipalvelujen henkilöstöstä oli 11 prosenttia ja terveystalvelujen henkilöstöstä 14 prosenttia vuonna 2006. Yrityspohjaisten sosiaalipalvelujen suurimpia toimialoja olivat mm. palvelutalot ja ryhmäkodit ja terveystalvelujen suurimpia toimialoja lääkäripalvelut, hammashoito ja fysioterapia. (THL 2009.) Yritysten tuottamista terveyttä ja hyvinvointia edistävästä palveluista ei ole koottua tietoa. Jotkin yksityiset lääkäriasemat kuten esimerkiksi Syöpäjärjestöjen poliklinikka antavat normaalin vastaanottotoiminnan ohella myös neuvontaa ja valistusta. Yritysmuotoisesti tuotetaan myös erilaisia liikuntapalveluita, jotka tarjoavat mahdollisuuden ohjattuun ryhmäliikuntaan ja itsenäisempään harjoitteluun.

Perinteisen yritystoiminnan ohella on Suomessa viime vuosina kehitetty sosiaalista yritystoimintaa. Sosiaalisen yrityksen työllistämistä työntekijöistä vähintään 30 prosenttia on vajaakuntoisia tai pitkäaikaistyöttömiä. Sosiaalisia yrityksiä toimii myös ikääntyneiden palveluissa. Isossa-Britanniassa ja Ruotsissa toimii ns. yleishyödyllisiä osakeyhtiöitä, joilla on rajoitettu voitonjako. Tällaisella osakeyhtiötyyppillä saattaisi olla Suomessakin merkitystä yhteiskuntapoliittisten tavoitteiden toteuttajana. Lain-säädäntömme ei vielä tunne kyseistä yhtiömuotoa.

## Lopuksi

Kolmannen sektorin toteuttama terveyttä ja hyvinvointia edistävä työ ei tapahdu itsestään vaan vaatii kuntien tukea rakenteisiin ja resursseihin. Järjestöbarometrin mukaan yli puolet (54 %) kyselyyn vastanneista yhdistyksistä (n=1 016) sai kunnan toiminta-avustusta vuonna 2007. Keskimääräinen yhdistysten saama kunta-avustus oli 550 euroa. Suurimmat avustukset liittyivät yhdistysten ylläpitämiin kohtaamis- ja toimintapaikkoihin, joiden toimintaa kunnat avustivat suoraan tai esimerkiksi osallistumalla tilojen vuokrakustannuksiin. Yritysten kanssa tehtävä yhteistyö on myös tarpeellista esimerkiksi neuvontapalveluita toteutettaessa. Asiakkaille on tärkeää saada julkisten, kolmannen sektorin ja seurakuntien tuottamien palvelujen ohella tietoa myös yritysten tuottamista hyvinvointia ja terveyttä edistävästä palveluista.

# 7 Hyvinvointia ja terveyttä edistävän toiminnan ja palvelujen rahoitus

Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämän hyvinvointia ja terveyttä edistävän toiminnan kustannuksia ei tilastoida erikseen. Vastaavasti myöskään kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämän ikääntyneiden hyvinvointia ja terveyttä edistävän toiminnan kustannuksista ei ole saatavissa valtakunnallista tietoa. Voidaan kuitenkin arvioida, että sen osuus on varsin pieni, kun se suhteutetaan ikääntyneiden käyttämien sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaiskustannuksiin. On myös arvioitu, että kaiken kaikkiaan terveyden edistämisen valtakunnalliset voimavarat eivät ole 2000-luvulla kasvaneet olennaisesti.

Terveyttä ja hyvinvointia edistetään paitsi kuntien sosiaali- ja terveydenhuollossa myös esimerkiksi kuntien liikunta-, kulttuuri- ja teknisen toimen toiminnalla. Myöskään näiden toimialojen hyvinvointia ja terveyttä edistävien toimien kustannustiedot eivät ole eriteltävissä.

Stakesin kesällä 2008 tekemän kyselyn tulosten mukaan esimerkiksi kuntien neuvontapalveluilla ja ehkäisevillä kotikäynneillä ei ollut yleensä omaa budjettia, vaan niiden rahoitus sisältyi osaksi jotakin laajempaa kokonaisuutta.

Ikääntyneiden ihmisten terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen tähtäävän kehittämistoiminnan julkisen rahoituksen määrää voidaan arvioida karkealla tasolla valtionavustusten ja Raha-automaattiyhdistyksen (RAY) järjestöille myöntämien avustusten pohjalta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (Kaste) tavoitteiden saavuttamiseksi varattua valtionavustusta voidaan myöntää myös ikääntyneiden ihmisten terveyden ja hyvinvoinnin edistämistoiimiin. Tähän mennessä avustuksen on saanut kolme hanketta, joihin sisältyy muun muassa ikäihmisten ja hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen liittyviä elementtejä. Hankkeet ovat

- Vanhusten asumisen uudet ratkaisut ja asumisen varhainen tuki Itä- ja Keski-Suomen alueella (yhteensä valtionavustusta 1,2 milj. €)
- Sosiaali- ja terveydenhuollon integroitu palvelujärjestelmä sosiaali- ja terveystieteissä, kuntaliitoksessa sekä yhteistoiminta-alueella Etelä-Suomen alueella (yhteensä valtionavustusta 4,0 milj. €) sekä
- Väli-Suomen alueen IKÄKASTE – ÄLDRE-KASTE (yhteensä valtionavustusta 2,0 milj. €).

Terveyden edistämisen määrärahoista puolestaan myönnettiin valtionavustuksia järjestöille, säätiöille, kunnille ja muille toimijoille yhteensä 9,3 miljoonaa euroa vuodelle 2009. Näistä hankkeista kuitenkin suurin osa kohdistuu lapsiin, nuoriin ja työikäisiin. Ikäihmisten terveyden edistämiseen liittyviin hankkeisiin valtionavustuksia sai 4 hanketta, yhteensä 261 000 euroa vuonna 2009. Muissakin avustuksia saaneissa hankkeissa voi olla mukana ikääntyneisiin kohdistuvia sisältöjä.

Kansalaisjärjestöt saavat terveyttä ja hyvinvointia edistävään toimintaansa avustuksia Raha-automaattiyhdistykseltä (Ray). Ray:n avustusstrategian 2008 - 2011 mukaan avustuksia suunnataan muun muassa hyvinvoinnin edistämiseen ja järjestöjen toimintaedellytysten turvaamiseen sekä terveyden ja toimintakyvyn edistämiseen. Avustuksilla turvataan järjestöjen vapaaehtois- ja vertaistoiminnan perusedellytykset muun muassa silloin, kun toiminta kohdistuu yksinäisiin ikäihmisiin ja muihin apua ja tukea tarvitseviin väestöryhmiin. Avustuksilla edistetään myös informaatioteknologiaa hyödyntäviä kehittämishankkeita muun muassa ikääntyneiden ihmisten osallistumismahdollisuuksien ja tiedonsaannin parantamiseksi. Lisäksi Ray tukee helposti saavutettavia kohtaamispaikkoja, kansalais- ja järjestötaloja ja muita toimintoja, joissa kansalaiset voivat osallistua erilaisiin vapaaehtoistoimintoihin ja saada turvaiseen sosiaalisia verkostoja. Terveyden ja toimintakyvyn edistämisen keskeisiä avustuskohteita ovat esi-

merkiksi ikääntyneen väestön toimintakyvyn ylläpitäminen ja omaishoitajien jaksamisen edistäminen sekä mielenterveysongelmien ja päihdehaittojen ehkäisy. Ray on viime vuosina osallistunut sosiaali- ja terveysministeriön käynnistämän Voimaa vanhuuteen - kansallisen iäkkäiden terveysliikuntaohjelman (2005 - 2009) rahoitukseen, jossa toimii runsas 30 hanketta.

Ray-avustuksia myönnettiin ikääntyneiden kuntoutukseen ja toimintakyvyn edistämiseen 6,2 miljoonaa euroa ja loma-, vapaaehtois-, vertaistuki ja osallistumistoimintaan sekä eläkeläisjärjestöjen toimintaan 3,4 miljoonaa euroa eli yhteensä 9,6 miljoonaa euroa vuodelle 2009.

## 8 Ikääntyneiden neuvonta- ja ehkäisevät palvelut Pohjoismaissa ja eräissä muissa maissa

Tanskassa ehkäisevät kotikäynnit ovat lakisääteisiä. Vuodesta 1996 alkaen 80 vuotta täyttäneillä ja vuodesta 1998 alkaen 75 vuotta täyttäneillä henkilöillä on ollut oikeus kahteen kunnan järjestämään ehkäisevään kotikäyntiin vuodessa. Ehkäisevistä kotikäynneistä annetun lain tarkoituksena on vahvistaa ikäihmisille suunnattuja ehkäiseviä ja terveyttä edistäviä toimenpiteitä. Ehkäisevien kotikäyntien tavoitteena on tukea ikäihmisten itsehoitoa ja auttaa heitä hyödyntämään omia voimavarojaan optimaalisesti. Vuonna 2005 lakia tarkennettiin siten, että kunnan ei tarvitse tarjota ehkäiseviä kotikäyntejä henkilöille, jotka saavat sosiaalipalvelulain mukaisia sekä henkilökohtaisia että käytännön asioiden hoitoon liittyviä palveluja. Laki ei sisällä säännöksiä ehkäisevän kotikäynnin sisällöstä, joten käynnit eivät ole yhdenmukaisia kaikissa kunnissa.

Ruotsissa ehkäisevistä kotikäynneistä ei ole lainsäädäntöä. Sen sijaan terveydenhuoltolaissa (hälso- och sjukvårdslagen) on määritelty vastuu ehkäisevästä ja terveyttä edistävästä toiminnasta ja sosiaalihuoltolaissa vastuu etsivästä työstä. Sosiaalihuolto rahoitti ehkäiseviin kotikäynteihin liittyvän tutkimus- ja kehittämishankkeen vuosina 1999 - 2002. Hankkeeseen osallistui 22 kuntaa. Yhteistä hankkeille oli, että kotikäyntejä tehtiin kotona asuville ikäihmisille säännöllisesti puolivuositain. Käyntejä toteuttavalla henkilöstöllä oli sekä terveydenhuollon että sosiaalialan osaamista. Noin puolessa kunnista käynnit kohdentuivat 75 vuotta täyttäneille. Osassa kuntia käynnit kohdentuivat tietyille ryhmille kuten maahanmuuttajille ja äskettäin leskeytyneille. Näissä hankkeissa henkilöstölle annettiin koulutusta ryhmäkeskustelumenetelmän käyttöön. Erityistä tukea tarvitsevia ryhmiä olivat myös itsensä yksinäiksi ja eristäytyneiksi kokevat ja dementoitunutta läheistään hoitavat omaiset. Vuonna 2007 kunnat ja maakunnat voivat hakea valtion tukea ikäihmisten terveyttä edistävään ja ehkäisevään työhön. Avustuksia myönnettiin 189 kunnalle vuonna 2007. <http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/aldre/>

Ruotsissa on haettu lisäksi eettistä pohjaa vanhuspalveluille ns. arvotakuun (värdighetsgaranti) näkökulmasta. Toukokuussa 2008 luovutettiin arvoselvitys (värdighetsutredning) ministeri Maria Larssonille. Selvityksen mukaan vanhustenhuoltoon tulee suunnata siten, että ikääntynyt ihminen voi elää arvokasta elämää ja voida hyvin. Esityksen tueksi selvityksessä ehdotetaan muun muassa, että vanhustenhuollossa otetaan käyttöön kansallinen arvoperusta. Tähän työhön maan hallitus on esittänyt kolmivuotista rahoitusta. Ruotsin sosiaalihuolto julkaisi lisäksi maaliskuussa 2009 ikääntyneiden ihmisten hoidolle ja hoivalle kansalliset laatuindikaattorit, joissa tuodaan esille myös ehkäisevä näkökulma. Indikaattorit käsittelevät mm. ikääntyneiden ihmisten aliravitsemuksen, kaatumisten ja painehaavojen tunnistamista ja ennaltaehkäisyä sekä lääkkeiden käytön seuranta.

Norjassa ei ole ehkäiseviä kotikäyntejä koskevaa lainsäädäntöä eikä kansallista ehkäisevien kotikäyntien ohjelmaa. Sen sijaan ehkäisevää toimintaa toteutetaan ikäihmisten keskuksissa ja kotipalvelujen yhteydessä. Norjan hallitus esittää raportissaan (Long term care – Future challenges. Care Plan 2015) katsauksen kunnallisten sosiaali- ja terveyspalvelujen tulevaisuuden haasteisiin ja lyhyen sekä pitkän aikavälin strategiat näihin haasteisiin vastaamiseksi. Hallituksen 10-vuotisstrategiassa otetaan kantaa muiden ohella myös ehkäiseviin toimiin. Esimerkiksi hoidon ja palvelujen pitkän tähtäimen suunnittelussa korostetaan erityisenä painopisteenä ehkäiseviä toimia. Kuntasektorille myönnettävillä valtionavustuksilla nostetaan uusien henkilötyövuosien määrää sosiaali- ja terveyspalveluissa ja suunnataan niitä mm. kulttuurisiin, liikunnallisiin ja sosiaalista vuorovaikutusta tukeviin toimiin, vanhusten päivätoiminnan laajentamiseen, dementiaoireista kärsivien hoidon vahvistamiseen ja ehkäisevien toimien ja vapaaehtoispalvelujen koordinointiin sekä muihin ehkäiseviin toimiin. Eri toimijoiden yhteistyötä korostetaan mm. dementoituneita läheisiään hoitavien omaisten tukemisessa. Strategiassa painotetaan palveluja tarvitsevan ihmisen oikeutta sosiaaliseen vuorovaikutukseen ja aktiiviseen elämään. Tämä edellyttää moniammatillista yhteistyötä esimerkiksi erilaisten aktivaattoreiden, terapeuttien, psykologien, sosiaalityöntekijöiden ja pedagogien kanssa.

Iso-Britanniassa ei ole ehkäiseviä kotikäyntejä koskevaa lainsäädäntöä eikä niitä koskevaa ohjelmaa meillä. Vuonna 2001 asetettiin kansalliset standardit yli 60-vuotiaiden hoivalle ja hoidolle (the National Service Framework for Older People NSF). NSF on 10-vuotiskaudeksi asetettu strategia, jonka tavoitteina on ehkäistä ikäsyryntää, tarjota asiakaskeskeistä palvelua, edistää välimuotoisia palveluja ja ikäihmisten tarpeenmukaista yleissairaalahoitoa sekä ehkäistä ikäihmisten kaatumisia, halvaantumisia ja mielenterveysongelmia ja edistää terveyttä ja aktiivista elämää. Vuonna 2008 julkaistiin yli 60-vuotiaille suunnattu opaslehtinen, jossa annetaan neuvoja muun muassa taloudellisista tukimuodoista, kodin lämmityksestä ja terveyden ylläpidosta. Perusterveydenhuollon terveystarkastukset 75-vuotiaille käynnistettiin vuonna 1990 ja toiminta lakkautettiin vuonna 2004. Vuoden 2009 huhtikuussa käynnistyivät nuoremmille suunnatut julkisen terveydenhuollon terveystarkastukset. Jokainen 40-74 -vuotias kutsutaan ilmaiseen terveystarkastukseen, jossa arvioidaan riskiä sairastua muun muassa sydänsairauksiin, aivoinfarktiin, diabetekseen tai munuaissairauteen. Samalla annetaan terveysneuvontaa. Terveystarkastukset käynnistyivät Englannissa ja niiden on tarkoitus laajentua koko maahan vuoteen 2012 - 2013 mennessä.

Tanskan lisäksi Australiassa ehkäisevien kotikäyntien toteuttaminen perustuu lakiin, joka on ollut voimassa vuodesta 1998 lähtien. Maaliskuussa 2009 Australiassa julkaistiin liikuntasuosituksot ikääntyneille ihmisille. Heitä kannustetaan vähintään 30 minuutin mittaiseen päivittäiseen liikuntaan, joka on kohtuullisen rasittavaa. Tällaista liikuntaa on esimerkiksi reipas kävely, imurointi, ostosten kantaminen, golfin peluu, tai chi ja jooga. Liikuntasuosituksot ovat osa kansallista terveyden edistämisen ja positiiivisen ikääntymisen suunnitelmaa. Miesten terveyden ja hyvinvointiin edistämiseen kiinnitetään huomiota erityisellä valtakunnallisella projektilla (The M5 Projekt).

Hollannissa ikääntyneiden ihmisten terveyden edistäminen kohdentuu erityisesti 65 vuotta täyttäneiden riittävään liikuntaan ja kaatumisten ja lonkkamurtumien ehkäisyyn.

# Kirjallisuutta

- Aalto S & Marjakangas S 2008. Ikääntymisen resurssikeskusopas. Kehittyvät vanhuspalvelut julkaisuja 2/2008. Vanhus- ja lähimmäispalvelun liitto, Helsinki.
- Ammerman A S, Lindquist CH, Lohr K N & Hersey J. 2002. The efficacy of behavioural interventions to modify dietary fat and fruit vegetable intake. A review of the evidence. *Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice and Theory*, 35 (1) 25-41.
- Avlund K, Vass M & Hendriksen C. 2003. Onset of mobility disability among community-dwelling old men and women. The role of tiredness in daily activities. *Age Ageing* 2003; 32: 579-584.
- Avlund K, Vass M & Hendriksen C. 2007. Education of preventive home visitors. The effect on tiredness in daily activities. *Eur J Ageing* 2007; 4: 125-131.
- Avlund K, Vass M, Kvist K, Hendriksen C & Keiding N 2007. Educational intervention toward preventive home visitors reduced functional decline in community-living older women. *J Clin Epidemiol*. 2007 Sep;60(9):954-62. Epub 2007 Jun 29.
- Avlund K, Vass M & Hendriksen C. 2008. Forebyggende hjemmebesøg til ældre mennesker. *Gerontologi* 2008; 24: 12-15.
- Bouman A, van Rossum E, Nelesmans P, Kempen G I & Knipschild P. 2008. Effects of intensive home visiting programs for older people with poor health status: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2008; 8: 74.
- Brunner E, Thorogood M, Bristow A, Curle D & Marmot M. 1997. Can dietary interventions change diet and cardiovascular risk factors; a meta-analysis of randomized controlled trials. *American Journal of Public Health* 87(9), 1415-1422.
- Brunner E, Thorogood M, Rees K, & Hewitt G. 2005. Dietary advice for reducing cardiovascular risk (Cochrane review): John Wiley & Sons, Ltd Chichester, UK.
- Cattan M, White M, Bond J & Learmouth A. 2005. Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing & Society* Vol 25: 41-67.
- Dapp U, Anders J, Meier-Baumgartner HP, v Renteln-Kruse W. Geriatric health promotion and prevention for independently living senior citizens: programmes and target groups. *Gerontol Geriatr*. 2007 Aug;40 (4):226-40. German.
- Elkan R, Kendrick D, Dewey M, Hewitt M, Robinson J, Blair M, Williams D & Brummell K. 2001. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *BMJ* Vol 323, 29 September 2001
- Elkan R & Kendrick D. 2004. What is the effectiveness of home visiting or homebased support for older people? WHO Europe. Health Evidence Network. <http://www.euro.who.int/document/e83105.pdf> [9.12.2008]
- Frederick J, Steinman L, Prohaska, Satariano VA et al. 2007. Community-Based Treatment of Late Life Depression. An Expert Panel-Informed Literature Review. *American Journal of Preventive Medicine* 2007:33(3)



- Giordano, J. Effective Communication and Counselling with Older Adults. *International Journal of Ageing and Human Development* 51, 315-324.
- Harri-Lehtonen O, Isosaari I, Laitinen P. ym. 2005. Voimvavaroja etsimässä. Ikäihmisten kuntoutusneuvola. Kuntoutuksen edistämisyhdistys ry:n julkaisuja. Kuntoutuksen edistämisyhdistys ry, Helsinki.
- Hébert R, Robichaud L, Roy P M et al. Efficacy of a nurse-led multidimensional preventive programme for older people at risk of functional decline. A randomized controlled trial. *Age Ageing*. 2001 Mar;30(2):147-53.
- Heinola R, Voutilainen P & Vaarama M. 2003. Apua ja iloa pienellä vaivalla. Ehkäisevä kotikäynti viidessä kunnassa. *Aiheita* 9/2003. Stakes, Helsinki.
- Hendriksen C & Vass M. 2003. Preventive home visits to elderly people in Denmark. *Journal of the British Society of Gerontology. Generations Review* 2003; 13: 14-17.
- Hendriksen C & Vass M. 2005. Preventive home visits to elderly people in Denmark. *Z Gerontol Geriatr* 2005 Sep; 38(Supplement 1): i31-i33.
- Holma T & Häkkinen H. 2004. Ehkäisevä kotikäynti – tuki vanhuksen kotona selviytymiselle. Valtakunnallisen kehittämishankkeen tulokset ja kokemukset. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
- Holma T & Vilppola A. 2007. Selvitys vanhusten ehkäisevien kotikäyntien toteutuksesta kunnissa. [www.kunnat.net](http://www.kunnat.net).
- Hilldson & Thorogood. 1996. A systematic review of physical activity promotion strategies. *British Journal of Sports Medicine* 30(2), 84-89.
- Hujanen T, Kapiainen S & Tuominen U. 2008. Terveysthuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2006. *Työpaperi* 3/2008. Stakes, Helsinki.
- Huss A, Stuck A E, Rubenstein L Z, Egger M & Clough-Gorr K M. 2008. Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2008 Mar;63(3):298-307.
- Hyypä, M.T., Mäki, J., Impivaara, O. & Aromaa, A. 2005. Leisure participation predicts survival: A population-based study in Finland. *Health Promotion International*.
- Hänninen K. 2008. Palveluohjauskäytäntöjen arviointia ja haasteita. *FinSoc* 1/2008. Stakes, Helsinki.
- Hänninen K. 2007 Palveluohjaus. Asiakaslähtöistä täsmäpalvelua vauvasta vaariin. *Raportteja* 20/2007. Stakes, Helsinki.
- Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi IVA  
<http://info.stakes.fi/iva/FI/index.htm>
- Järjestöbarometri 2008. Ajankohtaiskuva sosiaali- ja terveysjärjestöistä. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, Helsinki.
- Kahn E B, Ramsey L T, Brownson RC, Heath G W, Howze E H, Powell KE et.al. 2002: The effectiveness of interventions to increase physical activity. A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine* 22(4 suppl), 73-107.



- Ketola E, Sipilä R, & Mäkelä M. 2000 Effectiveness of individual lifestyle interventions in reducing cardiovascular disease and risk factors. *Annals of Medicine* 32(4), 239-251.
- Kiiskinen U, Vehko T, Matikainen K, Natunen S & Aromaa A. 2008. Terveyden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:1. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Kilroy A, Garner C, Parkinson C, Kagan C & Senior P. 2007. Towards transformation: exploring the impact of culture, creativity and the arts on health and well being. *Arts for Health: Manchester Metropolitan University*.
- Kirkon vanhustyön strategia 2015.  
<http://www.evl.fi/kkh/to/kdy/kirkonvanhustyonstrategia.pdf> [24.4.2009]
- Kolt G S, Oliver M, Schofield G M, Kerse N, Garret N, Latham N K. 2006. An overview and process evaluation of TeleWalka: a telephone-based counselling intervention to encourage walking in older adults. *Health Promot Int* 21:201-208.
- Kolt G S, Schofield G M., Kerse N, Garrett N, Oliver M. 2007. Effect of Telephone Counseling on Physical Activity for Low-Active Older People in Primary Care: A Randomized, Controlled Trial. *JAGS* 55: 986-992.
- Kono A, Kai I, Sakato C et al. Effect of preventive home visits for ambulatory housebound elders in Japan: a pilot study. *Aging Clin Exp Res*. 2004 Aug;16(4):293-9.
- Kronborg C, Vass M, Lauridsen J & Avlund K. 2006. Cost effectiveness of preventive home visits to the elderly: economic evaluation alongside randomized controlled study. *Eur J Health Econ*. 2006 Dec;7(4):238-46.
- Liikanen H-L. 2003. Taide kohtaa elämän – Arts in hospital –hanke ja kulttuuritoiminta itäsuomalaisen hoitoyksiköiden arjessa ja juhlassa. Otavan kirjapaino, Helsinki.
- Liikanen H-L 2007. Gerontologisen sosiaalityön menetelmiä. Teoksessa Seppänen M, Karisto A & Kröger T. (toim.) Vanhuus ja sosiaalityö. PS-kustannus, Jyväskylä.
- Liikanen H-L. 2008. Kulttuurin terveys- ja hyvinvointivaikutukset. Socca. Julkaisematon käsikirjoitus.
- Liikanen H-L, Kaisla S & Viljaranta L 2008. Gerontologisen sosiaalityön pioneirit kentällä. Soccan ja Heikki Waris -instituutin julkaisusarja nro 12.
- Lindman P C. 2004. Identifying changeable barriers to family involvement in the nursing home for cognitively impaired residents. *Gerontologist*. 2004 Dec;44(6):770-8.
- Lundahl R, Hakonen S & Suomi A. 2007. Taide ja kulttuuri – innovaatioita seniori- ja vanhustyöhön. Teoksessa Seppänen & Karisto & Kröger (toim.) Vanhuus ja sosiaalityö. 253-270. PS-kustannus, Jyväskylä.
- Lyyra T-M, Pikkarainen A & Tiikkainen P. 2007. Vanheneminen ja terveys. Edita, Helsinki.
- Markle-Reid M, Weir R, Browne G, Henderson S, Roberts J & Gafni A. 2003. Frail Elderly Homecare Clients: The Costs and Effects of Adding Nursing Health Promotion and Preventive Care to Personal Support Services. Canadian Health Services Research Foundation.

- Markle-Reid M, Browne G, Weir R, Gafni A, Roberts J & Henderson S R. 2006. The effectiveness and Efficiency of Home-based Nursing Health Promotion for Older People: A Review of the Literature. *Medical Care Research and Review*, Vol.63 No. 5 531-569, October 2006.
- Matilainen I. 2008. Voimavaraistava ohjaus ikäihmisen terveyden ja toimintakyvyn edistäjänä. *Terveydenhoitaja* 4-5.
- Morgan O. 2004. Approaches to increase physical activity: reviewing the evidence for exercise-referral schemes. *Public Health.*, 119(5) 361-370.
- Mukamel D, Chou C-C, Zimmer J, Rothenberg B. 1997 The Effect of Accurate Patient Screening on the Cost-Effectiveness of Case-Management Programs. *The Gerontologist*; Dec 1997; 37;6; ProQuest Health Management.
- Nahom D. 2005. Motivational Interviewing an Behavior Change; How Can We Know How it works? *Journal of Evidence-Based Social Work*. Vol 2, No. 1/2 2005; 55-78
- Nationella kvalitetsindikatorer. Vården och omsorgen om äldre personer. Socialstyrelsen. Artikelnr 2009-126-111  
Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), mars 2009
- <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/B8BC70B7-0D1E-4E5D-9B10-4F0291C7C3C7/13621/2009126111.pdf> [1.4.2009]
- Nicolaides-Bouman A, van Rossum E, Kempen G I ym. Effects of home visits by home nurses to elderly people with health problems: design of a randomised clinical trial in the Netherlands. *BMC Health Serv Res*. 2004 Dec 15;4(1):35.
- Palomäki S-L 2006. "Son kaikki kotia päin". Ikäkeskus -hanketta arvioiva loppuraportti. Seinäjoki.
- Pigone M P, Ammerman A, Fernandez L, Orleans C. T, Pender N, Woolf S, et. al. 2003 Counselling to Promote a Healthy Diet in Adults; A summary of the Evidence for the U.S. Preventive services Task Force. *American Journal of Preventive Medicine* 24(1)75-92.
- Pitkälä K. & Strandberg T. 2003 Missä vanhustenhoidossa on näyttöä? Missä sudenkuopat? *Suomen lääkirilehti* 1/2003, 58.
- Pitkälä K H, Laakkonen M L, Strandberg T E & Tilvis R S. Positive life orientation as a predictor of 10-year outcome in an aged population. *J Clin Epidemiol* 2004;57:409-14.
- Pitkälä K, Routasalo P, Kautiainen H, Savikko N&, Tilvis R 2005. Psykososiaalisen ryhmäkuntoutuksen vaikuttavuus. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankkeen tutkimusraportti 11. Vanhustyön keskusliitto. Helsinki.
- Pitkälä K, Eloniemi-Sulkava U, Huusko T, Laakkonen M-L, Pietilä M, Raivio M, Routasalo P, Saarenheimo M, Savikko N, Strandberg T & Tilvis R. Miten ikääntyneiden kuntoutusta tulisi kehittää? *Suomen Lääkirilehti* 2007;62(42):3851-6
- Poulsen T, Elkjaer E, Vass M, Hendriksen C & Avlund K. 2007. Promoting physical activity in older adults by education of home visitors. *Eur J Ageing* 4, 115-124.
- Pöyhönen E & Karhu K (toim.). 2008. Sosiaaliset yritykset ja hyvinvointipalvelut. Stakes, Helsinki.

- Sahlen K G, Dahlgren L, Hellner B M et al. 2006. Preventive home visits postpone mortality--a controlled trial with time-limited results. *BMC Public Health*. 2006 Aug 31;6:220.
- Savikko, Niina 2008. Loneliness of Older People and Elements of an Intervention for its Alleviation. *Annales Universitatis Turkuensis D* 808.
- Sahlen K-G, Löfgren C, Hellner B-M & Lindholm L. 2008. Preventive home visits to older people are cost-effective. *Scandinavian Journal of Public Health* 36,265.
- Seppänen M, Heinola R & Andersson S. 2009. Hyvinvointia ja terveyttä edistävää toimintaa käytännössä. Ikäihmisten neuvontakeskuspalvelujen ja ehkäisevien kotikäyntien toteutuminen kunnissa. *Avauksia* 6/2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Sherrington C, Whitney J C, Lord S R, Herbert R D, Cumming R G & Close J C T. 2008. Effective exercise for the prevention of falls – a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*.
- Siriwardena A N, Rashid A, Johnson M R et al. Cluster randomised controlled trial of an educational outreach visit to improve influenza and pneumococcal immunisation rates in primary care. *Br J Gen Pract*. 2002 Sep;52(482):735-40. Erratum in: *Br J Gen Pract* 2002 Oct;52(483):855.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Tie hyvään vanhuuteen. Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:8. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Uusi terveydenhuoltolaki. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:28. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämislinoista. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2008:10. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Kaste-ohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:9. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Mielenterveys ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Skenaarioita sosiaalimenoista - terveyden edistämisen vaikutukset ja analyysimallin esittely. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:7. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö ja Opetusministeriö 2004. Ikäntyneiden ihmisten ohjatun terveysliikunnan laatusuositukset. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:6. . Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

- Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto 2008. Sosiaali- ja terveysministeriö Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suositukset. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:9. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Stuck A E, Minder C E, Peter-Wuest I, Gillman G, Egli C, Kesselring A, Leu R E & Beck J C. 2000. A randomized trial of in home visits for disability prevention in community-dwelling older people at low and high risk for nursing home admission. *Archives of internal medicine* 2000;160(7):977-86
- Stuck A E, Egger M, Hammer A, Minder C E & Beck J C. 2002. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people. Systematic review and meta-regression analysis. *Journal of American Medical Association* 287 (8)1022–1028.
- Strandberg T, Viitanen M, Rantanen T & Pitkälä K (2006). Vanhuksen hauraus-raihnaus oireyhtymä. *Duodecim* 2006;122(12):1495-502
- Suhonen J, Alhainen K, Eloniemi-Sukava U, Juhela P, Juva K, Löppönen M, Makkonen M, Mäkelä M, Pirttilä T, Pitkälä K, Remes A, Sulkava R, Viramo P & Erkinjuntti T. 2008. Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa. *Suomen Lääkärilehti* 10/2008 vsk 63. 9-21
- Sulkava R, Finne-Soveri H, Laakkonen M-L, Eriksson M, Aejmelaeus R. Dementiahoitoa Helsingissä vuoteen 2016 23.8.07RS/ 190507 MLL, RA/070607RS
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) 2008. Hyvinvoiva ja terve kunta. Tukiaineistoa kuntajohdolle. THL, Helsinki.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) 2009. Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa. Suomen Virallinen Tilasto, Sosiaaliturva. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [www.thl.fi/yksityinenpalvelutuotanto](http://www.thl.fi/yksityinenpalvelutuotanto) [3.4.2009]
- Toljamo M, Haverinen R, Finne-Soveri H, Malmivaara A, Sintonen H, Voutilainen P & Mäkelä M. 2005. Ehkäisevien kotikäyntien vaikutukset iäkkäiden toimintakykyyn. Systemaattisiin kirjallisuuskatsauksiin perustuva menetelmäarvio. *FinSoc arviointiraportteja* 4/2005. Stakes, Helsinki.
- Valtioneuvoston kanslia 2007. Terveydenhuollon menojen hillintä: rahoitusjärjestelmän ja ennaltaehkäisyn merkitys. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja. 4/2007. Valtioneuvoston kanslia, Helsinki.
- Van Haastregt J M C, Diederiks J P M, van Rossum E ym. 2000. Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. *BMJ* 320:754-758
- Van Haastregt J M C, Diederiks J P M, van Rossum E et al. 2000. Effects of a programme of multifactorial home visits on falls and mobility impairments in elderly people at risk. *BMJ* 321:994-998
- Van Hout H P, Nijpels G, van Marwijk H W et al. Design and pilot results of a single blind randomized controlled trial of systematic demand-led home visits by nurses to frail elderly persons in primary care. *BMC Geriatr.* 2005 Sep 8;5:11.

- Vass M, Avlund K, Hendriksen C, Andersen CK & Keiding N. Preventive home visits in Denmark. *Aging, Clin Exp Res* 2002; 14: 509-515.
- Vass M, Avlund K, Kvist K et al. 2004. Structured home visits to older people. Are they only of benefit for women? A randomised controlled trial. *Scand J Prim Health Care*. 2004 Jun;22(2):106-11.
- Vass M, Avlund K, Lauridsen J & Hendriksen C. 2005. Feasible Model for Prevention of Functional Decline in Older people: Municipality-Randomized, Controlled Trial. *JAGS* 53: 563-568.
- Vass M, Avlund K, Parner E T & Hendriksen C. 2007a. Preventive home visits to older home-dwelling people and different functional decline. *Eur J Ageing* 4: 107-113.
- Vass M, Avlund K & Hendriksen C. 2007b. Randomized intervention trial on preventive home visits to older people: baseline and follow-up characteristics of participants and non-participants. *Scand J Public Health* 35, 410-417.
- Vass M, Holmberg R, Nielsen HF, Lauridsen J, Avlund K & Hendriksen C. 2007c. Preventive home visitation programmes for older people. The role of municipality organisation. *Eur J Ageing* 2007; 4: 133-140.
- Vass M, Hendriksen C, Thomsen JL, Parner ET, Avlund K. 2008. Preventive home visits to home-dwelling older people and hospital admissions: a municipality-randomised intervention trial *Eur J Ageing* 2008; 5: 67-76.
- Wild D, Nawaz H, Chan W et al. 2004. Effects of interdisciplinary rounds on length of stay in a telemetry unit. *J Public Health Manag Pract*. 2004 Jan-Feb;10(1):63-9.
- Von Renteln-Kruse W, Anders J, Dapp U & Meier-Baumgartner H P. 2003. Preventative home visits by a specially trained nurse for 60-year olds and elderly in Hamburg. *Z Gerontol Geriatr*. 2003 Oct;36(5):378-91. German.
- Wong F K, Show S, Chung L et al. 2008. Can home visits help reduce hospital readmissions? Randomized controlled trial. *J Adv Nurs*. 2008 Jun;62(5):585-95.

## LAIT

Mainitut lait löytyvät osoitteesta [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)

- Erikoissairaanhoitolaki 1989/1062
- Henkilötietolaki 1999/523
- Kansanterveyslaki 1972/66
- Kielilaki 2003/423
- Kuntalaki 1995/365
- Laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta 2007/169
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 1992/734
- Liikuntalaki 1998/1054
- Sosiaali- ja terveysministeriön laki 1982/710
- Suomen perustuslaki 1999/731

## HANKKEET

Ikäinstituutti. Voimaa vanhuuteen – iäkkäiden terveysliikuntaohjelmassa (2005-2009)  
<http://www.voimaavanhuuteen.fi/> [24.4.2009]

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma  
KASTE. [http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat\\_ja\\_hankkeet/kaste](http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/kaste) [23.4.2009]

Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveys 2015 -kansanterveysohjelma.  
<http://www.terveys2015.fi/> [24.4.2009]

**Liitetaulukko 1.** Palvelurakennetta kuvaavat palvelujen peittävyysindikaattorit ikääntyneiden palveluissa 2000–2007 (prosenttiosuus 75 vuotta täyttäneistä)

	2000	2005	2007
	% 75 v täyttäneistä	% 75 v täyttäneistä	% 75 v täyttäneistä
Kotona asuvat 75 vuotta täyttäneet	89,8	89,6	89,4
Säännöllisen kotihoidon piirissä 30.11. olleet 75 vuotta täyttäneet		11,5	11,3
Omaishoidon tuen 75 vuotta täyttäneet asiakkaat vuoden aikana	3,0	3,7	3,9
Ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen 75 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12.	1,7	3,4	4,2
Pitkäaikaisessa laitoshoidossa vanhainkodeissa tai terveyskeskuksissa olevat 75 vuotta täyttäneet 31.12.	8,4	6,8	6,3

Lähde: Sotkanet

**Liitetaulukko 2.** Eräiden palvelujen yksikkökustannuksia vuonna 2006

	Yksikkökustannukset keskimäärin
Kotisairaanhoito (terveydenhoitajan tai sairaanhoitajan käynti) *	42,6 €/käynti
Kotipalvelu	28,2 €/käynti
Kotihoito (sisältää kotipalvelun ja kotisairaanhoidon palvelut)**	42,0 €/käynti
Vanhainkotihoito	120,0€/hoitopäivä
Pitkäaikainen terveyskeskusten vuodeosastohoito	112,6 €/hoitopäivä
Tehostettu palveluasuminen, henkilöstömitoitus yli 0,4/asukas **	91,6€/hoitopäivä

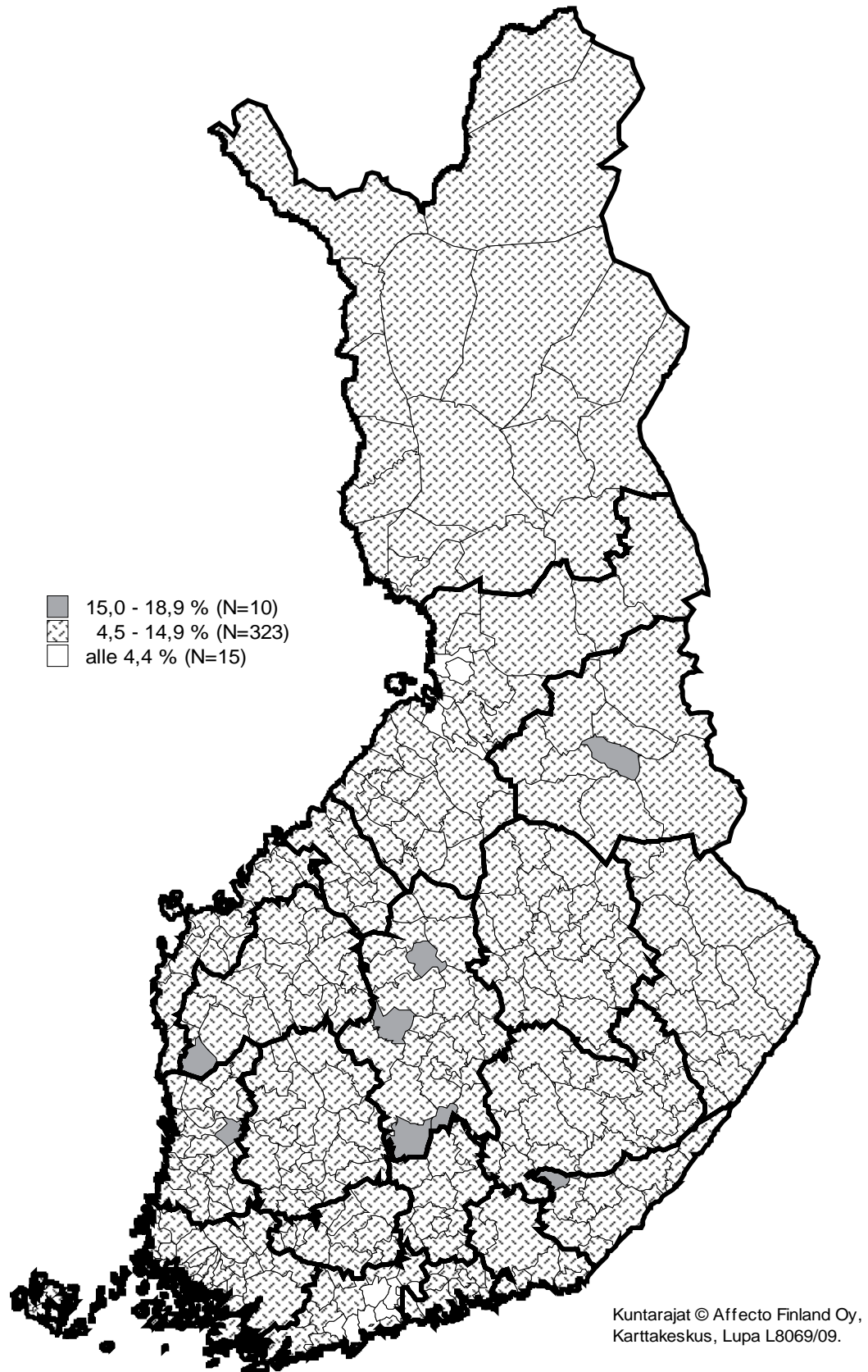
\*30 suurinta kuntaa

\*\* Ns. Kuusikko-kunnat (kuusi suurinta kuntaa)

Lähde: Hujanen ym. 2006

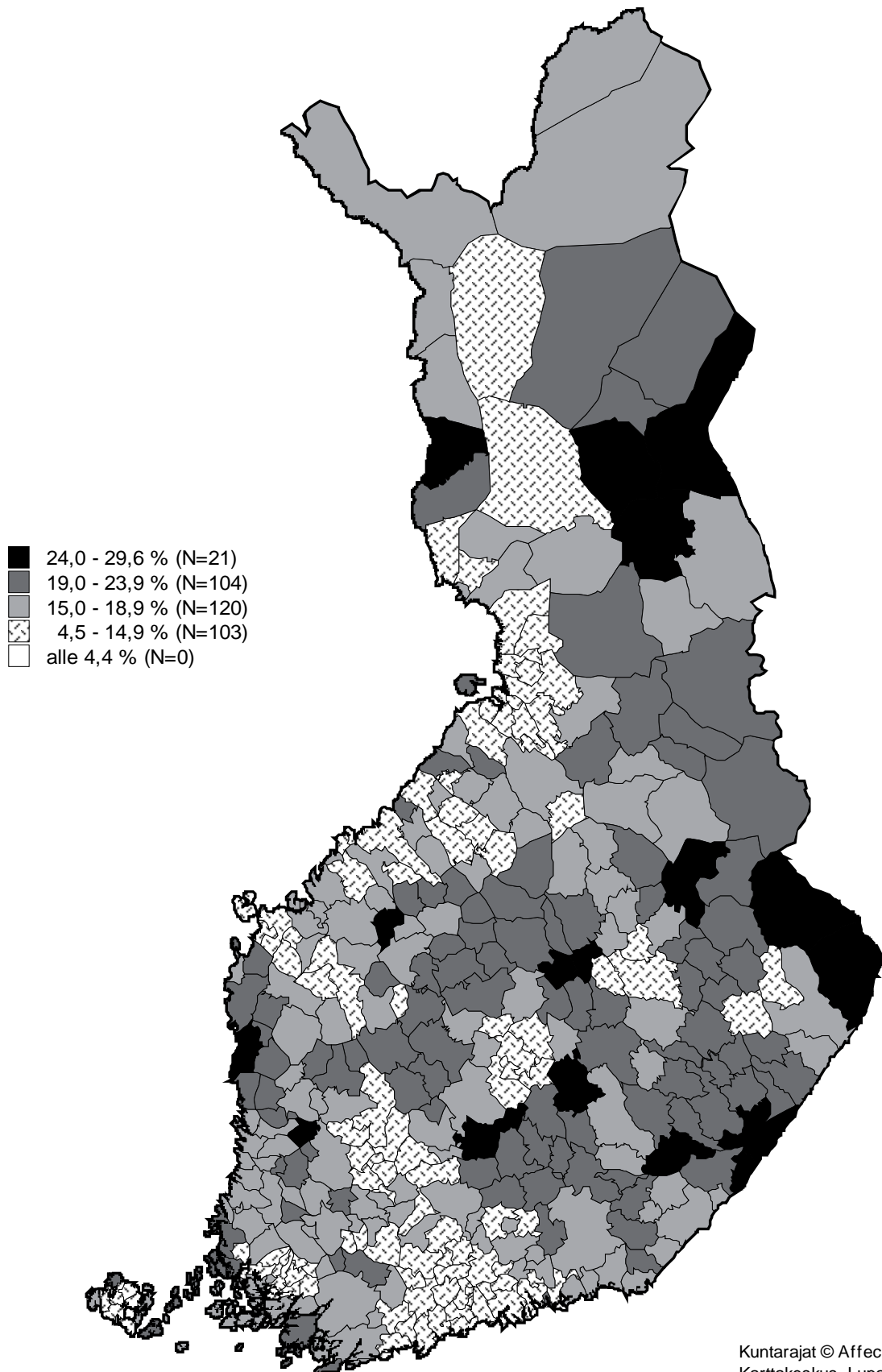


Liitekuvio 1. 75 vuotta täyttänyt väestö vuonna 2007, % kunnan väestöstä



Lähde: Väestörakenne. SVT. Tilastokeskus; THL

Liitekuvio 2. 75 vuotta täyttänyt väestö vuonna 2030, % kunnan väestöstä



Väestörakenne. SVT. Tilastokeskus; THL

## Liite 1. Neuvontapalveluiden ja hyvinvointia edistävien kotikäyntien käsikirjan sisällysluonnos

Käsikirjan keskeistä sisältöä on ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen:

1. Onnistuvan ikääntymisen turvaaminen
  - osallisuuden tukeminen
  - sosiaalisten verkostojen ylläpitäminen
  - liikunnan, oppimisen, kulttuuritoiminnan ja muun mielekkään tekemisen mahdollisuuksien turvaaminen
  - hyvinvoinnin turvaava neuvonta, ohjaus ja sosiaalinen tuki
  - myönteisten, ikäihmisiä arvostavien asenteiden edistäminen yhteiskunnassa.
2. Terveellisten elintapojen edistäminen ja sairauksien ehkäisy
  - terveellinen ja ikääntyneiden tarpeisiin sopiva ruokavalio
  - säännöllinen liikunta ja lihaskunnon ylläpito
  - terveydentilan seuranta ja toimintakyvyn arviointi.
3. Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen
  - riskiryhmien (sosioekonomiselta tilanteeltaan heikossa asemassa ja syrjäytymisvaarassa olevien) erityistarpeiden tunnistaminen ja niihin vastaaminen.
  - Itsenäisen suoriutumisen ja turvallisuuden tukeminen
  - koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisy
  - apuvälineiden sekä ikäihmisten tarpeisiin kehitetyn ja eettisesti kestävä teknologian hyödyntäminen.
4. Varhainen puuttuminen terveydentilan ja toimintakyvyn heikkenemiseen, päihteiden väärinkäyttöön, väkivaltaan ja kaltoin kohteluun sekä muihin sosiaalisiin ongelmiin.
5. Sairauksien tehokas hoito ja kuntoutussuunnitelmaan perustuva kuntoutus
  - turvallinen lääkehoito
  - somaattisten sairauksien, mukaan lukien suun terveysongelmien, mielenterveysongelmien ja muistihäiriöiden varhainen tunnistaminen, hoito ja kuntoutus.
6. Palvelut, sosiaaliturvaetuuudet ja asumisen tukimuodot.

Näiden lisäksi käsikirjaan on hyvä sisällyttää tietoa seuraavista:

1. Hyvinvointia edistävien kotikäyntien kohdentaminen, erityisesti riskiryhmiin kuuluvien ikäihmisten tavoittaminen (monisairaata, sairaalakierteessä olevat, muisti-, mielenterveys- ja päihdeongelmaiset, hiljattain leskeytyneet, yksinäiset, masentuneet).
2. Hyvinvointia edistävien kotikäyntien ja neuvontapalveluiden suunnittelu, seuranta ja vaikutusten arviointi: indikaattorit.
3. Eri toimijoiden rooli ja kumppanuus neuvontapalvelujen ja hyvinvointia edistävien kotikäyntien toteuttamisessa.
4. Tiedonkeruuta, dokumentaatiota ja tietosuojaa koskevat kysymykset.

Olemassa olevien hyvien käytäntöjen kuvaus on tärkeä osa käsikirjan sisältöä. Hyvien käytäntöjen tavoittamiseksi on tärkeää seurata sosiaali- ja terveysministeriön käynnistämän Palveluinnovaatiohankkeen etenemistä. Palveluinnovaatiohankkeessa kehitteillä oleva Innokylä ja erityisesti sen Innopankki ovat tärkeitä kehittyviä alustoja juuri tällaisen tiedon levittämiseen.

- 2009:
- 1 Sikiön poikkeavuuksien seulonta. Seulonta-asetuksen täytäntöönpanoa tukevan asiantuntijaryhmän muistio. (Moniste)  
ISBN 978-952-00-2754-4 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2755-1 (PDF)
  - 2 Selvitys EVO-pisteitä tuottaneista terveystieteellisistä julkaisuista vuosilta 2003-2005. (Vain verkossa)  
ISBN 978-952-00-2756-8 (PDF)
  - 3 Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi.  
ISBN 978-952-00-2767-4 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2768-1 (PDF)
  - 4 Raskaan olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon varmistaminen -työryhmän raportti. (Vain verkossa)  
ISBN 978-952-00-2769-8 (PDF)
  - 5 Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2009.  
ISBN 978-952-00-2770-4 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2771-1 (PDF)
  - 6 Enhetliga grunder för icke-brådskande vård 2009.  
ISBN 978-952-00-2772-8 (inh.)  
ISBN 978-952-00-2773-5 (PDF)
  - 7 Skenaarioita sosiaalimenoista. Terveystieteellisten vaikutukset ja analyysimallin esittely.  
ISBN 978-952-00-2774-2 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2775-9 (PDF)
  - 8 Sosiaali- ja terveysministeriön toimintasuunnitelma vuodelle 2009. (Vain verkossa)  
ISBN 978-952-00-2776-6 (PDF)
  - 9 Salme Kallinen-Kräkin . Kaste-ohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2008-2011. (Moniste)  
ISBN 978-952-00-2777-3 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2778-0 (PDF)
  - 10 Sosiaaliturvan uudistamiskomitean (SATA) ehdotus sosiaaliturvan kokonaisuudistuksen keskeisistä linjauksista. (Moniste)  
ISBN 978-952-00-2779-7 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2780-3 (PDF)
  - 11 Katja Uosukainen, Hanna-Leena Autio, Minna Leinonen. Tasa-arvosuunnitelmat ja palkkakartoitukset Suomessa 2008. (Moniste)  
ISBN 978-952-00-2781-0 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2782-7 (PDF)
  - 12 Mikko Wennberg, Olli Oosi, Kaisa Alavuotunki, Sirpa Juutinen, Henrik Pekkala. Sosiaalialan kehittämishankkeen arviointi. Loppuraportti: Tulosten ja vaikutusten arviointi.  
ISBN 978-952-00-2793-3 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2794-0 (PDF)

- 13 Selvitys ensihoidon ja sairaankuljetuksen kehittämisestä. Sairaankuljetuksen ja ensihoidon kehittämisen ohjausryhmän loppuraportti. (Vain verkossa)  
ISBN 978-952-00-2795-7 (PDF)
- 14 Tuottava, tuloksellinen ja laadukas työsuojeluvalvonta 2015. Työsuojeluhallinnon resurssityöryhmän raportti. (Moniste)  
ISBN 978-952-00-2796-4 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2797-1 (PDF)
- 15 Tupakkapoliittisia lakimuutoksia ja toimia valmistelevan työryhmän loppu- ja väliraportit. Ehdotukset tupakkalain ja tupakkaverolain muutoksiksi.  
ISBN 978-952-00-2806-0 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2807-7 (PDF)
- 16 Sanna Parrila. Perhepäivähoitohenkilöstön osaamisen kehittäminen. PERHOKE-hankkeen loppuraportti. (Moniste)  
ISBN 978-952-00-2808-4 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2809-1 (PDF)
- 17 Vaihtoehtohoitojen sääntelytarve. Vaihtoehtohoitoja koskevan lainsäädännön tarpeita selvittäneen työryhmän raportti. (Vain verkossa)  
ISBN 978-952-00-2810-7 (PDF)
- 18 Kosteusvauriot työpaikoilla. Kosteusvauriotyöryhmän muistio. (Moniste)  
ISBN 978-952-00-2811-4 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2812-1 (PDF)
- 19 Hannu Jokiluoma, Hannele Jurvelius. Työsuojelupiirien tuottavuusryhmän loppuraportti. (Moniste)  
ISBN 978-952-00-2813-8 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2814-5 (PDF)
- 20 Plan för mentalvårds- och missbruksarbete. Förslag av arbetsgruppen Mieli 2009 för att utveckla mentalvårds- och missbruksarbete fram till år 2015. (Vain verkossa)  
ISBN 978-952-00-2819-0 (PDF)
- 21 Huumausainepolitiikan kertomus v. 2008 valtioneuvostolle. (Vain verkossa)  
ISBN 978-952-00-2820-6 (PDF)
- 22 Toivo Niskanen, Hannu Kallio, Paula Naumanen, Jouni Lehtelä, Mika Lauhamo, Jorma Lappalainen, Jarmo Sillanpää, Erkki Nykyri, Antti Zitting, Matti Hakkola. Riskinarviointia koskevien työturvallisuus- ja työterveyssäännösten vaikuttavuus.  
ISBN 978-952-00-2821-3 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2822-0 (PDF)
- 23 Salme Kallinen-Kräkin. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma Kaste 2008-2011. Hankeavustusopas. (Vain verkossa)  
ISBN 978-952-00-2823-7 (PDF)
- 24 Neuvonta- ja palveluverkosto ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäjänä. (Vain verkossa)  
ISBN 978-952-00-2833-6 (PDF)