

Ikäihmisten palvelujen

LAATUSUOSITUS

ISSN 1236-2050

ISBN 978-952-00-2525-0 (nid.)

ISBN 978-952-00-2526-7 (PDF)

Kannen kuva: Mikkel Østergaard / GORILLA

Taitto: AT-Julkaisutoimisto Oy

Paino: Yliopistopaino, Helsinki 2008

TIIVISTELMÄ

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Helsinki 2008. 55 s.

(Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, ISSN 1236-2050; 2008:3)

ISBN 978-952-00-2525-0 (nid.), ISBN 978-952-00-2526-7 (PDF)

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto antoivat ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen vuonna 2001, jolloin laatusuositukset olivat uusia informaatio-ohjauksen välineitä. Nyt annettavassa, uusitussa laatusuosituksessa otetaan huomioon ikääntymispolitiikan ajankohtaiset valtakunnalliset linjaukset, laatusuositusten arviointien tulokset, uusien tutkimustietojen sekä toimintaympäristön muutokset. Erityisesti meneillään olevalla kunta- ja palvelurakennemuutostuksella on merkittäviä vaikutuksia ikääntyneiden palvelujärjestelmään. Sosiaali- ja terveysministeriö valmisteli laatusuosituksen yhteistyössä Suomen Kuntaliiton ja Stakesin kanssa.

Väestön ikärakenteen muuttuessa koko yhteiskunnan on sopeuduttava entistä iäkkäämmän väestön tarpeisiin. Laatusuositus tukee kuntia ja yhteistoiminta-alueita kehittämään ikäihmisten palveluita paikallisista tarpeista ja voimavaroista lähtien yhteistyössä kolmannen sektorin, yksityisten palveluntuottajien sekä asiakkaiden, omaisten ja muiden kunta-laisten kanssa. Ikärakenteen muutokseen varautumiseksi kuntia ohjataan laatimaan ikääntymispoliittinen strategia, jonka toimeenpano kytketään kunnan talousarvioon ja -suunnitelmaan. Strategian toteutumista seurataan säännöllisesti.

Laatusuosituksen tavoitteena on edistää ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä sekä parantaa palvelujen laatua ja vaikuttavuutta. Laatusuositus on tarkoitettu ikääntyneiden palvelujen kehittämisen ja arvioinnin välineeksi kuntien ja yhteistoiminta-alueiden päättäjille ja johdolle. Suositus koskee ikääntyneiden säännöllisesti käyttämiä sosiaali- ja terveystalv palveluja sekä laajemmin ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä edistäviä toimia.

Suomen perustuslain mukaan julkisen vallan on turvattava perus- ja ihmisoikeuksien toteutuminen, kuten oikeus yhdenvertaisuuteen ja välttämättömään huolenpitoon. Laatusuosituksessa määritellään ikääntyneiden palvelujen järjestämistä ohjaavat arvot ja eettiset periaatteet. Suositus sisältää strategisia linjauksia laadun ja vaikuttavuuden parantamiseksi kolmella osa-alueella: (1) hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja palvelurakenteen kehittäminen, (2) henkilöstön määrä, osaaminen ja johtaminen, (3) asumis- ja hoitoympäristöt.

Keskeisille ikääntyneiden palveluille asetetaan suosituksessa valtakunnalliset määrälliset tavoitteet, joiden pohjalta kunnat ja yhteistoiminta-

alueet asettavat kuntakohtaiset tavoitteet. Suositus painottaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä, ehkäisevän toiminnan ja kotona asumisen tukemisen ensisijaisuutta sekä kattavaa yksilökohtaista palvelutarpeen arviointia. Palveluvalikoimaa on monipuolistettava neuvonta- ja muilla ehkäisevillä palveluilla ja terveyttä, toimintakykyä ja kuntoutumista on tuettava kaikissa palveluissa. Suosituksessa kuvataan henkilöstön mitoitusperusteita ja annetaan suosituksia henkilöstön vähimmäismitoituksesta ympärivuorokautisessa hoidossa. Henkilöstön työhyvinvoinnin lisäämistä, gerontologisen osaamisen kehittämistä sekä johtajaosaamisen tärkeyttä korostetaan. Ikäihmisten asumis- ja hoitoympäristöjen laadun kehittäminen edellyttää panostusta esteettömyyteen, turvallisuuteen ja viihtyisyyteen. Suositus sisältää seurantaindikaattoreita, joiden avulla saadaan säännöllistä kuntakohtaista ja valtakunnallista tietoa suosituksen keskeisten sisältöalueiden toteutumisesta.

ASIASANAT

Hoito, ikääntyneet, laatu, palvelut, vanhusten palvelut, vanhustenhuolto

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ	3
ESIPUHE	7
1 JOHDANTO.....	9
2 PALVELUJEN LAADUN JA VAIKUTTAVUUDEN KEHITTÄMINEN	12
2.1 Palvelujen kehittämistä ohjaavat arvot ja eettiset periaatteet .	12
2.2 Kuntalaisten osallisuus palvelujen laadun kehittämisessä.....	14
2.3 Strategia toiminnan laadun ja vaikuttavuuden varmistajana.....	15
Strategian laatiminen ja sisältö.....	16
Strategian toimeenpano.....	17
Strategian seuranta ja toteutumisen arviointi	18
3 HYVINVOINNIN JA TERVEYDEN EDISTÄMISEN JA PALVELURAKENTEEN KEHITTÄMISEN STRATEGISET LINJAUKSET.....	20
3.1 Huomio hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen ja ehkäisevään toimintaan	20
3.2 Tavoitteena hyvinvointia ja terveyttä edistävä palvelurakenne	25
Ikäihmisten tarpeita vastaavat palvelut perustuvat kattavaan palvelutarpeiden arviointiin.....	26
Kuntouttava kotihoito.....	27
Pitkäaikaishoivan uudistaminen	28
Dementiaoireisten ihmisten erityistarpeet.....	28
3.3 Palvelurakenteen määrälliset ja laadulliset tavoitteet	29
4 HENKILÖSTÖÖN JA JOHTAMISEEN LIITTYVÄT STRATEGISET LINJAUKSET	32
4.1 Henkilöstön määrä ja tehtävä rakenne.....	33
4.2 Johtaminen ikäihmisten palveluissa – haasteena osaamisen ja työhyvinvoinnin kehittäminen	37
5 LAADUKKAAT ASUMIS- JA HOITOYMPÄRISTÖT	39
5.1 Esteettömyys ja turvallisuus tukevat omatoimisuutta	40
5.2 Pitkäaikaishoivan yksiköt.....	41

6 SEURANTAINDIKAATTORIT	44
Palvelutarveindikaattorit	44
Palvelurakenneindikaattorit	45
Henkilöstöön liittyvät indikaattorit	46
Muut indikaattorit	47
Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen indikaattorit	47
Talousindikaattorit	47
 Laatusuosituksessa käytettyjä käsitteitä.....	49
 Liite 1 Laskennallinen esimerkki eräiden palvelujen kattavuuden kustannusvaikutuksista vuosina 2006–2012.....	53

ESIPUHE

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto antoivat ensimmäisen Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen vuonna 2001. Laatusuosituksesta tehdyn arvioinnin mukaan kuntien ikääntyneiden palveluista vastaavat henkilöt pitivät laatusuositusta tärkeänä suunnittelun ja kehittämisen välineenä. Uudistetussa laatusuosituksessa on otettu huomioon hallitusohjelman linjaukset, ikääntymispolitiikan valtakunnalliset tavoitteet, laatusuositusten arviointien tulokset, uusin tutkimustieto sekä toimintaympäristön muutokset.

Uuden ikäihmisten palveluiden laatusuosituksen tavoitteena on edistää ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä, kaventaa ikääntyneiden hyvinvointi- ja terveyseroja sekä parantaa palvelujen laatua ja vaikuttavuutta. Laatusuositus tukee kuntia ja yhteistoiminta-alueita kehittämään ikäihmisten palveluja paikallisista tarpeista ja voimavaroista lähtien yhteistyössä ikäihmisten, muiden kuntalaisten, palvelun käyttäjien ja heidän läheistensä, järjestöjen, yrittäjien ja seurakuntien kanssa.

Suosituksessa tavoitteeksi asetettu palvelurakenteen muutos hillitsee toteutuessaan sosiaali- ja terveystalouden kustannusten kasvua. Mikäli palvelurakenteita ja toimintaa ei uudisteta, kustannusten kasvua on vaikea hillitä, kun väestön ikärakenne muuttuu nopeasti ja palvelutarpeet kasvavat.

Suosituksen on valmistellut sosiaali- ja terveysministeriö yhteistyössä Suomen Kuntaliiton ja Stakesin kanssa. Valmistelun aikana on järjestetty kaksi kuulemistilaisuutta, pyydetty lausuntoja ja järjestetty mahdollisuus kommentoida suosituksen luonnosta internetissä. Valmistelun aikana on myös pidetty yhteyttä lukuisiin asiantuntijoihin ja kuntien edustajiin. Kiitämme lämpimästi kaikkia, jotka ovat antaneet panoksensa laatusuosituksen uudistamiseen työn eri vaiheissa.

Helsingissä helmikuussa 2008

Sosiaali- ja terveysministeriö

Suomen Kuntaliitto

Peruspalveluministeri *Paula Risikko*

Toimitusjohtaja *Risto Parjanne*

Kansliapäällikkö *Kari Välimäki*

Johtaja *Jussi Merikallio*

1 JOHDANTO

Suomi ikääntyy seuraavien vuosikymmenten aikana nopeasti. Tämä kehitys haastaa erityisesti kuntien poliittiset päättäjät ja johdon tunnistamaan toimintaympäristön muutoksen suuntaa ja pohtimaan niitä keinoja, joilla ikääntyneiden palvelut järjestetään laadukkaasti: arvokkaasti ja asiakasta kunnioittaen, vaikuttavasti ja taloudellisesti kestävästi.

Ikääntyneiden palveluiden kehittämisessä laatusuosituksella on tärkeä paikkansa. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto antoivat ensimmäisen ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen keväällä 2001, jolloin laatusuositukset olivat informaatio-ohjauksen uusia välineitä. Laatusuositusten arvioinnit osoittavat, että suosituksia pidetään tarkoituksenmukaisina työvälineinä kunnissa: mitä enemmän konkreettisia tavoitteita laadun kehittämiseksi suosituksissa esitetään sitä käyttökelpoisempina niitä pidetään. Erityistä huomiota on arviointien mukaan kiinnitettävä suositusten toimeenpanoon. Toimeenpanoa voidaan vahvistaa koulutuksella ja tukemalla hankkeita, jotka liittyvät suosituksen keskeisten tavoitteiden toteuttamiseen kunnissa. Järjestelmällinen arviointitiedon keruu suosituksen asettamien tavoitteiden saavuttamisesta on tärkeä osa toimeenpanoa.

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus on ajantasaistettu ottamaan huomioon hallitusohjelman linjaukset, ikääntymispolitiikalle asetetut valtakunnalliset tavoitteet, laatusuositusten arviointien tulokset, uusi tutkimustieto sekä toimintaympäristön muutokset, joista erityisesti meneillään olevalla kunta- ja palvelurakennemuutoksella on mittavat vaikutukset ikääntyneiden palvelujärjestelmään. Suosituksen tavoitteena on lisätä ikäihmisten terveyttä ja hyvinvointia sekä parantaa palvelujen laatua ja vaikuttavuutta.

Suosituksessa esitetään ikääntyneiden palveluiden laadun parantamiseksi strategisia linjauksia kolmelle osa-alueelle: 1) hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen ja palvelurakenteeseen, 2) henkilöstöön ja johtamiseen, 3) asuin- ja hoitoympäristöihin. Erilaisilla valinnoilla on erilaiset seuraukset ikäihmisten hyvinvointiin ja kustannuksiin. Palvelurakenteen tavoitteellinen muuttaminen lisäämällä kotona asumista tukevia palveluita ja vähentämällä laitoshoidoa hillitsee toteutuessaan sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten kasvua. Mikäli rakennemuutosta ei tehdä, on kustannuksia vaikea hallita tilanteessa, jossa väestön ikärakenne muuttuu nopeasti ja palvelutarpeet kasvavat (liite 1).

Suositus painottaa huolellista varautumista ikärakenteen muutokseen: palvelurakenteen järjestelmällistä kehittämistä iäkkäiden kuntalaisten tar-

peiden pohjalta, palveluissa tarvittavan henkilöstön määrän ja osaamisen turvaamista sekä asumisen ja toimitilojen pitkäjänteistä kehittämistä. Varautumisen tueksi suositellaan laadittavaksi ikääntymispoliittinen strategia, jonka toteutumista seurataan säännöllisesti. Laatusuosituksen sisältö painottuu niihin laadun osatekijöihin, jotka luovat edellytykset prosessien toimivuudelle ja sitä kautta hyvälle tuloksille: ikäihmisten hyvinvoinnin ja terveyden myönteiselle kehitykselle.

Laatusuosituksen sisältö painottuu niihin laadun osatekijöihin, jotka luovat edellytykset prosessien toimivuudelle ja sitä kautta hyvälle tuloksille

Suositus on tarkoitettu ikääntyneiden palvelujen kehittämisen ja arvioinnin välineeksi kuntien ja yhteistoiminta-alueiden päättäjille ja johdolle. Vähintään 20 000 asukkaan kunnat tai yhteistoiminta-alueet hoitavat kunta- ja palvelurakennemuutosta koskevan puitelain mukaan eräin poikkeuksin sosiaalihuollon ja perusterveydenhuollon tehtävät, jotka käsittelevät suuren osan ikäihmisten säännöllisesti käyttämistä palveluista. Kunnilla ja yhteistoiminta-alueilla on vastuu ikäihmisten palvelujen järjestämisestä, ja ne vastaavat itse tuottamiensa ja muilta palveluntuottajilta hankkimiensa palvelujen laadusta. Kunnat ja yhteistoiminta-alueet huolehtivat siitä, että palvelut vastaavat väestön tarpeisiin ja ovat laadukkaita ja kustannusvaikuttavia. Koska toimintaympäristöt vaihtelevat, tarvitaan paikalliset olosuhteet huomioon ottavia ratkaisuja.

Suosituksen avulla kunnat ja yhteistoiminta-alueet voivat kehittää ikäihmisten palveluita pitkäjänteisesti, paikallisista tarpeista ja voimavaroista lähtien ja yhteistyössä järjestöjen, seurakuntien ja yksityisten palveluntuottajien kanssa. Suositus korostaakin julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin kumppanuutta ja painottaa myös kuntalaisten, asiakkaiden ja omaisten osallistumismahdollisuuksien lisäämistä. Suosituksen toteuttaminen luo eri toimijoille edellytyksiä parempiin osallistumis- ja vaikutusmahdollisuuksiin sekä laadukkaisiin ja vaikuttaviin palveluihin, jotka perustuvat kunnan ikääntyneen väestön tarpeisiin ja kattavaan ikääntyneiden asiakkaiden palvelutarpeen arviointiin.

Ikääntyneiden palvelujen laatusuositus koskee ikääntyneiden säännöllisesti käyttämiä palveluja, kuten kotihoitoa, omaishoidon tukea, palveluasumista, pitkäaikaista hoivaa ja hoitoa tehostetun palveluasumisen yksiköissä ja laitoksissa, sekä laajemmin ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä edistäviä toimia. Väestön ikääntymiseen varautumisessa on ikääntyneiden palveluiden ohella suunnittelun keskiöön nostettava yhteiskunnan tarve sopeutua entistä iäkkäämmän väestön tarpeisiin huomattavasti laajemmin. Kyse on ikääntymisen valtavirtaistamisesta kaikkeen toimintaan. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohella merkittäviä ratkaisuja tehdään asumis-, kulttuuri-, liikenne- ja sivistyspalveluiden sekä yhdyskuntasuunnittelun alueella, järjestösektorilla ja yksityisissä palveluissa. Vain joka

neljäs 75 vuotta täyttäneistä käyttää julkisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita säännöllisesti, ja kasvava joukko ikääntyneistä hankkii palveluita laajentuvilta yksityisiltä markkinoilta. Kaikki ikääntyneet ja myös muut kuntalaiset hyötyvät siitä, että asuin- ja muu elinympäristö on toimiva ja esteetön.

Laatusuosituksen aikaansaamia vaikutuksia on seurattava ja arvioitava säännöllisesti paikallisella ja valtakunnan tasolla. Suositus sisältää seurantaindikaattoreita, joiden avulla saadaan säännöllisesti tietoa suosituksen keskeisten sisältöalueiden toteutumisesta. Niiden lisäksi tarvitaan jatkossakin erillistä valtakunnallista arviointia, jossa arvioidaan laajasti suosituksen vaikutuksia ja suosituksen toimivuutta informaatio-ohjauksen välineenä.

2 PALVELUJEN LAADUN JA VAIKUTTAVUUDEN KEHITTÄMINEN

2.1 PALVELUJEN KEHITTÄMISTÄ OHJAAVAT ARVOT JA EETTISET PERIAATTEET

- Suomen perustuslain mukaan julkisen vallan on turvattava perus- ja ihmisoikeuksien toteutuminen mukaan lukien oikeus yhdenvertaisuuteen ja välttämättömään huolenpitoon.
- Ihmisarvoinen vanhuus edellyttää tietoisia arvovalintoja, jotka konkretisoidaan toimintasuunnitelmissa ja talousarvioissa palveluiden määrällisiksi ja laadullisiksi tavoitteiksi.
- Keskeisiä ihmisarvoisen vanhuuden turvaavia eettisiä periaatteita ovat
 - itsemääräämisoikeus
 - voimavaralähtöisyys
 - oikeudenmukaisuus
 - osallisuus
 - yksilöllisyys
 - turvallisuus.

Suomen perustuslain (25 §) mukaan julkisen vallan on turvattava perus- ja ihmisoikeuksien toteutuminen. Näistä oikeuksista ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen sisältöön vaikuttavat erityisesti oikeudet yhdenvertaisuuteen (6 §) ja sosiaaliturvaan (19 §), kuten välttämättömään huolenpitoon ja riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Näiden oikeuksien toteutuminen edellyttää palvelujen kehittämistä ja eri toimijoita ohjaavien arvojen ja eettisten periaatteiden määrittämistä, sillä tietoiset arvovalinnat ovat palveluiden laadun kehittämisen lähtökohta ja toiminnan arvioinnin perusta. Arvojen ja eettisten periaatteiden sisältö konkretisoituu lyhyen ja pitkän aikavälin toimintasuunnitelmissa ja talousarvioissa sekä palveluiden määrällisissä ja laadullisissa tavoitteissa.

Keskeinen perusarvo on ihmisarvon kunnioittaminen. Jokaiselle on turvattava oikeus arvokkaaseen vanhuuteen ja hyvään kohteluun asuin- ja hoitopaikasta ja hoidon ja palvelun tarpeesta riippumatta. Ihmisarvoisen elämän turvaavia eettisiä periaatteita ovat

- **itsemääräämisoikeus**, jonka toteutuminen edellyttää, että ikääntynyt ihminen pystyy tekemään tietoisia valintoja ja että hän saa päätöksentekoaan varten tietoa ja muuta tukea. Itsemääräämisoikeutta voidaan edistää ikäihmisten voimavaroja tunnistamalla, vahvistamalla ja käyttämällä **voimavaralähtöisyyden** periaatteen mukaisesti.
- **oikeudenmukaisuus**, joka liittyy inhimillisten tarpeiden tyydyttämiseen ja hyvinvointiin. Palvelujen oikeudenmukainen kohdentaminen edellyttää ikäihmisten yhdenvertaisuuden turvaavaa palvelutarpeen arviointia ja palveluiden yhtenäisiä myöntämisperusteita. Oikeudenmukaisuus tarkoittaa myös syrjinnän estämistä, epäoikeudenmukaisuuteen puuttumista ja erilaisuuden hyväksymistä.
- **osallisuus**, jota voidaan tarkastella sekä yksilön että laajemmin koko yhteiskunnan tasolla. Yksilön tasolla kyse on osallisuuden periaatteen tekemisestä näkyväksi ikääntyneiden palveluissa, sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitämisestä ja vahvistamisesta sekä sosiaalisen yhteenkuuluvuuden turvaamisesta niin, että ihminen on iäkkäänäkin yhteisönsä täysivaltainen jäsen. Laajemmassa tarkastelussa sosiaalinen osallisuus merkitsee ihmisten mahdollisuuksia vaikuttaa yhteiskunnan ja elinympäristön kehittämiseen.
- **yksilöllisyys**, joka korostaa ihmisen näkemistä ainutlaatuisena, yksilöllisenä persoonana. Palveluissa tehtäviä päätöksiä on arvioitava siltä kannalta, miten ne vaikuttavat ihmisen kykyyn kokea itsensä arvokkaaksi yksilöksi ja tuntea elämänsä mielekkääksi. Yksilöllisyys on vapautta ja valinnanmahdollisuuksia, mutta myös vastuunottoa omasta elämästä.
- **turvallisuus**, joka tarkoittaa fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen turvallisuuden luomista. Turvallisuuden periaatetta toteutetaan muun muassa turvaamalla sosiaalisen tuen ja palvelujen saatavuus ja laatu sekä luottamus palveluntuottajien ja kuntalaisten välillä, huolehtimalla asuin- ja hoitoympäristöjen palo- ja muusta turvallisuudesta sekä ehkäisemällä tapaturmia, väkivaltaa ja kaltoinkohtelua.

Eri ammattiryhmien eettiset periaatteet antavat ammattihenkilöstölle toimintaohjeita työhön, johon liittyy ammattiasemaan liittyvää valtaa ja mahdollisuuksia vaikuttaa asiakkaiden elämään. Mainittujen periaatteiden lisäksi eettisissä ohjeistoissa korostuu erityisesti vastuullisuuden periaate.

2.2 KUNTALAISTEN OSALLISUUS PALVELUJEN LAADUN KEHITTÄMISESSÄ

- Kuntalain mukaan kuntalaisille on turvattava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa asioiden suunnitteluun ja valmisteluun sekä saada tietoa vireillä olevista asioista ja niiden suunnittelusta.
- Iäkkäiden kuntalaisten tasavertaisen osallisuuden ja vaikuttamismahdollisuuksien turvaaminen on voimavara, joka luo edellytyksiä onnistuneelle ikääntymiselle ihmisten asuin- ja hoitopaikasta tai avun tarpeesta riippumatta.

Kuntalain (365/1995) mukaan valtuuston on pidettävä huolta siitä, että kunnan asukkailla ja palvelujen käyttäjillä on edellytykset osallistua ja vaikuttaa kunnan toimintaan, asioiden suunnitteluun ja valmisteluun. Kunnan on tiedotettava asukkaalleen kunnassa vireillä olevista asioista, niitä koskevista suunnitelmista, asioiden käsittelystä, tehdyistä ratkaisuksista ja niiden vaikutuksista. Kunta voi vapaasti päättää, miten se tämän velvollisuutensa käytännössä toteuttaa. Perinteisen edustuksellisen demokratian ohella ja sen täydentämiseksi sovelletaan ja kehitetään suoran osallisuuden muotoja, kuten osallistuminen palvelujen tuottamista tai omaa asuinalueita koskevaan valmisteluun, suunnitteluun ja päätöksentekoon ja näistä tiedottamiseen.

Kuntalaisille on turvattava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa ikääntymispolitiikan strategiseen suuntaamiseen ja palvelujen laadun kehittämiseen. Tämä edellyttää, että kunnan ikäihmisten erilaiset voimavarat, kuten poliittiset, sosiokulttuuriset ja taloudelliset voimavarat, otetaan paremmin huomioon niin paikallisella kuin laajemmalla tasolla. Aktiivinen osallistuminen ja mielekäs tekeminen ovat myös onnistuvan ikääntymisen keskeisiä osatekijöitä.

Eri palveluissa on turvattava asiakkaiden mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelujen laadun kehittämiseen. Asiakkaan rooli on aktiivisimmillaan laadun kehittäjän rooli, jolloin asiakas osallistuu oman palvelunsa laadun kehittämiseen asettamalla laatutavoitteita, suunnittelemalla palvelun toteutusta ja arvioimalla palvelua voimavarojensa mukaisesti. Kaikilla, toimintakyvyltään heikoimmillakin, asukkailla on laadun kokijan rooli, jolloin asiakkaat tuovat esimerkiksi asiakastyytyväisyysmittausten tai omaisten kautta välittyvän palautteen avulla julki kokemuksiaan palvelun laadusta. Asiakaspalautetta on kerättävä säännöllisesti, ja saatu palaute on hyödynnettävä.

Asiakkaille ja muille kuntalaisille on turvattava mahdollisuuksia vaikuttaa kunnan ikääntymispolitiikkaan ja palvelujen laatuun.

Kunnan ikääntymispoliittisen strategian toteutumisesta sekä ikääntyneiden palvelujen laadun kehittymisestä on tiedotettava kuntalaisille. Kunnan pitää tiedottaa kuntalaisille myös

- mitä palveluja ja toimintamahdollisuuksia kunta tarjoaa ikääntyneille asukkailleen
- milloin ikääntynyt tai omainen on oikeutettu palveluun ja mitkä ovat palvelujen myöntämiskriteerit
- miten ikääntynyt ihminen pääsee palvelutarpeen arviointiin
- mitkä ovat asiakasmaksut ja niiden perusteet sekä mitä palveluja asiakasmaksut kattavat
- miten ikääntyneiden kuntalaisten elinolot ja palvelujen määrä ja laatu ovat kehittyneet.

Keskeisiä tiedottamisen välineitä ovat erilaiset tiedotteet, neuvontapalvelut, ehkäisevät kotikäynnit, palveluoppaat ja kunnan internet-sivut. Hyviä osallisuutta turvaavia väyliä ovat myös erilaiset tiedonvaihdon mahdollistavat foorumit, kuten asukasillat, yhteistyö järjestöjen, seurakuntien ja yksityisten palveluntuottajien kanssa sekä seniori- tai vanhusneuvostot.

2.3 STRATEGIA TOIMINNAN LAADUN JA VAIKUTTAVUUDEN VARMISTAJANA

- Tavoitteena on, että kunnalla on valtuuston hyväksymä ikääntymispoliittinen strategia, jonka toimeenpano on kytketty kunnan talousarvioon ja -suunnitelmaan.
- Strategian laadinnan lähtökohtana ovat kolmatta ja neljättä ikäänsä elävien kuntalaisten erilaiset tarpeet ja voimavarat sekä paikalliset olot.
- Strategia laaditaan yhteistyössä eri hallintokuntien, kuntalaisten, kolmannen sektorin, elinkeinoelämän ja muiden toimijoiden kanssa.
- Strategiassa määritellään visio ja strategiset linjaukset ikäihmisten hyvinvoinnin ja palvelujen turvaamiseksi niin, että palveluiden painopiste on lähipalveluissa.
- Strategisia linjauksia koskevien päätösten perustaksi tehdään ennakkoarviointia parhaiden vaihtoehtojen valitsemiseksi ja päätöksenteon perustelujen läpinäkyvyyden lisäämiseksi.
- Strategian toteutumista seurataan ja arvioidaan säännöllisesti.

STRATEGIAN LAATIMINEN JA SISÄLTÖ

Tavoitteena on, että jokaisella kunnalla on ajantasainen ikääntymispoliittinen strategia, jonka kunnanvaltuusto on hyväksynyt. Seudun tai yhteistointialueen kunnilla voi olla yhteinen strategia. Laatimiseen osallistuvat eri hallintokuntien edustajat, kuntalaiset, palvelujen käyttäjät ja omaiset sekä keskeiset sidosryhmät, kuten vanhusneuvostot, järjestöt, seurakunnat ja elinkeinoelämä.

Ikääntymispoliittinen strategia perustuu kattavaan palvelujen ja väestön hyvinvoinnin ja terveyden nykytilan analyysiin ja toimintaympäristön muutosten ennakointiin. Ikäihmisistä osa on aktiivisia ja omatoimisia seniorikansalaisia, osa tarvitsee runsaasti apua ja palveluja. Osa kuuluu eri vähemmistöihin, kuten etnisiin ja kielivähemmistöihin. Strategia ottaa huomioon ikäihmisten erilaiset tarpeet ja voimavarat.

Laaja-alainen ikääntymispoliittinen strategia ottaa ikääntyneen väestön huomioon kunnan kaikessa toiminnassa, kuten yhdyskuntasuunnittelussa, liikenne- ja asuntopoliitikassa, kulttuuri- ja harrastustoiminnassa, oppimisen ja osallisuuden mahdollistamisessa, hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä sekä palveluissa. Strategiassa määritellään visio eli yhteinen tahtotila ja strategiset linjaukset sekä eri toimijoiden vastuut näiden toteuttamisessa. Hyvä visio ja linjaukset perustuvat julkiseen arvokeskusteluun kunnassa.

Kunnissa tarvitaan laaja-alaisia ikääntymispoliittisia strategioita, jotka perustuvat kattavaan palvelujen sekä väestön hyvinvoinnin ja terveyden analyysiin.

Linjausten pohjaksi tehdään ikäihmisten hyvinvointiin ja terveyteen kohdistuvien vaikutusten ennakoarviointia. Ennakoarvioinnin tavoitteena on parantaa päätöksenteon laatua: auttaa parhaiden mahdollisten vaihtoehtojen valinnassa, tehdä päätöksenteon perustelut näkyviksi, edistää hyvinvointi- ja terveysnäkökohtien huomioon ottamista, tukea osallistumista ja sitoutumista sekä tarjota keskustelumahdollisuuksia arvoista. Arviointi etenee vaihtoehtojen kuvaamisen ja vaikutusten tunnistamisen kautta vaihtoehtojen vertailuun ja päätöksentekoon ja se toteutetaan hankkimalla tarvittavat perustiedot valmisteilla olevista asiakokonaisuuksista, konsulttimalla asiantuntijoita ja ikäihmisiä ja/tai yhteisinä työkokouksina. Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi voidaan toteuttaa laajana tai nopeutettuna. Nopeaa ennakoarviointia käytetään sellaisenaan päätöksenteossa ja laajemman ennakoarvioinnin tarpeen tunnistamiseksi. Laaja ennakoarviointi edellyttää tarkkaa suunnitelmaa ja voimavaroja.

Kunta voi tuottaa vastuullaan olevat palvelut itse tai yhteistyössä muiden kuntien kanssa. Se voi myös hankkia palvelut ostopalveluina yksityisiltä tai julkisilta palveluntuottajilta tai vaihtoehtoisesti antaa palvelun käyttäjälle palvelusetelin, jolla tämä hankkii palvelun yksityisiltä palveluntuottajilta. Kuntayhtymillä ja isäntäkunnilla on käytössä vastaavat palve-

lujen tuottamistavat kuin kunnilla. Ikääntymispoliittinen strategia sisältää palvelurakenteeseen ja palvelujen tuottamiseen liittyvät linjaukset. Tuottamiseen liittyvät linjaukset ovat myös osa kunnan tai kuntien yhteistä palvelustrategiaa.

Arjen sujumisen kannalta lähipalvelut ovat keskiössä.

Ikäihmisten kannalta on tärkeää, mitä palveluja on tarjolla ja mistä niitä saadaan. Saatavuuden perusteella palvelut voidaan jakaa lähipalveluihin, seudullisiin ja laajaa väestöpohjaa edellyttäviin palveluihin. Ikäihmiset tarvitsevat näitä kaikkia, mutta arjen sujumisen kannalta keskiössä ovat lähipalvelut. Lähipalvelut tuodaan kotiin tai ne tuotetaan kodin lähellä. Lähipalveluja ovat esimerkiksi ehkäisevät palvelut, palvelutarpeen arviointi, kotihoito, omaishoidon tuki ja gerontologinen sosiaalityö. Seudullisesti palvelut tuotetaan esimerkiksi silloin, kun ne edellyttävät erityisosaamista tai kun seudullisella tuottamisella saadaan muuta lisäarvoa. Seudullisia palveluja voivat olla esimerkiksi dementiaoireisten erityispalvelut, vanhuspsykiatriseen hoitoon erikoistuneet yksiköt tai gerontologista asiantuntemusta välittävät yksiköt. Harvaan asutuilla alueilla on suositeltavaa järjestää myös liikkuvia palveluja asiakkaiden luo.

Ikääntymispoliittisen strategian linjaukset sisällytetään kuntastrategiaan ja muihin hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ohjelmiin. Ikääntyneiden palvelujen henkilöstöä koskevat linjaukset kytetään osaksi kunnan tai kuntien muuta henkilöstöstrategiaa.

STRATEGIAN TOIMEENPANO

Ikääntymispoliittisen strategian toteutus on pitkäaikainen prosessi, joka edellyttää kunnan ammatillisen ja luottamushenkilöjohton sekä henkilöstön saumatonta yhteistyötä, toimivaa johtajuutta ja sitoutumista asetettujen strategisten tavoitteiden toimeenpanoon.

Valtuustotasolla hyväksytty strategia kytetään kunnan ydinprosesseihin, kuten suunnitteluun, budjetointiin, kehittämistoimintaan ja arviointiin. Strategian tärkeimmät tavoitteet otetaan mukaan valtuustotason tavoitteisiin, jolloin niiden toteuttamiseen osoitetaan myös tarvittavat voimavarat. Strategian saattamiseksi käytäntöön voidaan laatia erillinen toimeenpano-ohjelma, jossa tavoitteet konkretisoidaan seurattaviksi osatavoitteiksi, täsmennetään vastuut ja tarvittavat toimenpiteet ja aikataulut sekä sovitaan arvioinnista.

Strategian onnistunut laatiminen ja toteutus edellyttävät henkilöstön aktiivista osallistumista kaikissa vaiheissa. Strategia avataan toimialan, toimintayksikön, tiimin ja yksittäisen työntekijän tavoitteiksi ja toiminnaksi. Kehityskeskustelut työntekijöiden ja esimiesten välillä ovat tärkeä linkki

ketjussa, joka johtaa strategisista tavoitteista päivittäiseen työhön. Ikääntymispoliittinen strategia ohjaa myös kehittämishankkeiden valintaa. Kehittämishankkeet ovat yksi muutosjohtamisen väline, ja niiden on liityttävä kiinteästi strategian tavoitteiden toteuttamiseen. Riittävä viestintä on tärkeää niin henkilöstölle kuin kuntalaisillekin. Viestintä on toteutettava järjestelmällisesti esimerkiksi määrittämällä vuosittain tiedottamisen painopisteet, keskeiset tapahtumat ja vastuuhenkilöt.

STRATEGIAN SEURANTA JA TOTEUTUMISEN ARVIOINTI

Selkeä ja ytimekäs analyysi kunnan ikääntyneiden palveluiden, terveyden ja hyvinvoinnin nykytilasta on seurannan ja arvioinnin lähtökohta. Sen pohjalta voidaan käydä kansalaiskeskustelua. Kuntajohto tarvitsee tietoa kehityssuunnista ja siitä, millaisia muutoksia toimintaan mahdollisesti on tehtävä. Lautakunnat ja toiminnallinen johto tarkastelevat oman toimialansa tuloksellisuutta, vaikuttavuutta, tehokkuutta ja asiakkaiden tyytyväisyyttä. Esimiehet ja työntekijät tarvitsevat työnsä suunnitteluun ja arviointiin yksityiskohtaisia raportteja, vertailulukuja ja asiakaspalautteita. Raportoinnissa keskitytään kunnan toiminnan kannalta olennaisimpiin asioihin.

Strategian toteutumista on seurattava ja arvioitava säännöllisesti.

Arvioinnin tuloksena tehtävät johtopäätökset ohjaavat toimintaa ja vaikuttavat uusien tavoitteiden asettamiseen tai entisten tarkistamiseen. Arvioinnin tehtävä on valtuustotasolla osoittaa strategioiden tarkistamisen tarpeet ja kehittämisen kohteet. Arviointi on osa kunnan johtamisen ydinprosesseja ja toiminnan jatkuvaa kehittämistä.

Kunnan tarkastuslautakunta arvioi, ovatko valtuuston asettamat toiminnalliset ja taloudelliset tavoitteet toteutuneet. Arvioinnin tarkoituksena on kertoa, onko toiminta ollut onnistunutta kunnan ja erityisesti kuntalaisten ja palvelun käyttäjien kannalta. Ikääntymispoliittinen strategia on pitkän aikavälin ohjelma ikääntyneiden hyvinvoinnin ja palvelujen turvaamiseksi. Eri strategioiden toteutumisen seuranta on keskeinen osa myös tarkastuslautakunnan arvioinnissa. Tarkastuslautakunta voi ottaa ikääntymispoliittisen strategian ja sen toteutumisen määräajoin tarkemman arvioinnin kohteeksi.

Kunnan arviointijärjestelmä sisältää valtuuston ja lautakuntien arvioinnin ohella kytkennät toimintayksiköissä toteutettuun arviointiin. Arvioinnin ketju alkaa valtuustosta ja ulottuu toiminnan eri tasojen kautta yksittäisen työntekijän kanssa käytyihin kehityskeskusteluihin saakka.

Ikääntymispoliittisen strategian seurannassa ja arvioinnissa käytetään yhteisesti sovittuja määrällisiä ja laadullisia arviointimenetelmiä ja indi-

kaattoreita sekä tarkoituksenmukaista vertailutietoa. Seuranta- ja arviointiedot julkistetaan vuosittain ja huolehditaan, että tietoja hyödynnetään uuden suunnittelukierroksen tavoitteiden asettamisessa.

Kuvio 1. Kunnan tai kuntien ikääntymispoliittinen strategia



3 HYVINVOINNIN JA TERVEYDEN EDISTÄMISEN JA PALVELURAKENTEEN KEHITTÄMISEN STRATEGISET LINJAUKSET

3.1 HUOMIO HYVINVOINNIN JA TERVEYDEN EDISTÄMISEEN JA EHKÄISEVÄÄN TOIMINTAAN

- Kansanterveyslaki ja sosiaalihuoltolaki sisältävät velvoitteita ja terveyden edistämisen laatusuositus suosituksia kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi sekä niihin liittyvän neuvonnan turvaamiseksi.
- Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen keskiössä ovat
 - onnistuvan ikääntymisen turvaaminen
 - terveellisten elintapojen edistäminen ja sairauksien ehkäisy
 - hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen
 - itsenäisen suoriutumisen ja turvallisuuden tukeminen
 - lihaskuntoa ja tasapainoaisia vahvistavien ja ylläpitävien liikuntamahdollisuuksien lisääminen
 - varhainen puuttuminen terveydentilan ja toimintakyvyn heikkenemiseen
 - sairauksien tehokas hoito ja kuntoutus
 - gerontologisen mukaan lukien geriatriksen asiantuntemuksen vahvistaminen.
- Ikäihmisille on turvattava mahdollisuus saada neuvontaa ja ohjausta matalan kynnyksen neuvontapisteissä.
- Ehkäisevät kotikäynnit on lisättävä kuntien palveluvalikoimaan ja kohdennettava niille ikäihmisille, jotka eivät ole sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaina mutta kuuluvat riskiryhmiin.
- Kuntoutuspalvelujen sisältöä on kehitettävä, erityisesti kotiin annettavia kuntoutuspalveluja.
- Hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi on toimittava tavoitteellisesti yhteistyössä julkisen, kolmannen ja yksityisen sektorin eri toimijoiden kesken.

Ikäihmisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämällä ja neuvontapalveluiden kehittämällä on lainsäädännöllinen perusta. Kansanterveyslaki (66/1972) sisältää veloitteen huolehtia kunnan asukkaiden terveysneuvonnasta ja terveystarkastuksista sekä seurata kunnan asukkaiden terveydentilan ja siihen vaikuttavien tekijöiden kehitystä väestöryhmittäin. Kunnilla on myös velvollisuus huolehtia terveysnäkökohtien ottamisesta huomioon kunnan kaikissa toiminnoissa sekä tehdä yhteistyötä terveyden edistämiseksi muiden kunnassa toimivien julkisten ja yksityisten tahojen kanssa. Sosiaalihuoltolain (710/1982) mukaan kunnan on huolehdittava muun muassa ohjauksen ja neuvonnan järjestämisestä, sosiaalihuollon ja muun sosiaaliturvan etuuksista ja niiden hyväksikäyttämisestä sekä sosiaalihuoltoa ja muuta sosiaaliturvaa koskevan tiedotustoiminnan järjestämisestä. Kuntaa myös veloitetaan toimimaan alueellaan sosiaalisten olojen kehittämiseksi ja epäkohtien poistamiseksi.

Ikäihmisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen ja kuntoutukseen kannattaa panostaa, koska

- hyvinvointi ja terveys vaikuttavat ratkaisevammin sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeeseen sekä palvelujen kustannuksiin ja rahoituksen kestävyyskuin ikääntyneiden määrän lisääntyminen sinänsä;
- ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden koheneminen tukee itsestä suoriutumista, kotona asumista ja mahdollisuuksia toimia aktiivisena yhteisön ja yhteiskunnan jäsenenä;
- on olemassa tutkimusnäyttöä ennalta ehkäisyyn, riskien hallinnan, varhaisen puuttumisen ja kuntoutuksen vaikuttavuudesta.

Kuntalaisten hyvinvointia ja terveyttä edistetään juurruttamalla entistä ikääntymään väestön tarpeisiin vastaaminen eri hallinnonalojen suunnitteluun ja kehittämistoimintaan. Hyvinvoinnin ja terveyden sekä kotona asumisen mahdollisuuksien kannalta tärkeitä ratkaisuja tehdään paitsi sosiaali- ja terveydenhuollossa myös asumis-, kulttuuri-, liikunta- ja liikennepalveluissa sekä yhdyskuntasuunnittelussa, kuten kaavoituksessa ja maankäytössä.

Eri hallinnonalojen suunnittelun lähtökohdaksi on otettava mahdollisimman monen ikäihmisen mahdollisuus elää omaehtoista, täysipainoista

Suunnittelun lähtökohdaksi on otettava mahdollisimman monen ikäihmisen mahdollisuus elää omaehtoista, täysipainoista ja mielekästä elämää omassa kodissa.

ja mielekästä elämää omassa kodissa tutussa elinympäristössä. Rakennetun ympäristön ja liikenteen esteettömyys sekä yleisten palvelujen saavutettavuus vähentävät sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeita ja kustannuksia. Ympäristön ja liikennevälineiden esteettömyys on tärkeä osa liikkumisen edistämistä ja osallisuuden tukemista. Ikäihmisten maksuttomat tai edulliset liikuntamahdollisuudet tukevat erityisesti lihaskunnan ja tasapainon vahvista-

mista. Harrastus-, virkistys- ja kuntoutustoiminta sekä mahdollisuus vertaistukeen ovat tärkeitä sekä ikääntyneille että heidän omaishoitajilleen. Tekemällä hyvää yhteistyötä järjestöjen, seurakuntien ja vapaaehtoistyön kanssa kunnat hyödyntävät myös niiden voimavarat ikääntyneiden osallisuuden ja aktiivisen elämän tukemisessa.

Ehkäisevällä, toimintakykyä ylläpitävällä toiminnalla voidaan ehkäistä ja siirtää hoidon ja palvelujen tarvetta myöhemmäksi. Kun ikääntyneiden toimintakyvyn ja terveydentilan heikkenemiseen ja sosiaalisiin ongelmiin puututaan mahdollisimman varhain, ehkäistään toimintakyvyn vajausten syntymistä ja ongelmien kasautumista ja kärjistymistä. Varhainen puuttuminen edellyttää erilaisten ehkäisevien ja kuntouttavien työmenetelmien ja palvelujen käyttöönottoa ja lisäämistä.

Omais- ja läheiset ja muu lähiyhteisö ovat tärkeitä ikäihmisten hyvinvoinnin turvaajia. Ikäihmiset vastaavat omasta hyvinvoinnistaan ensisijaisesti itse ja lähiverkostonsa avulla. He käyttävät pääosin samoja palveluja kuin muutkin kuntalaiset. Palvelujärjestelmän tehtävänä on tukea, ohjata ja motivoida ihmisiä kantamaan vastuuta omasta hyvinvoinnistaan ja terveydestään. Hyvinvoinnin ja terveyden ylläpitämisessä on hyödynnettävä tutkittua tietoa.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ja keskeisiä sisältöjä ovat:

1. Onnistuvan ikääntymisen turvaaminen
 - osallisuuden tukeminen
 - sosiaalisten verkostojen ylläpitäminen
 - mahdollisuuksien turvaaminen liikuntaan, oppimiseen, kulttuuritoimintaan ja muuhun mielekkääseen tekemiseen
 - 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 lihaskunnan 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 kaltoinkohteluun sekä muihin sosiaalisiin ongelmiin
6. Sairauksien tehokas hoito ja kuntoutussuunnitelmaan perustuva kuntoutus
 - turvallinen lääkehoito¹, joka noudattaa Turvallinen lääkehoito -oppaan ja Vanhusten turvallinen lääkehoito -kuntatiedotteen ohjeistusta
 - somaattisten sairauksien, mukaan lukien suun terveysongelmien, mielenterveysongelmien, erityisesti masennuksen, ja muistihäiriöiden varhainen tunnistaminen, hoito ja kuntoutus
7. Gerontologisen, mukaan lukien geriatriksen, asiantuntijuuden vahvistaminen

NEUVONTAKESKUKSET²

Ikääntyneet ja heidän omaisensa tarvitsevat neuvontaa ja ohjausta ikäänymiseen, terveyteen ja sosiaalisiin ongelmiin liittyvissä asioissa sekä siinä, mistä ja miten tukea ja palveluja voi tarvittaessa saada. Tähän tarpeeseen vastataan matalan kynnyksen neuvontakeskuspalveluin. Tavoitteena on, että kaikilla ikäihmisillä ja heidän omaisillaan on mahdollisuus saada tietoa, neuvontaa ja ohjausta liikunta- ja muista harrastusmahdollisuuksista, järjestöjen toiminnasta, palvelu- ja asumisvaihtoehdoista, apuvälineistä ja tapaturmien ehkäisystä. Neuvontapisteiden palveluvalikoimaan voidaan sisällyttää toimintakyvyn ja terveydentilan arviointia ja seuranta sekä palveluohjausta. Mahdollisuus saada henkilökohtaista neuvontaa on tärkeää omaehtoisen internetin hyödyntämisen lisäksi. Neuvontapalvelut voidaan järjestää osittain kuntien yhteistyönä sekä yhteistyössä järjestöjen, seurakunnan ja vapaaehtoistoimijoiden kanssa.

¹ Turvallisen lääkehoidon turvaamiseksi on tuotettu seuraavat valtakunnalliset ohjeet:

- Vanhusten turvallinen lääkehoito: Kuntien velvoitteet. Kuntatiedote 6/2007. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Oppaia 2005:32. Sosiaali- ja terveysministeriö.

² Hallituksen Terveyden edistämisen politiikkaohjelmaan sisältyy koko maan kattavan ikääntyneiden neuvontakeskusten verkoston luominen. Sosiaali- ja terveysministeriö on asettanut ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä koskevan työryhmän, jonka yhtenä tehtävänä on neuvontakeskustoiminnan hyvien käytäntöjen kehittäminen. Työryhmän määräaika päättyi vuoden 2008 lopussa.

EHKÄISEVÄT KOTIKÄYNNIT

Ehkäisevät kotikäynnit mahdollistavat varhaisen puuttumisen ikäihmisten toimintakyvyn ja terveydentilan heikkenemiseen ja tukevat kotona asumista. Käyntien tarkoituksena on arvioida ja tukea itsenäistä suoriutumista, tiedottaa palveluista, selvittää hyvinvointia ja terveyttä vaarantavia riskitekijöitä sekä kodin ja lähiympäristön turvallisuutta. Ehkäisevillä kotikäynneillä voidaan myös ennakoida yksilöllisten palveluiden tarvetta.

Ehkäisevät kotikäynnit kohdennetaan ensisijaisesti niille ikäihmisille, jotka eivät ole säännöllisten sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakkaina. Eri-tyshuomio on kohdennettava riskiryhmiin, joita ovat esimerkiksi sosio-ekonomiselta asemaltaan heikossa asemassa ja syrjäytymisvaarassa olevat, monisairaavat tai sairaalakierteessä olevat ikäihmiset, kaatumis- ja muille tapaturmille alttiit henkilöt, hiljattain leskeytyneet ja yksinäiset ikäihmiset. Riskiryhmien tavoittaminen on haaste, joka edellyttää moniammatillista ja -toimijaista yhteistyötä. Kun riskiryhmään kuuluvat on tavoitettu, on huolehdittava riittävästä seurannasta, jotta toimintakyvyn ja terveydentilan mahdollinen heikkeneminen havaitaan ajoissa ja tarvittava hoito ja palvelut voidaan viivytyksettä käynnistää.

KUNTOUTUS

Akuuttihoidon jälkeen nopeasti käynnistyvä kuntoutus ja kuntouttava hoito ovat tuloksellisia, ja niihin panostaminen estää tehokkaasti pitkäaikaiseen laitoshoitoon joutumista. Kaikissa ikääntyneiden palveluissa otetaan käyttöön toimintakykyä ja kuntoutumista edistävä työtapa ja sen lisäksi hyödynnetään kohdennetusti varsinaisia kuntoutusmahdollisuuksia. Kuntoutuksen kohdentaminen edellyttää kuntoutustarpeiden ja -perusteiden tarkkaa määrittämistä, jotta ne ikäihmiset, jotka hyötyvät kuntoutuksesta, saavat tarkoituksenmukaiset kuntoutuspalvelut.

Asiakkaiden kotiutumiseen tähtäviä kuntoutusjaksoja ja kotona annettavaa kuntoutusta tarvitaan lisää. Lyhyiden laituskuntoutusjaksojen jälkeen kuntoutus siirretään mahdollisimman nopeasti asiakkaan kotiin ja varmistetaan tiedonkulku laitoksen ja kotihoidon välillä.

Eriyisosaamista vaativan kuntoutuksen järjestäminen nykyistä suurempiin, kuten seudullisiin toimintayksiköihin tehostaa voimavarojen käyttöä, jolloin kuntoutuspalvelujen tuottamisedellytykset paranevat. Erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen tiivis yhteistyö parantaa kuntoutusketjun toimivuutta. Veteraanikuntoutukselta saatua osaamista voidaan hyödyntää kuntoutuspalvelujen kehittämisessä.

3.2 TAVOITTEENA HYVINVOINTIA JA TERVEYTTÄ EDISTÄVÄ PALVELURAKENNE

- Palvelurakennetta on kehitettävä kokonaisuutena hyödyntäen tietoa ikääntyneiden kuntalaisten elinoloista, sairastavuudesta ja toimintakyvystä.
- Kattavalla yksilötason palvelutarpeen arvioinnilla turvataan asiakkaiden palvelun laatu ja vaikuttavuus. Arviointitietoa voidaan hyödyntää kunnan tai seudun palvelujärjestelmän suunnittelussa.
- Palvelujärjestelmää on kehitettävä niin, että pääpaino on ympärivuorokauden kotona asumista mahdollistavissa ja tukevissa palveluissa.
- Kotihoidon asiakkaiden palveluiden laatu ja vaikuttavuus turvataan nimeämällä asiakkaille vastuuhenkilö tai -pari (koordinaattorit) ja vahvistamalla konsultaatiomahdollisuuksia niin, että käytettävissä on riittävä gerontologisen hoito- ja sosiaalityön sekä geriatrian asiantuntemus.
- Dementiaoireisten ihmisten tarpeet on otettava palvelurakenteen kehittämisessä erityisesti huomioon.
- Pitkäaikaishoivan rakenteet uudistetaan tavoitteena ikäihmisten toiveiden mukaiset kodinomaiset yksiköt, jolloin terveyskeskusten vuodeosastoilla voidaan keskittyä akuuttihoitoon ja kuntoutukseen.
- Kaikkiin palveluihin on sisällytettävä ikäihmisten mahdollisuus toimintakykyä ja kuntoutumista edistävään hoitoon ja palveluun.
- Palveluiden kattavuudelle on asetettava konkreettiset määrälliset tavoitteet, joiden toteutumista seurataan tarkoituksenmukaisin indikaattorein.

IKÄIHMISTEN TARPEITA VASTAAVAT PALVELUT PERUSTUVAT KATTAVAAN PALVELUTARPEIDEN ARVIOINTIIN

Tieto kunnan tai seudun väestön toimintakyvystä, sairastavuudesta sekä väestörakenteen ja asuin- ja elinolojen kehityksestä auttaa kuntia kehittämään ikääntyneiden kuntalaisten tarpeita vastaavia palveluita. Erityisesti dementoivat sairaudet, heikko fyysinen toimintakyky, puutteelliset lähipalvelut, yksin asuminen, asuin- ja lähiympäristön esteellisyys ja sosiaalisten verkostojen puute lisäävät ikääntyneiden palvelujen tarvetta.

Kattava palvelutarpeiden arviointi yksilötasolla on tärkeää, sillä sen turvin voidaan varmistaa asiakkaalle laadukkaat ja vaikuttavat palvelut. Kiireellisissä tapauksissa sosiaalipalvelujen tarve on arvioitava viipymättä. Kiireettömissä tapauksissa on 80 vuotta täyttäneillä ja Kelan maksaman ylimmän hoitotuen saajilla oikeus sosiaalihuollon palvelutarpeen arviointiin viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä yhteydenotosta kunnan viranomaiseen (Sosiaalihuoltolaki 710/1982, 40a §)³. Palvelutarpeen arvioinnin tuloksia voidaan hyödyntää myös koko kunnan tai seudun palvelujärjestelmän suunnittelussa.

Laadukkaat ja vaikuttavat palvelut edellyttävät kattavaa palvelutarpeiden arviointia yksilötasolla ja arviointitiedon hyödyntämistä kuntatasolla.

Palvelutarpeen arvioinnin hyvät käytännöt⁴ yksilötasolla ovat

- toimintakyvyn eri ulottuvuuksien – fyysisen, kognitiivisen, psyykkisen ja sosiaalisen sekä ympäristötekijöiden – kattava arviointi;
- arvioinnin tekeminen moniammatillisena yhteistyönä sekä yhteistyössä asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa;
- arvioinnissa käytettävien työvälineiden (toimintakyvyn mittarit) huolellinen valinta, joka perustuu riittävään näyttöön välineiden luotettavuudesta⁵;
- perehtyminen toimintakyvyn arviointiin, menetelmien käyttöön, kerättyjen tietojen analysointiin ja tulosten tulkintaan.

Kunnan ja seudun palvelutarjontaa on aina tarkasteltava kokonaisuutena, sillä sen eri osat vaikuttavat toisiinsa. Palvelurakenteen kehittämisen strategisissa linjauksissa asetetaan ikääntyneiden kuntalaisten palveluille ja

³ Oikeuden ikäraja on tarkoitus alentaa 75 vuoteen 1.1.2009 alkaen.

⁴ Palvelutarpeiden arviointikäytänteiden kehittämiseksi on annettu sosiaali- ja terveysministeriön kuntatiedote (5/2006): Ikäihmisten toimintakyvyn selvittäminen osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa.

⁵ Kansanterveyslaitos koordinoi TOIMINTAKYVYN MITTAAMISEN JA ARVIOINNIN ASIANTUNTIJAVERKOSTON työtä. Verkoston ikääntyneiden toimintakyky -jaoksen tavoitteena on sopia iäkkäiden toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin määrittelyistä, kartoittaa kotimaiset toimijat, luoda tietokanta hankkeista, mittareista/arviointimenetelmistä ja niiden käyttökelpoisuudesta sekä laatia suosituksia.

palvelutoiminnan voimavaroille mitattavissa olevat määrälliset ja laadulliset tavoitteet, määritellään toimenpiteet tavoitteiden saavuttamiseksi ja sovitaan tavoitteiden saavuttamisen järjestelmällisestä arvioinnista. Palvelurakennetta kehitettäessä etusijalle asetetaan erilaiset hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistävät palvelut, itsenäistä suoriutumista ja kotona asumista mahdollistavat palvelut sekä kuntoutuspalvelut.

KUNTOUTTAVA KOTIHOITO

Laadukas kotihoito on ennakoivaa. Se perustuu kattavaan toimintakyvyn arviointiin ja reagoi asiakkaiden terveydentilan ja toimintakyvyn muutoksiin ripeästi. Laadukas kotihoito on kuntoutumista edistävää ja vastaa tavoitteellisesti ikääntyneiden asiakkaiden fyysisiin, kognitiivisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin kuntoutumisen tarpeisiin. Kuntouttavan työtteen käyttö tarkoittaa, että asiakkaita kannustetaan ja tuetaan käyttämään jäljellä olevia omia voimavarojaan arjen askareissa. Kotona asumista tukeva kuntoutus painottuu avopalveluihin, kuten kotona annettaviin kuntoutusmuotoihin.

Tavoitteena on, että kotihoidon asiakkaille tarjotaan palvelua ympärivuorokautisesti ilta- ja yöpartiotoiminnan turvin. Asiakkaiden ja omaisten turvallisuudentunnetta voidaan vahvistaa ja siten tukea kotona annettavan hoidon jatkumista nimeämällä vastuuhenkilö tai -toimipiste, johon he tarvittaessa voivat ottaa yhteyttä ympärivuorokautisesti.

Koti- ja omaishoitoa voidaan tukea myös järjestämällä kuntouttavaa päivätoimintaa ja lyhytaikaista ympärivuorokautista hoitoa asiakkaiden toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja hoitavan omaisen vapaan mahdollistamiseksi. Myös sairaalasta kotiutumista tukevien palvelujen, kuten eri sektorien yhteistyönä toteutettavien kotiutustiimien laajempi käyttöönotto on suositeltavaa, jotta sairaalahoidossa oleville saadaan hyvät edellytykset kuntoutua takaisin kotiin.

Ikääntyneet tarvitsevat henkilökohtaisissa päivittäistoiminnoissa avustamisen ja sairaanhoidon lisäksi tukea arjessa selviytymiseen, kuten apua kodinhoitoon ja asioimiseen. Tähän tarpeeseen vastataan riittävällä ja monipuolisilla koti- ja tukipalveluilla ja huolehtimalla asiakkaiden palveluohjauksesta, jonka avulla kunnallinen, yksityinen ja kolmannen sektorin palvelutarjonta voidaan yhdistää asiakaslähtöisesti. Jos palveluja hakeva henkilö ei täytä kunnan asettamia palvelun saannin kriteerejä tai kunta ei tarjoa asiakkaan tarvitsemia palveluja, ikääntynyttä kuntalaista ei jätetä yksin ongelmineen, vaan yhdessä hänen ja hänen omaistensa kanssa selvitetään muita palveluvaihtoehtoja. Palveluseteli on yksi tapa järjestää kotipalvelun ja kotisairaanhoidon palveluita ja täydentää kuntien palvelutuotantoa.

Julkisia palveluja käyttäville asiakkaille järjestetään mahdollisuus saada ohjausta ja neuvontaa siinä, miten he voivat täydentää palveluvalikoimaansa omarahoitteisesti itse haluamillaan lisäpalveluilla.

Palveluiden laatu ja vaikuttavuus varmistetaan nimeämällä vastuuhenkilö tai –pari kotihoidon koordinaattoriksi ja turvaamalla heille konsultatiomahdollisuudet, jotta käytettävissä on riittävä gerontologisen hoito- ja sosiaalityön sekä geriatrian asiantuntemus.

PITKÄAIKAISHOIVAN UUDISTAMINEN

Ikääntyneiden kuntalaisten pitkäaikaishoiva on uudistettava rakenteita ja toimintatapoja muuttamalla. Sellainen pitkäaikainen hoito terveyskeskusten vuodeosastoilla, joka ei ole lääketieteellisesti perusteltua, on korvattava muilla vaihtoehdoilla. Tällöin terveyskeskusten vuodeosastot voivat keskittyä joustavasti ja nopeasti tarjolla olevaan akuuttihoitoon ja kuntoutukseen.

Pitkäaikainen hoiva on järjestettävä ikäihmisten omien toiveiden mukaisesti kotona tai kodinomaisissa ympäristöissä, kuten tehostetun palveluasumisen yksiköissä. Tavoitteena on myös luoda perinteisen vanhainkotihoidon ja terveyskeskusten vuodeosastoilla annettavan pitkäaikaisen laitoshoidon tilalle uusi hoivapalvelumuoto⁶, jossa on tarjolla asiakkaiden tarpeiden mukaista kuntouttavaa pitkäaikaista hoivaa, jossa hoitohenkilökuntaa on paikalla ympärivuorokauden ja jossa on lääkäripalveluita joustavasti saatavilla.

DEMENTIAOIREISTEN IHMISTEN ERITYISTARPEET

Dementoivat sairaudet ovat ikäihmisillä tärkeimpiä palvelutarvetta lisääviä tekijöitä. Dementiaoireisten ihmisten hoidon ja palvelujen järjestäminen on keskeinen kokonaisuus, kun suunnitellaan ja mitoitetaan ikääntyneiden palveluita. Riittäväillä ja tarkoituksenmukaisesti kohdennetuilla sosiaali- ja terveydenhuollon palveluilla voidaan tukea myös dementiaoireisten ihmisten asumista kotona nykyistä pidempään ja myöhentää laitoshoitoon siirtymistä. Erityisen tärkeää on turvata joustavat, dementoituvan ihmisen toimintakyvyn muutokseen sopeutetut palvelut koko hoito- ja palvelujatkumolla. Ihmiselle, jolla on diagnosoitu dementoiva sairaus, sekä hänen perheelleen turvataan mahdollisuus ensitietoon ja tukeen,

⁶ Sosiaali- ja terveysministeriö on käynnistänyt uuden hoivapalvelumuodon kehittämisen yhteistyössä Stakesin, kuntien ja muiden asiantuntijoiden kanssa.

palvelutarpeen arviointiin, palveluohjaukseen ja palveluihin sairausprosessin kaikissa vaiheissa. Tämä mahdollistuu vahvistamalla kumppanuutta palvelujen tuottamisessa.

Palvelujärjestelmää on kehitettävä niin, että pääpaino on kotona asu- mista mahdollistavissa ja tukevilla palveluissa. Erityisosaamista edellyttävistä palveluista sovitaan kunnan ikääntymispoliittisessa strategiassa ja myös seudullisesti. Hyvä esimerkki kuntien yhteistoiminnasta ovat dementoituvien vaikeisiin käyttösoireisiin keskittyneiden yksiköiden palvelut. Kuntien ikääntymispoliittisiin strategioihin on perusteltua sisällyttää erillinen dementiaoireisten palvelukokonaisuuksia koskeva osio, jossa otetaan huomioon myös moniongelmaisten, kuten päihdeongelmista kärsivien, dementoituneiden ihmisten palvelutarpeet.

3.3 PALVELURAKENTEEN MÄÄRÄLLISET JA LAADULLISET TAVOITTEET

Palvelurakenteen kehittäminen ja mitoittaminen perustuu kunnan tai yhteistoiminta-alueen ikääntyneiden palveluiden kehittämistä ohjaavaan visioon ja ikääntymispoliittisen strategian linjauksiin. Ikäihmisten tarpeisiin voidaan eri kunnissa ja yhteistoiminta-alueilla vastata erilaisin palvelukokonaisuuksin.

Tarve lisätä ehkäisevää, toimintakykyä ylläpitävää toimintaa yhdistää kaikkia kuntia. Ehkäisevää toimintaa ja palveluita on lisättävä, monipuoliset ja uudistettava tukemaan ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä.

Kotihoidon kattavuutta on nostettava lähemmäksi tutkimusten osoittamaa tarvetta. Kattavuuden parantaminen on perusteltua myös siitä syystä, että se kohentaa edellytyksiä tarjota palveluja ajoissa ja ennakoiden. Lisäämällä säännöllisen kotihoidon ja omaishoidon tuen palveluja voidaan lisätä erityisesti dementiaoireisten ja mielenterveysongelmaisten henkilöiden kotona asumisen mahdollisuuksia.

Ikääntyneiden asuinolojen koheneminen ja kotihoidon laajentuminen vähentävät tavallisen palveluasumisen tarvetta, jolloin palveluasumisen tarve painottuu entistä enemmän tehostettuun palveluasumiseen.

Riittävä kotihoito ja tehostettu palveluasuminen sekä uudentyyppisten hoivapalvelujen kehittäminen mahdollistavat pitkäaikaisen laitoshoidon osuuden vähentämisen.

Säännölliselle kotihoidolle, omaishoidon tuelle, tehostetulle palveluasumiselle ja laitoshoidolle asetettujen tavoitteiden toteutumista voidaan arvioida valtakunnallisista tilastoista ja rekistereistä saatavan seurantatiedon avul-

Riittävä kotihoito ja tehostettu palveluasuminen sekä uudenlaiset palvelukonseptit mahdollistavat pitkäaikaisen laitoshoidon vähentämisen.

la. Ehkäisevistä palveluista ja päivätoiminnasta ei vielä ole käytettävistä valtakunnallisia seurantaindikaattoreita, mutta myös näille palveluille asetettujen tavoitteiden toteutumista on säännöllisesti arvioitava kunnissa.

Valtakunnallisina tavoitteina vuoteen 2012 mennessä on, että 75 vuotta täyttäneistä henkilöistä⁷

- 91–92 prosenttia asuu kotona itsenäisesti tai kattavan palvelutarpeen arvioinnin perusteella myönnettyjen tarkoituksenmukaisen sosiaali- ja terveyspalvelujen turvin
- 13–14 prosenttia saa säännöllistä kotihoitoa
- 5–6 prosenttia saa omaishoidon tukea
- 5–6 prosenttia on tehostetun palveluasumisen piirissä
- 3 prosenttia on hoidossa vanhainkodeissa tai pitkäaikaisessa hoidossa terveyskeskusten vuodeosastoilla

Kunnat ja yhteistoiminta-alueet asettavat omissa ikääntymispoliittisissa strategioissaan kuntakohtaiset tavoitteet palveluille iäkkäiden kuntalaisten tarpeiden ja paikallisten voimavarojen pohjalta. Tavoitteita on asetettava myös hyvinvointia ja terveyttä edistäville ehkäiseville palveluille sekä kotona asumista tukevalle päivätoiminnalle ja jaksottaishoidolle.

Palvelujen laadun ja vaikuttavuuden turvaaminen edellyttää toimivia palveluketjuja. Ikääntyneiden kotona asumisen ja arjen sujuvuuden tueksi tarvitaan yhteistä palvelunäkemyksiä, jossa sosiaalihuolto, perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido sekä muut palveluja tuottavat tahot toimivat saumattomasti. Sosiaali- ja terveydenhuollon hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmia laadittaessa palvelujen tavoitteet sovitetaan yhteen, jolloin vältetään päällekkäistä työtä. Asiakaslähtöisessä hoidossa ja palvelussa myös asiakkaan perhe ja muut asiakkaalle tärkeät ihmiset otetaan mukaan palvelujen suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Tavoitteena on, että asiakkaalle laaditaan yksi kirjallinen sosiaali- ja terveydenhuollon hoito- ja palvelu- tai muu vastaava suunnitelma, jonka avulla toteutetaan eri toimijoiden välinen saumaton yhteistyö ja tuotetaan asiakkaalle toimiva ja laadukas palvelukokonaisuus. Yksittäisen asiakkaan suunnitelmaa laadittaessa huolehditaan siitä, että palveluista perittävät maksut eivät aiheuta asiakkaalle kohtuutonta rasitusta (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 745/1992, 11 §).

Palvelujen laadun ja vaikuttavuuden turvaaminen edellyttää toimivia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluketjuja.

⁷ Ks. käsitelmäritellyt Laatusuosituksessa käytetyt käsitteet -luvusta s. 49.

Asiakaslähtöisyys on hyvän hoidon ja palvelun keskeinen osatekijä. Hoito- ja palveluprosessien asiakaslähtöinen suunnittelu ja toteutus perustuvat asiakkaan tarpeiden, voimavarojen ja toimintaympäristön huolelliseen ja monipuoliseen arviointiin. Arviointi luo pohjan toimintakykyä ja kuntoutumista edistävän toiminnan tavoitteelliselle toteutukselle, joka on läpikäyvä laatutekijä kaikissa ikääntyneiden palveluissa ehkäisevistä palveluista pitkäaikaiseen laitoshoitoon asti. Kaikissa palveluissa arvioidaan, ylläpidetään ja edistetään asiakkaiden toimintakykyä ja kuntoutumista käyttämällä apuna toimintakykymittareita tai arviointijärjestelmiä sekä asiakkaan ja omaisten haastatteluja ja havainnointia. Tiedot merkitään asiakas- ja potilastietojärjestelmiin ja huolehditaan siitä, että tieto on aina ajan tasalla.

Laadukas palvelutoiminta

- on asiakaslähtöistä ja mahdollistaa asiakkaan ja hänen omaistensa osallistumisen palvelua koskevaan suunnitteluun, päätöksentekoon ja arviointiin
- perustuu kattavaan palvelutarpeen, elinympäristön ja asiakkaan voimavarojen arviointiin niin, että ihmisen fyysiset, kognitiiviset, psyykkiset, sosiaaliset, kielelliset ja kulttuuriset tarpeet ja voimavarat sekä ympäristötekijät arvioidaan
- on tavoitteellista ja säännöllisesti arvioitua; se toteutetaan yhden kirjallisen hoito-, kuntoutus- tai palvelusuunnitelman mukaisesti
- perustuu toimintakykyä ja kuntoutumista edistävään työtöteeseen
- toteutetaan yhteistyössä asiakkaan, eri palveluntuottajien sekä omaisten ja lähihenkilöiden kanssa
- toteutuu oikea-aikaisesti ja turvallisesti
- hyödyntää olemassa olevaa tutkimustietoa ja tietoa hyvistä käytännöistä
- on vaikuttavaa eli saavuttaa palveluille asetetut yksilölliset ja yhteiskunnalliset tavoitteet.

4 HENKILÖSTÖÖN JA JOHTAMISEEN LIITTYVÄT STRATEGISET LINJAUKSET

- Henkilöstön mitoittamisen peruslähtökohta on asiakkaiden toimintakyky ja avun tarve.
- Ikääntyneiden palveluissa toimivan henkilöstön määrä, tehtävärakenne sekä työhyvinvoinnin ja työturvallisuuden turvaaminen on sisällytettävä osaksi ikääntymispoliittista strategiaa sekä kunnan tai yhteistoiminta-alueen henkilöstöstrategiaa.
- Henkilöstön määrää ja tehtävärakennetta suunniteltaessa on noudatettava ammatillisen henkilöstön kelpoisuutta ja ammatinharjoittamisoikeutta koskevassa lainsäädännössä määriteltyjä kelpoisuusvaatimuksia ja otettava huomioon sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön tehtävärakennesuosituksen.
- Henkilöstön osaaminen on varmistettava suuntaamalla tavoitteellinen täydennyskoulutus arvioitujen osaamistarpeiden mukaisesti ja noudattamalla sosiaali- ja terveydenhuollon täydennyskoulutussäädöksiä ja -suosituksia.
- Tavoitteena on, että kaikilla ikääntyneiden palveluissa toimivilla työntekijöillä on sosiaali- ja/tai terveydenhuollon ammatillinen koulutus sekä perus-, jatko- ja/tai täydennyskoulutuksessa hankittu gerontologinen asiantuntemus.
- Ikääntyneiden palveluissa on turvattava ammattitaitoinen ja riittävä johto
- Henkilöstön työhyvinvointia ja työturvallisuutta on edistettävä.

Henkilöstön määrä, osaaminen ja työhyvinvointi ovat palveluiden laadun ja vaikuttavuuden varmistamisen perusta. Ikääntyneiden palveluissa toimivan henkilöstön määrään, osaamiseen, työhyvinvointiin ja -turvallisuuteen liittyvät strategiset linjaukset sisällytetään ikääntymispoliittiseen strategiaan ja kytetään osaksi kunnan tai yhteistoiminta-alueen henkilöstöstrategiaa. Strategisten linjausten lähtökohtana on, että kunnalla on käytettävissä ikääntyneiden palveluiden kehittämistä ohjaavan vision ja strategian toteuttamiseen tarvittava määrä ammattitaitoista henkilöstöä mukaan lukien osaava johto.

Henkilöstöstrategia laaditaan yhteistyössä henkilöstön, johtotehtävissä toimivien ja poliittisten päätöksentekijöiden kanssa, jolloin jo valmistelu-prosessi onnistuessaan sitouttaa eri toimijat tulevia haasteita ennakoivan strategian toteuttamiseen.

Kunnan henkilöstöstrategian ikäihmisiä koskevissa linjauksissa otetaan huomioon seuraavat osa-alueet:

- Henkilöstövoimavarojen paikallinen ja alueellinen ennakointi
- Henkilöstön määrän ja tehtävärakenteen suunnittelu ja suunnitelman toimeenpano
- Tulevaisuuden osaamistarpeiden määrittämiseen perustuva osaamisen kehittäminen
- Työhyvinvoinnin ja -turvallisuuden edistäminen
- Kannustava ja motivoiva palkitseminen
- Asiakkaiden ja henkilöstön monikulttuuristuminen
- Arviointi- ja johtamisjärjestelmien kehittäminen henkilöstön osaamisen ja työhyvinvoinnin turvaamiseksi sekä toiminnan tavoitteiden saavuttamiseksi.

4.1 HENKILÖSTÖN MÄÄRÄ JA TEHTÄVÄRAKENNE

Henkilöstön mitoittamisessa on asiakkaiden fyysisen, kognitiivisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ja hoitoisuuden oltava suunnittelun keskiössä. Olennaisen tärkeää on ottaa huomioon asiakkaiden oikeudet ja toiminnalle asetetut laatu- ja vaikuttavuusvaatimukset eli se, mitä halutaan saada aikaan. Henkilöstön mitoittamisen haasteena on lisäksi turvata saumaton hoito- ja palvelukokonaisuus ja palveluiden jatkuvuus asiakkaille sekä minimoida henkilöstön vaihtuvuus.

Mitoittamisessa otettava huomioon asiakkaiden oikeudet ja toiminnalle asetetut laatu- ja vaikuttavuustavoitteet.

Henkilöstömitoitusta suunniteltaessa on varmistettava mitoituksen dynaamisuus, kuten se, miten henkilöstön lyhyt- ja pidempiä aikaista poisaoloa pystytään korvaamaan sijaisilla. Dynaamisuutta on myös se, että henkilöstöä voidaan tilapäisesti siirtää eri toimipisteisiin silloin, kun asiakkaiden hoitoisuuden muutokset sitä edellyttävät, kuten saattohoitotilanteissa.

Henkilöstömitoitus on onnistunut silloin, kun asiakkaiden hoito- ja palvelutarpeet on otettu huomioon ja riittävä määrä ammattitaitoista henkilöstöä tuottaa määrältään, laadultaan sekä vaikuttavuudeltaan tarkoituksenmukaisia palveluja asiakkaille inhimillisesti ja kustannustehokkaasti.

Henkilöstömitoitusta suunniteltaessa ja arvioitaessa otetaan huomioon seuraavat tekijät:

1. Asiakkaiden toimintakyky ja avun tarve
 - asiakkaiden avun tarve, josta saadaan tieto kattavan palvelutarpeen arvioinnin avulla
 - erityisosaamista edellyttävien asiakkaiden määrä, kuten käytösoireiset dementia-asiakkaat ja vanhuspsykiatriset asiakkaat
 - asiakkaiden oikeudet saada riittävät ja tarpeen mukaiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut oikea-aikaisesti
2. Palvelurakenne, palvelujen tuottaminen ja saatavuus
 - palvelurakennetta ja eri palvelujen kattavuutta koskevat tavoitteet kunnassa tai yhteistoiminta-alueella
 - palvelujen tuottamistavat (oma tuotanto, ostopalvelut, palveluseteli) ja saatavuus (lähipalvelut, seudulliset palvelut)
 - yksikön tarjoamien erilaisten palvelujen, kuten kuntouttavan lyhytaikashoidon tai päivätoiminnan, vaikutukset
 - ympäristötekijät, kuten toimintayksikön koko, rakenteellinen toimivuus ja turvallisuus (yöpäivähoito) ja välimatkat kunnan sisällä (kotihoido)
3. Henkilöstöön ja työn organisointiin liittyvät tekijät
 - henkilöstön mahdollisuus tuottaa laadultaan ja vaikuttavuudeltaan tarkoituksenmukaisia palveluja asiakkaille
 - asiakastyöhön osallistuvan henkilöstön koulutus rakenne sekä osaaminen ja osaamisen täysi hyödyntäminen
 - toiminnan organisointi ja toteutus, kuten asiakkaiden avun tarpeen huomioon ottaminen työvuorosunnittelussa ja henkilöstön yhteiskäytön mahdollisuus
 - henkilöstön riittävyys erityistilanteissa, esimerkiksi saattohoidossa
 - henkilöstön työhyvinvointia kuvaavat tunnusluvut, kuten lyhyt- ja pitkäaikaiset sairauspoissaolot ja vaihtuvuus.

Henkilöstön tehtävärakenteen suunnittelussa on noudatettava ammatillisen henkilöstön kelpoisuuslaeissa ja -asetuksissa määriteltyjä kelpoisuusvaatimuksia (Sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista annettu laki 272/2005 ja asetus 608/2005; Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annettu laki (559/1994) ja asetus (564/1994) ja sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön tehtävärakennesuosituksia⁸).

⁸ Sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön tehtävärakennesuositus. Julkaisuja 2007:14. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Tavoitteena on, että kaikilla ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalveissa toimivilla työntekijöillä on sosiaali- ja/tai terveydenhuollon ammatillinen koulutus sekä perus-, jatko- ja/tai täydennyskoulutuksessa hankittu gerontologinen asiantuntemus. Henkilöstön osaaminen on varmistettava suuntaamalla tavoitteellinen täydennyskoulutus arvioituihin osaamistarpeisiin ja noudattamalla sosiaali- ja terveydenhuollon täydennyskoulutussuosituksia ja säännöksiä sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta (Sosiaalihuoltolaki 710/1982, muutos 50/2005, Kansanterveyslaki 66/1972, muutos 992/2003 ja Erikoissairaanhoidotolaki 1062/1989, muutos 993/2003; asetus terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta 1194/2003).

Henkilöstömitoitukseen eri palveluissa lasketaan asiakkaan välittömään hoitoon osallistuvat työntekijät, kuten koulutetut kotiaivustajat ja kodinhoitajat, perus- ja lähihoitajat, sosiaalialan ohjaajat ja -kasvattajat, sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat, geronomit sekä lähiesimiehet, kuten osastonhoitajat. Mikäli yksikössä kuitenkin toimii muuta asiakkaiden välittömään hoitotyöhön osallistuvaa henkilöstöä, kuten hoito- ja laitospulaisia, joilla ei ole sosiaali- ja/tai terveydenhuollon ammatillista peruskoulutusta, heidät sisällytetään henkilöstömitoitukseen vain sillä osuudella kun heidän työnsä käsittää asiakkaiden perustarpeisiin vastaamista, kuten auttamista peseytymisessä, ruokailussa ja wc-käynneillä. Silloin, kun hoito- ja laitospulaiden työ käsittää esimerkiksi vain siivoustehtäviä, heitä ei lasketa henkilöstömitoitukseen. Palveluasumisen ja laitoshoidon yksiköissä työskentelee myös terapiahenkilöstöä, fysioterapeutteja ja toimintaterapeutteja, jotka voivat toimia useissa toimipisteissä tai eri osastoilla. Tällöin heidät sisällytetään henkilöstömitoitukseen työpanostaan vastaavalla osuudella. Jos esimerkiksi kokoaikainen työntekijä työskentelee osastolla 20 prosenttia työajastaan, hänen hoitotyöpanoksensa osastolla on 0,2.

Edellä mainittujen ammattiryhmien lisäksi ikäihmisten toimintakykyä ja elämänlaatua voivat merkittävästi tukea myös muiden alojen, kuten luovan työn ammattilaiset (esimerkiksi muusikin tai kuvallisen ilmaisen perustutkinnon suorittaneet), joiden osaaminen ja työpanos turvaavat ikäihmisille mielekkään tekemisen, itsensä toteuttamisen ja esteettistä kokemuksista nauttimisen mahdollisuuksia ja muulle henkilökunnalle mahdollisuuksia oppia sosiokulttuurista työtä. Sosiokulttuuriseen työhön ikääntyneiden parissa kuuluvat kaikki luovat menetelmät, kuten musiikki, draama, kuvallinen ilmaisu, kirjallisuus ja kirjoittaminen. Tällaisen työn voimavarojen turvaamiseksi on tärkeää tehdä yhteistyötä kulttuuritoimen ja järjestöjen kanssa.

Kotihoidon henkilöstön mitoituksen kehittämiseksi⁹ sosiaali- ja terveysministeriön työryhmässä on kehitetty laskennallinen malli, joka on parhaillaan pilotoitavana kunnissa. Mallissa henkilöstön määrällinen tarve arvioidaan seuraavia tekijöitä käyttäen:

- 65–74-vuotiaiden ja 75 vuotta täyttäneiden lukumäärä kunnassa
- alle ja yli 75-vuotiaiden prosentuaalinen osuus kotihoidon käyttäjinä
 - a) Kotihoidon asiakkaiden prosentuaalinen osuus 65–74-vuotiaista
 - b) 75 vuotta täyttäneiden kotihoidolle asetettu prosentuaalinen kattavuustavoite
- Tieto kotihoidon intensiteetistä (toteutuneiden asiakastyöhön ja muuhun työhön käytettyjen tuntien keskiarvo kuukaudessa)
- Tieto kotihoidossa työskentelevien henkilöiden määrästä.

Sosiaali- ja terveysministeriö antaa sosiaalihuollon henkilöstön, mukaan lukien kotihoidon henkilöstön, valtakunnalliset mitoitusosuudet vuoden 2008 loppuun mennessä.

Ympärivuorokautisen hoidon kehittämisen tavoitteena on turvata hyvä hoito, jonka laatua ja vaikuttavuutta arvioidaan. Valtakunnallinen suositus¹⁰ ympärivuorokautisen hoidon henkilöstön vähimmäismääräksi on 0,5–0,6 hoitotyöntekijää asiakasta kohden vuorokaudessa. Korkeampi vaihtoehto vähimmäismitoitukseksi (0,6) on suositeltava silloin, kun asiakkailla on vaikeita somaattisia tai käytösoireita tai kun hoitoympäristön koko ja/tai rakenteelliset puitteet aiheuttavat henkilökunnan lisätarpeita. Hyvä henkilöstön mitoitus ympärivuorokautisessa hoidossa on 0,7–0,8. Mikäli lääketieteellistä hoitoa vaativia asiakkaita on pitkäaikaishoidossa terveyskeskusten vuodeosastoilla, vähimmäismitoitus on 0,6–0,7 ja hyvä mitoitus 0,8 hoitotyöntekijää asiakasta kohden. On kuitenkin muistettava, että mitoituksen lähtökohdina ovat aina asiakkaat tarpeineen riippumatta siitä, minkä nimisessä yksikössä he ovat.

Suosittelun henkilöstömitoitus tarkoittaa todellista mitoitusta, jossa poissaolevien työntekijöiden osuus korvataan sijaisilla. Pysyvä varahenkilöjärjestelmä on tästä syystä yksi perusteltu ratkaisuvaihtoehto, joka voidaan toteuttaa myös usean kunnan yhteistyönä. Suunnitelman mukaisen mitoituksen toteutuminen on tärkeää asiakkaiden turvallisuuden ja työntekijöiden työhyvinvoinnin näkökulmasta. Mitoituksen lisäksi on merkityk-

⁹ Laatusuosituksen uudistamisen yhteydessä on kehitetty laskentamallia kotihoidon henkilöstön määrän arvioimiseksi. Laskentamalli pilotoidaan sosiaali- ja terveysministeriössä meneillään olevassa hankkeessa.

¹⁰ Vuonna 2005 valtakunnallinen keskiarvo tehostetussa palveluasumisessa oli 0,46–0,55, vanhainkodeissa 0,52 ja terveyskeskusten vuodeosastoilla 0,66.

sellistä, että henkilöstö jaetaan eri työvuoroihin siten, että asiakkaille turvataan mahdollisuus normaaliin elämään ja tarvittavaan hoitoon kaikkina vuorokauden aikoina.

Myös lääkäri työvoiman saatavuudesta on huolehdittava. Vaikka kaikilla hoidon tarvitsijoilla on mahdollisuus päästä terveyskeskukseen, kotihoitossa huolehditaan siitä, että asiakkailla on mahdollisuus myös vuotuisen lääkärintarkastukseen. Ympäri vuorokautisessa hoidossa on hyvä käytäntö se, että lääkäri käy yksiköissä sovituin väliajoin. Tällöin asiakkaiden terveydentila ja hoidon tarve voidaan arvioida ja toteuttaa tarkoituksenmukainen hoito, mukaan lukien lääkehoidon säännöllinen arviointi. Asiakkaiden akuutteihin hoidon tarpeisiin vastaamiseksi ympärivuorokautisessa hoidossa on oltava selkeät ja dokumentoidut toimintakäytännöt, jotka ovat kaikkien työntekijöiden tiedossa.

4.2 JOHTAMINEN IKÄIHMISTEN PALVELUISSA - HAASTEENA OSAAMISEN JA TYÖHYVINVOINNIN KEHITTÄMINEN

Ikääntymispoliittisen strategian ja henkilöstöstrategian ikääntyneiden palveluja koskevien linjausten toimeenpano on perusta ikäihmisten palvelujen johtamiselle. Kaiken johtamisen tavoitteena on, että työyksiköt, organisaatit ja kunnat voivat saavuttaa toiminnalle asetetut määrälliset ja laadulliset tavoitteet. Johtamisella vaikutetaan paitsi henkilöstön määrään ja osaamiseen myös henkilöstön työhyvinvointiin ja työturvallisuuteen. Näillä kaikilla on yhteys palvelujen laatuun ja vaikuttavuuteen. Johtamistehtävä edellyttää valmiuksia niin strategiseen kuin osaamisenkin johtamiseen sekä taloushallintoon. Olennaista on myös verkostoitua tarkoituksenmukaisella tavalla.

Johtamisella vaikutetaan paitsi henkilöstön määrään ja osaamiseen myös henkilöstön työhyvinvointiin ja työturvallisuuteen. Näillä kaikilla on yhteys palvelujen laatuun ja vaikuttavuuteen.

Ammatillisen työn johdon eli lähiesimiesten vastuulla on työn tarkoituksenmukainen organisointi, työkäytäntöjen ja henkilöstön osaamisen uudistaminen sekä työyhteisön ja työntekijöiden hyvinvoinnin ja työturvallisuuden lisääminen. Ammatillisen työn johtaminen edellyttää johtamisosaamisen ohella hyvää sosiaali- ja terveysalan ammatillista ja yhteistyöosaamista osaamista sekä ikääntyneiden hoitoon ja palveluun liittyvää erityisasiantuntemusta.

Henkilöstön määrän ja koulutus rakenteen sekä osaamisen kehittämisen lähtökohdaksi on laaja gerontologinen näkemys vanhenevasta ihmisestä. Ikäihmiset tarvitsevat yksilöllisten palvelutarpeidensa mukaan erilaisia sosiaali- ja terveyspalveluja. Osa ikäihmisistä tarvitsee myös erityispal-

veluita, kuten gerontologisen sosiaalityön palvelua. Johtajien ja esimiesten vastuulla on rekrytoida henkilöstö, jonka kokonaisuosaaminen vastaa kullekin palvelulle tai hoidolle asetettuja tavoitteita.

Koska henkilöstön osaaminen on yhteydessä palvelun laatuun ja vaikuttavuuteen, laaditaan työyksikössä koko henkilöstöä koskeva lyhyen ja pitkän aikavälin koulutussuunnitelma. Täydennyskoulutuksesta ja sen vaikuttavuuden seurannasta sekä arvioinnista ovat vastuussa esimiehet, mutta myös henkilöstöllä itsellään on vastuuta oman osaamisensa kehittamisestä.

Työyksiköissä tarvitaan myös työkykyä ylläpitävä toimintaohjelma. Työn ja työyhteisön ominaisuudet vaikuttavat keskeisesti paitsi työssä oppimiseen myös työntekijöiden sitoutumiseen työyksikön tavoitteiden saavuttamiseen ja työssä jaksamiseen. Johtajien ja esimiesten tehtävä on huolehtia työntekijöiden työhyvinvoinnista esimerkiksi pitämällä työkuormitus kohtuullisena. Työnantaja on myös velvollinen antamaan työntekijöille tarpeelliset tiedot työpaikan turvallisuuteen, terveellisyteen ja muihin työolosuhteisiin vaikuttavista asioista (Työturvallisuuslaki 738/2002). Myös henkilöstön jäsenet voivat esimiesten ohella edistää työyhteisön toimivuutta kehittämällä yhteistyötaitojaan.

Osaamisen, työhyvinvoinnin ja työturvallisuuden kehittämiseksi johtamisen tavoitteena on

- Turvata osaavan henkilöstön riittävä määrä
- Varmistaa henkilöstön osaamisen järjestelmällinen kehittäminen
- Hyödyntää työntekijöiden osaamista monipuolisesti
- Tukea työn hallittavuutta esimerkiksi jakamalla työyksikön asiakkaat ja henkilöstö tarkoituksenmukaisesti pienempiin ja helpommin hallittaviin kokonaisuuksiin, jolloin työn tavoitteet voidaan määrittää selkeästi
- Muuttaa toimintatapoja, kuten ohjata toimintakulttuuria avoimen keskustelun mahdollistavaksi, vähentää rutiininomaisuutta ja lisätä joustavuutta työn toteutuksessa
- Tunnistaa työntekijöiden hyvinvointia uhkaavia fyysisiä ja psyykkisiä kuormitustekijöitä, joita ovat asiakassuhteisiin liittyvät tekijät, rutiininomaisuus, itsenäisyyden puute, kiire ja työilmapiiriin ongelmat
- Etsiä aktiivisesti ratkaisuja tunnistettujen hyvinvointia uhkaavien tekijöiden poistamiseksi ja tukea työntekijöiden fyysisistä ja psyykkistä hyvinvointia sekä työssä viihtymistä
- Kohdella henkilöstöä oikeudenmukaisesti
- Tehdä johdonmukaisia, perusteltuja ja läpinäkyviä päätöksiä, jolloin ihmisiä kohdellaan samojen periaatteiden mukaan ja samat säännöt pätevät tänään ja huomenna.

5 LAADUKKAAT ASUMIS- JA HOITOYMPÄRISTÖT

- Tavoitteena ovat esteettömät, turvalliset ja viihtyisät asumis- ja hoitoympäristöt

Kotona asumisen edistämiseksi ja tulevaisuuden tilatarpeisiin varautumiseksi kunnan sosiaali- ja terveys-, asunto-, tekninen ja pelastustoimi yhdessä

- arvioivat kotihoitoa ja ehkäiseviä kotikäyntejä saavien ikääntyneiden asiakkaiden asuntojen muutos- ja peruskorjaustarpeen ottaen huomioon esteettömyys-, palo- ja muut turvallisuusnäkökohdat,
- arvioivat ikääntyneille tarkoitettujen palveluasuntojen ja laitosten tilojen esteettömyyttä ja turvallisuutta,
- asettavat arviointitiedon pohjalta asumis- ja hoitoympäristöjen uudistustarpeet tärkeysjärjestykseen ja laativat asuntojen ja tilojen parantamishjelman,
- lisäävät panostusta asiakasystävällisen teknologian hyödyntämiseen.

Pitkäaikaishoivaa tarjoavissa yksiköissä tavoitteena on, että

- asukashuoneet, käytävät, yhteistilat sekä piha-alueet ovat esteettömiä ja turvallisia,
- jokaisella asukkaalla on oma huone ja siihen liittyvä hygienia-tila, ellei asukas nimenomaan halua asua puolison tai muun yhteistä asumista toivovan asukkaan kanssa,
- uusiin pitkäaikaishoivaa tarjoaviin yksiköihin rakennetaan vain riittävän tilavia yhden hengen huoneita, joissa on oma hygienia-tila, ja vanhoja tiloja peruskorjattaessa tavoitteena on yhden hengen huoneiden osuuden lisääminen,
- ympäristö on dementiaoireisten ihmisten erityistarpeet huomioon ottava: turvallinen, selkeä ja orientoitumista helpottava,
- tilojen mitoitus on riittävä sekä tilojen joustavan käytön että hoitohenkilökunnan työturvallisuuden ja työssä jaksamisen kannalta,
- asukkaiden ulkoilumahdollisuudet lisääntyvät.

5.1 ESTEETTÖMYYS JA TURVALLISUUS TUKEVAT OMATOIMISUUTTA

Suurin osa ikääntyneistä asuu tavallisessa asunnossa, jonka he ovat valinneet vanhuutensa ajan asunnoksi. Kehittämällä asumisympäristöjen esteettömyyttä ja turvallisuutta voidaan parantaa ikäihmisten toimintakykyä ja edistää hyvinvointia ja terveyttä. Esteettömyyteen ja turvallisuuteen panostaminen parantaa kotona asumisen edellytyksiä mahdollistamalla ikääntyneen ihmisen voimavarojen mukaisen itsenäisen suoriutumisen, oman elämäntyylin ja -tavan jatkuvuuden, itsemääräämisen ja osallisuuden yhteisössä myös silloin, kun ihminen saa palveluja kotiin.

Esteettömyys tarkoittaa ympäristön soveltuvuutta esimerkiksi liikuntaesteisille ja aistivammaisille ihmisille. Esteetön ympäristössä ei ole portaita eikä tasoeroja, ja siinä pystyy liikkumaan pyörätuolilla. Esteetön suunnittelu käsittää myös valaistukseen, väri- ja materiaalivalintoihin sekä akustiikkaan liittyvien tekijöiden suunnittelua. Fyysisen esteettömyyden lisäksi huomiota on kiinnitettävä informaation käsittelyyn, sosiaalisten toimintojen ja palvelujen esteettömyyteen. Esteettömyyden periaatteen mukaisesti tuotteiden, tiedotteiden, palvelujen ja rakennetun ympäristön on oltava toimivia, helpokäyttöisiä ja helposti saavutettavia. Hyvin suunniteltu esteetön ympäristö ylläpitää ja edistää fyysistä, kognitiivista, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä, vähentää apuvälineiden tai avustajan tarvetta ja pienentää tapaturmariskejä. Se lisää omatoimisuutta ja tasa-arvoisuutta.

Esteettömyyttä ja turvallisuutta voidaan parantaa kodin muutostöin ja apuvälinein. Geronteknologia tukee osaltaan ikäihmisiä itsenäiseen ja omatoimiseen elämään. Hyvinvointi- ja läsnäolonteknologia, kuten turvarannekkeet ja muut turva-, muistutus- ja valvontajärjestelmät mahdollistavat ikääntyneen ihmisen terveydentilan ja turvallisuuden seurannan ilman ammattihenkilön läsnäoloa. Niin sanotun älykoteknologian yleistyessä ja sen käyttöliittymien kehittyessä ikäihmisten keinot hallita ympäristöään muuttuvat helpommiksi. Osallisuutta tukeva yhteydenpito omaisiin ja ystäviin sujuu jatkuvasti lisääntyvässä määrin sähköpostin ja kuvapuheluiden kautta ja jo nyt kasvava osa ikäihmisten käyttämistä palveluista voidaan järjestää internetin kautta kotiin. Teknologiaa hyödyntävä kotona asumisen tuki ei rajoitu kodin seinien sisäpuolelle: erilaiset ulkona liikkumista helpottavat suunnistus-, paikannus- ja hälytysjärjestelmät voivat varmistaa sen, että ulkona liikkuminen on turvallista. Olennaista on aina huolehtia asiakkaiden yksityisyyden kunnioittamisesta sekä asiakkaiden, omaisten ja työntekijöiden riittävästä opastuksesta teknologian käyttöön, jottei se synnytä turvattomuuden tunteita.

Kodin muutostöin, apuvälinein ja geronteknologiaa hyödyntämällä tuetaan omatoimisuutta ja osallisuutta.

Asuin- ja hoitoympäristöjen turvallisuuteen on kiinnitettävä erityistä huomiota. Kotien, palveluasuntojen ja laitosten palo- ja muun turvallisuuden on oltava lainsäädännön ja ohjeiden mukainen. Tapaturmien ja onnettomuuksien ehkäisy on osa turvallisuuden edistämistä. Kunnallisten toimijoiden velvoitteet tapaturmien ja onnettomuuksien ehkäisytyöhön on määritelty lainsäädännössä (Kansanterveyslaki 1 §; Pelastuslaki 468/2003). Kunnissa käynnistetty turvallisuussuunnittelukäytäntö tarjoaa hyvän mahdollisuuden tehostaa turvallisuuden parantamiseen tähtäävää yhteistyötä ja edistää turvallisuutta laaja-alaisesti. Yhä useampi koti on tulevaisuudessa myös omaishoitajan tai hoitotyöntekijän työympäristö, jolloin asukkaan yksityisyys ja itsemääräämisoikeus ja työturvallisuuskysymykset on sovittava yhteen.

Kotona asumisen edistämiseksi ja tulevaisuuden tilatarpeisiin varautumiseksi on suositeltavaa, että kunnan sosiaali- ja terveys-, asunto-, tekninen ja pelastustoimi yhdessä arvioivat kotihoidon, omaishoidon tuen ja ehkäisevien kotikäyntien asiakkaiden asuntojen sekä pitkäaikaishoivan yksiköiden korjaus- ja muutostarpeet esteettömyyden, turvallisuuden, palvelujen sujumuuden ja tulevaisuuden tilatarpeiden näkökulmista. Arviointitiedon pohjalta asumis- ja hoitoympäristöjen uudistustarpeet asetetaan tärkeysjärjestykseen ja laaditaan asuntojen ja tilojen parantamisohjelma, jossa varmistetaan korjausneuvonnan ja -palveluiden riittävyys sekä turvatekniikan ja -välineiden asiakasystävällinen hyödyntäminen.

5.2 PITKÄAIKAISHOIVAN YKSIKÖT

Pitkäaikaishoivaa tarjoavissa yksiköissä (tehostettu palveluasuminen, vanhainkodit) tavoitteena on, että asukashuoneet, yhteistilat ja käytävät ovat esteettömiä, turvallisia ja viihtyisiä. Fyysisen esteettömyyden ohella pitkäaikaishoivan yksiköissä on panostettava siihen, että ympäristö on myös sosiaalisesti ja institutionaalisesti esteetön niin, että ikääntynyt ihminen toimintakyvyn rajoituksistaan huolimatta on ympäristössään täysivaltainen ihminen, jolla on oikeus itsemääräämiseen, yksityisyyteen ja osallisuuteen. Turvallisuuden edistäminen on tärkeä osa palveluasumisyksiköiden ja laitosten toimintaa. Vastuu turvallisuudesta on palvelun tuottajilla.

Tavoitteena on, että kaikissa pitkäaikaishoivaa tarjoavissa yksiköissä dementia-ryhmäkodit mukaan lukien jokaisella asukkaalla on oma huone ja siihen liittyvä hygieniatila, ellei asukas nimenomaan halua asua puolison tai muun yhteistä asumista toivovan asukkaan kanssa. Pitkäaikaista hoivaa tarvitsevalle ihmiselle oma huone on koti ja sen tulisi näkyä kodikkuutena, viihtyisyytenä ja mahdollisuutena omiin kalusteisiin. Yh-

den hengen huoneet tukevat laadukkaan pitkäaikaisen hoivan toteutusta turvaamalla asiakkaiden yksityisyyttä ja omaisten hoitoon osallistumista. Asukkaiden elämänlaadun ja yksityisyyden kunnioittamisen kannalta on tärkeää, että asukkaita ei hoideta ylipaikoilla tai käytävillä. Yhden hengen huoneet mahdollistavat myös inhimillisen saattohoidon järjestämisen. Osa ikääntyneistä kuitenkin tuntee olonsa turvallisemmaksi ja viihtyisämmäksi yhteisessä huoneessa toisen asukkaan kanssa, johon on myös turvattava mahdollisuus.

Pitkäaikaishoivaa tarvitsevilla asukkailla on myös oltava mahdollisuus yhdessäoloon ja yhdessä tekemiseen: kodinomaisessa ympäristössä arkea eletään ja arjen askareita tehdään yhdessä, jolloin yhteistilojen viihtyisyys ja turvallisuus ovat tärkeitä. Parvekkeet ja terassit on mitoitettava niin, että apuvälineitä käyttävät voivat liikkua tiloissa turvallisesti ja pääsevät itsenäisesti ulos ja että myös vuoteen siirtäminen parvekkeelle tai terassille on mahdollista. Asukkaiden mielenvireyden kannalta mahdollisuus ulkoiluun on tärkeää, ja tätä tuetaan yksiköiden piha- ja puutarhasuunnittelulla. Piha ja puutarha turvaavat mahdollisuuden luontokokemuksiin, joilla on elvyttävä vaikutus ihmisen hyvinvointiin.

Uusiin pitkäaikaishoivan yksiköihin on suositeltavaa rakentaa pääasias-
sa vain riittävän tilavia yhden hengen huoneita, joissa on oma hygieniatila. Vanhoja tiloja peruskorjattaessa tavoitteena on yhden hengen huoneiden osuuden lisääminen. Viimeistään vuonna 2015 myös peruskorjausten yhteydessä tulisi rakentaa vain yhden hengen huoneita. Palvelusumiyksiköiden ja laitosten asuin- ja hoitoympäristöjen viihtyisyyttä ja kodikkuutta lisätään tavoitteena toimivat, asiakkaiden tarpeisiin vastaavat ja normaaliutta korostavat tilat.

Tavoitteena ensisijaisesti riittävän tilavat yhden hengen huoneet.

Dementiaoireisten ihmisten asumisyksiköitä rakennettaessa ja saneerattaessa otetaan huomioon heidän erityistarpeensa. Jos dementia-ryhmäkodin tai -yksikön asukkaiden määrä nousee yli 12–15 asukkaan, ryhmäkodin tilat on tarkoituksenmukaista jakaa pienempiin melko itsenäisiin kokonaisuuksiin. Pieni ryhmäkoko luo asukkaille turvallisuuden ja ympäristön hallinnan tunnetta ja työntekijöille mahdollisuuden perehtyä asukkaiden yksilölliseen tilanteeseen ja jakaa työ hallittaviin kokonaisuuksiin. Tämä parantaa työhyvinvointia ja -turvallisuutta. Tilojen mitoituksen on oltava riittävä sekä tilojen joustavan ja muunneltavan käytön että henkilökunnan työturvallisuuden ja työssä jaksamisen kannalta. Sisustettaessa tärkeitä ovat erilaiset orientoitumista helpottavat vihjeet sekä hahmottamista helpottavat tekijät, kuten selkeät pintamateriaalit ja heijastuksia minimoiva valaistus.

Uutta teknologiaa voidaan hyödyntää pitkäaikaishoivan yksiköissä monin tavoin. Liiketunnistus- ja hälytysjärjestelmät lisäävät turvallisuutta ja

liikkumisvapautta myös ympärivuorokautista hoitoa tarjoavissa yksiköissä. Käytettävissä ja kehitteillä on paljon teknologisia ratkaisuja elintoimintojen seurantaan ja asukkaiden kuntoutumista edistävän työn tueksi. Hyvää mieltä ja virikkeitä tuottavat esimerkiksi laitosten omat televisiokanavat ja erilaiset vuorovaikutteiset multimediaohjelmat.

Hyvin suunniteltu ja rakennettu pitkäaikaishoivan ympäristö lisää ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä ja toimii kuntoutumista edistävän työn merkittävänä tukena. Esteetön, turvallinen ja viihtyisä ympäristö mahdollistaa itsenäistä suoriutumista lisäämällä fyysistä, kognitiivista, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä ja kompensoimalla toimintakyvyn rajoitteita. Se tarjoaa myös mahdollisuuksia ja tukea osallisuuden ja mielekkääseen tekemiseen.

Esteetön, turvallinen ja viihtyisä ympäristö mahdollistaa itsenäistä suoriutumista ja tukee osallisuutta.

6 SEURANTAINDIKAATTORIT

Järjestelmällinen arviointitiedon keruu asetettujen tavoitteiden saavuttamisesta on keskeinen osa suosituksen toimeenpanoa. Tavoitteiden toteutumisen seurantaan on käytettävissä useita käyttökelpoisia indikaattoreita. Niiden avulla kunnissa ja valtakunnan tasolla voidaan arvioida kehitystä ajassa ja verrata tietoja toisten kuntien ja koko valtakunnan tilanteeseen. Stakesin SOTKANet -verkkopalvelu (www.sotkanet.fi) sisältää indikaattoreita hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen, palvelutarpeen, palvelurakenteen sekä talouden seurantaan ja vertailuun.

PALVELUTARVEINDIKAATTORIT

Suosituksen sisältöalue huomioon ottaen tarkoituksenmukaisia palvelutarpeeseen vaikuttavia tekijöitä, joiden seuranta on mahdollista vuosittain ja kuntatasolla, ovat muiden muassa seuraavat:

- väestön ikärakenne ja -ennuste, lukumäärä ja prosentuaalinen osuus (SOTKANet; Tilastokeskus)
- puutteellisesti tai erittäin puutteellisesti varustetuissa asunnoissa asuvien 65 ja 75 vuotta täyttäneiden lukumäärä ja prosentuaalinen osuus (Tilastokeskus)
- yksin asuvien 65 ja 75 vuotta täyttäneiden lukumäärä ja prosentuaalinen osuus (SOTKANet)
- täyden kansaneläkkeen saajien 65 vuotta täyttäneiden lukumäärä ja prosentuaalinen osuus (SOTKANet).

Ikääntyneen väestön määrä, erityisesti 75 ja 85 vuotta täyttäneiden määrä, kuvaa taustamuuttujana palvelutarvetta ja toimii peilinä, johon muita indikaattoreita voidaan suhteuttaa. Asunnon puutteellinen varustustaso vaikeuttaa toimintakykyrajoitteisten ikääntyneiden itsenäistä suoriutumista. Asunto on puutteellisesti varustettu kun siitä puuttuvat peseytymistilat ja/ tai keskuslämmitys (tai sähkölämmitys). Erittäin puutteellisesti varustetusta asunnoista puuttuu vesijohto, viemäri, lämminvesi tai wc. Yksin asuvien lukumäärä ja osuus on indikaattori, jolla on merkitystä suunniteltaessa palvelujen järjestämistä. Yksin asuminen vaikeuttaa toimintakyvyltään heikentyneiden, erityisesti muistihäiriöistä kärsivien kotona asumista ja lisää tuen ja palvelujen tarvetta sekä ympärivuorokautisen hoivan tarpeen riskiä. Täyttää kansaneläkettä saavat vain ne, joilla on ei ole ansieläkettä tai se on hyvin

pieni, jolloin täyden kansaneläkkeen saajien lukumäärä ja prosentuaalinen osuus kuvaa indikaattorina vähätuloisuutta ja heijastaa köyhyyttä. Köyhyys puolestaan on taustatekijä, joka vaikuttaa monella tavalla sairastavuuteen, palvelujen tarpeeseen ja kykyyn hankkia maksullisia palveluja.

PALVELURAKENNEINDIKAATTORIT

Suosituksessa asetettujen palvelujen määrällisten tavoitteiden toteutumisen seurantaan on käytettävissä indikaattorit. Niiden avulla kunnissa ja valtakunnan tasolla voidaan arvioida kehitystä ajassa ja verrata omia tietoja toisten kuntien ja koko valtakunnan tilanteeseen. Tiedot saadaan koko maan tasolla, alueittain tai kunnittain Stakesin SOTKANet -verkko-palvelusta (www.sotkanet.fi).

Indikaattorit	Tavoite (suhteutus 75 vuotta täyttäneisiin)
Kotona asuvien osuus (pois lukien ympärivuorokautisen palvelun piirissä olevat)	91–92 prosenttia asuu kotona
Säännöllistä kotihoitoa saavien osuus	13–14 prosenttia saa säännöllistä kotihoitoa
Omaishoidon tukea saavien osuus	5–6 prosenttia saa omaishoidon tukea
Tehostetussa palveluasumisessa asuvien osuus	5–6 prosenttia on tehostetussa palveluasumisessa
Pitkäaikaisessa laitoshoidossa (vanhainkodit, terveyskeskussairaalat) olevien osuus	3 prosenttia on hoidossa vanhainkodeissa tai pitkäaikaisessa hoidossa terveyskeskusten vuodeosastoilla

Vuoden 2006 lopussa koko maassa kotona asuvien osuus 75 vuotta täyttäneistä oli 90,1 prosenttia. Mukaan on laskettu muut kuin pitkäaikaisessa sairaalahoidossa hoidetut, vanhainkodeissa olleet ja ympärivuorokautisen hoivan sisältävien asumispalvelujen piirissä olleet. Säännöllisen kotihoidon piirissä oli 11,5 (vuonna 2005), omaishoidon tuen piirissä 3,7, tehostetun palveluasumisen piirissä 3,9 ja pitkäaikaisessa laitoshoidossa 6,5 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä.

	Kotona asuvat ja kattavuus ikääntyneiden palveluissa, % 75 vuotta täyttäneistä		
	2000	2005	2006
Kotona asuvat 75 vuotta täyttäneet	89,8	89,6	90,1
Säännöllisen kotihoidon piirissä 30.11. olleet 75 vuotta täyttäneet		11,5	
Omaishoidon tuen 75 vuotta täyttäneet asiakkaat vuoden aikana	3,0	3,7	3,7
Ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen 75 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12.	1,7	3,4	3,9
Vanhainkodeissa tai pitkäaikaisessa laitoshoidossa terveyskeskusten vuodeosastoilla olevat 75 vuotta täyttäneet 31.12.	8,3	6,8	6,5

Alueelliset erot ovat kuitenkin varsin suuria (ks. taulukko 1, s. 48).

HENKILÖSTÖÖN LIITTYVÄT INDIKAATTORIT

Henkilöstön määrään ja koulutusrakenteeseen liittyvää tietoa, jota tuetaan säännöllisesti tilastojulkaisuissa ovat:

- Kunnallisen henkilöstön määrä ja koulutusrakenne toimialoittain, ammattiryhmittäin ja maakunnittain
- Yksityisten sosiaali- ja terveyspalvelujen henkilöstön määrä toimialoittain ja maakunnittain
- Henkilöstön lukumäärä tuhatta 75 vuotta täyttänyttä kohti kotipalvelussa ja kotisairaanhoidossa, vanhusten palveluasumisessa, vanhainkodeissa ja terveyskeskuksissa
- Henkilöstön lukumäärä ammattiryhmittäin kuntien ja kuntayhtymien kotipalvelussa ja kotisairaanhoidossa, vanhusten palveluasumisessa, vanhainkodeissa ja terveyskeskuksissa.

Ammattirakennetta kuvaavissa tilastoissa on varsinaiseen hoitohenkilökuntaan laskettu mukaan osaston-, sairaan-, ja terveydenhoitajat, sosiaalialan ohjaajat ja kasvattajat, perus- ja lähihoitajat, mielenterveyshoitajat, sosiaalialan hoitajat sekä kodinhoitajat ja kotiavustajat.

Henkilöstömitoituksia kuvaavia kunta- tai yksikkökohtaisia tietoja ei voida suoraan määrittää valtakunnallisten tilastojen perusteella. Valtakunnallisen tilanteen kuvaamiseksi voidaan tehdä erillisselvityksiä, jolloin kuntien ja kuntayhtymien henkilöstöä koskevat tiedot poimitaan Tilastokeskuksen Kuntasektorin palkat -tilastoista. Kun sen tiedot yhdistetään sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitusrekistereiden tuottamaan tietoon asumis- ja hoitopäivistä, voidaan määrittää laskennallisia mitoituskertoja. Yksityisten palvelujen osalta keskimääräisiä arvioita mitoituksista saadaan Stakesin yksityiset sosiaalipalvelut -tilastosta. Muilta osin yksityisten palvelujen henkilöstötiedot perustuvat Tilastokeskuksen Työssäkäyntitilastoon. Vuonna 2005 valtakunnallinen keskiarvo tehostetussa palveluasumisessa oli 0,46–0,55, vanhainkodeissa 0,52 ja terveyskeskusten vuodeosastoilla 0,66 hoitotyöntekijää asiakasta kohden.

MUUT INDIKAATTORIT

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen indikaattorit

Stakesin SOTKANet -verkkopalvelussa on myös kaksi hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen liittyvää indikaattoriryhmää, joissa erityisesti ikääntyviä koskevia indikaattoreita on noin 20. Näitä ovat muiden muassa:

- yksin asuvat 75 vuotta täyttäneet, % vastaavanikäisestä väestöstä
- täyttä kansaneläkettä saaneet 65 vuotta täyttäneet, % vastaavanikäisestä väestöstä
- erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettuja 65 vuotta täyttäneitä / 1 000 vastaavanikäistä
- erityiskorvattaviin lääkkeisiin psykoosin vuoksi oikeutettuja 65 vuotta täyttäneitä / 1 000 vastaavanikäistä
- vammojen ja myrkytysten vuoksi sairaalassa hoidetut 65 vuotta täyttäneet, % vastaavanikäisestä väestöstä
- kuolleisuus 65 vuotta täyttäneillä / 100 000 vastaavanikäistä.

Talousindikaattorit

Talouden seurannan ja vertailun mahdollistavia indikaattoreita ovat muiden muassa:

- vanhusten laitospalveluiden käyttökustannukset yhteensä, 1 000:ta euroa
- kotipalveluiden käyttökustannukset yhteensä, 1000:ta euroa
- muiden vanhusten ja vammaisten palveluiden käyttökustannukset yhteensä, 1 000:ta euroa.

Taulukko 1. Ikääntyneiden palveluiden rakenne ja peittävyys maakunnittain vuonna 2006.

	75 vuotta täyttäneet asiakkaat % 75 vuotta täyttäneestä väestöstä					
	Omais-hoidon tuki*	Sään-nöllinen koti-hoito**	Palvelu-asumi-nen***	Siitä tehos-tettu palvelu-asumi-nen	Van-hainkoti***	Terveys-keskus pitkä-aikais-hoito***
Koko maa	3,7	11,5	5,7	3,9	4,1	2,4
Uusimaa	3,2	9,9	5,4	4,9	4,3	2,2
Itä-Uusimaa	3,4	10,1	4,4	2,7	5,6	1,5
Varsinais-Suomi	3,1	10,4	4,4	3,2	4,6	1,9
Satakunta	3,3	9,9	5,4	4,1	5,9	1,7
Kanta-Häme	3,1	11,3	5,4	2,7	5,9	1,7
Pirkanmaa	2,3	10,8	4,4	1,6	6,0	1,8
Päijät-Häme	3,3	9,8	4,7	3,6	1,9	4,5
Kymenlaakso	4,0	10,0	5,4	4,3	3,4	2,7
Etelä-Karjala	3,0	11,0	4,4	3,1	3,6	3,1
Etelä-Savo	3,5	15,3	6,9	4,4	3,7	3,1
Pohjois-Savo	3,7	11,9	5,2	3,6	2,9	2,8
Pohjois-Karjala	2,9	14,0	6,4	2,6	3,2	3,8
Keski-Suomi	4,0	13,7	6,0	3,3	4,3	2,2
Etelä-Pohjanmaa	5,7	10,6	7,1	4,0	3,7	2,7
Pohjanmaa	3,3	9,8	7,2	5,1	4,0	2,9
Keski-Pohjanmaa	5,4	11,9	10,3	7,7	2,6	0,9
Pohjois-Pohjanmaa	6,2	17,4	6,4	4,5	4,0	1,6
Kainuu	6,8	11,8	8,2	6,8	0,5	2,0
Lappi	5,2	13,3	6,8	5,2	2,3	3,0
Ahvenanmaa	5,3	10,8	9,2	3,0	4,6	2,5

*Asiakkaita vuoden aikana

** Asiakkaat 30.11.2005

*** Asiakkaat 31.12.2006

LAATUSUOSITUKSESSA KÄYTETTYJÄ KÄSITTEITÄ

Asiakslähtöisyys on palvelutoiminnan tarkastelua ja erittelyä palvelua saavan asiakkaan näkökulmasta. Asiakslähtöisesti toimivan organisaation toiminta suunnitellaan siten, että palveluja saavan asiakkaan tarpeet ja voimavarat ovat keskiössä ja asiakas on voimiensa mukaisesti mukana palvelun tarpeiden arvioimisessa, palvelun suunnittelussa, toteutuksessa ja palvelun vaikutusten arvioimisessa.

Ennakoarviointi tarkoittaa tässä yhteydessä ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointia (IVA), prosessia, jossa ennalta arvioidaan tekeillä olevien päätösten vaikutuksia ikäihmisten hyvinvointiin ja terveyteen. Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi voidaan toteuttaa laajana tai nopeutettuna. Nopeaa ennakoarviointia käytetään sellaisenaan päätöksenteossa ja laajemman ennakoarvioinnin tarpeen tunnistamiseksi. Laaja ennakoarviointi edellyttää tarkkaa suunnitelmaa ja voimavaroja.

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

Gerontologia on tieteenala, joka tutkii ikääntymistä ja ikäihmisiä. Se selvittää iän mukanaan tuomia muutoksia: mitkä eri tekijät säätelevät näitä muutoksia ja miten niihin voidaan vaikuttaa. Gerontologia tutkii, millaisia seurauksia ikääntymisellä on yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan kannalta. Gerontologian alaan kuuluvat mm. geriatria, gerontologinen hoitotyö ja -tiede, sosiaaligerontologia, kulttuurigerontologia, psykogerontologia ja ympäristögerontologia.

Geriatría on kliininen lääketieteen erikoisala, joka hyödyntää poikkitieteellisesti sekä gerontologisen tutkimuksen että eri kliinisten erikoisalojen tietämystä sairaiden vanhusten hoidossa.

Gerontologinen hoitotyö on hoitotyön erikoisala, jossa yhdistyvät hoitotyön arvot, tieto ja menetelmät sekä gerontologinen tieto. Ge-

rontologisen hoitotyön tavoitteena on iäkkään asiakkaan, perheen ja yhteisön terveyden ja toimintakyvyn edistäminen ja ylläpitäminen, ikääntymiseen liittyvissä muutoksissa ja menetyksissä auttaminen ja tukeminen, sairauksien ennaltaehkäisy sekä parantava, lievittävä (palliativinen) sekä kuntoutumista edistävä hoito.

Gerontologinen sosiaalityö eli vanhussosiaalityö on sosiaalityön erityisala, jonka tavoitteena on vahvistaa ikäihmisten toimintakykyä, hyvinvointia, elinympäristöä, sosiaalisia olosuhteita ja yhteisöjen toimivuutta. Gerontologinen sosiaalityö on elämänhallintaa ja itsemäärämisoiikeutta tukevaa työtä. Se auttaa asiakasta saamaan tarvittavat palvelut sekä sosiaalityön tukitoimenpiteet ja vastaa niiden valmistelusta ja toteutuksesta.

Geronteknologia on ikääntyneille ihmisille suunniteltu teknologia, jonka suunnittelussa yhdistyvät gerontologinen ja teknologinen tieto.

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

Ikääntymispolitiikka tarkoittaa erilaisia yhteiskunta- ja hyvinvointipoliittisia tavoitteita, strategioita, toimintajärjestelmiä ja toimenpiteitä sekä lainsäädäntöä, joilla sekä ylläpidetään että parannetaan ikääntyneiden itsenäisen elämänhallinnan edellytyksiä. Ikääntymispolitiikka on osa koko elämänkaaren sisältävää ikäpolitiikkaa, joka ohjaa kehittämään yhteiskuntapolitiikan eri alueita väestön ikärakenteen kehityksen mukaiseksi eli keskimäärin entistä iäkkäämmän väestön tarpeisiin.

Kolmas ja neljäs ikä; kolmas ikä on ajanjakso, joka sijoittuu työelämästä pois jäämisen ja toisten avusta riippuvuuden, ns. neljännen iän, väliin. Kolmatta ikää luonnehtivat itsenäisyys ja vapaus toteuttaa persoonallisia päämääriä. Neljännelle iälle tyypillistä on hauraus ja tarve turvautua yhä enenevässä määrin toisten apuun ja tukeen selviytyäkseen heikkenevän terveyden ja vanhuuden sairauksien alentaman toimintakyvyn varassa päivittäisestä elämästään.

Laatu tarkoittaa palvelun kykyä vastata järjestelmällisesti asiakkaiden taroituksenmukaisesti arvioituihin palvelutarpeisiin vaikuttavasti, säännösten mukaan ja kustannustehokkaasti. Laadun arviointikohteet voidaan

määrittää rakenne- ja prosessitekijöihin sekä lopputuloksiin. Rakennetekijät luovat toiminnalle edellytykset. Näitä ovat esimerkiksi henkilökunnan määrä ja rakenne, johtamis- ja työnjakokäytännöt ja hoitoympäristöt, ylipäätään tekijät, jotka luovat edellytyksiä toimiville prosesseille ja sitä kautta vaikuttaville tuloksille. Prosessitekijät käsittävät koko toimintaprosessin, joka alkaa asiakkaan saapuessa palvelujen piiriin ja päättyy hänen poistuksessaan. Prosessia arvioidaan kiinnittämällä huomio toimintaan: onko toiminta sellaista, että se takaa laadukkaan ja vaikuttavan hoidon ja palvelun asiakkaalle. Lopputulosten arviointi viittaa tavoitteiden saavuttamiseen: saavutettiin ko asiakkaan tilassa tai käyttäytymisessä sellaisia muutoksia, joita tavoiteltiin.

Palveluohjaus on asiakaslähtöinen ja asiakkaan etua korostava työtapa. Sillä tarkoitetaan sekä asiakastyön menetelmää (case management) että palveluiden yhteensovittamista organisaatioiden tasolla (service co-ordination). Palveluohjaus on työmenetelmä, jolla kootaan palvelut asiakkaan tueksi ja lievennetään palvelujärjestelmän hajanaisuuden haittoja. Palveluohjauksen tavoitteena on tunnistaa asiakkaan yksilölliset tarpeet ja järjestää asiakkaalle hänen tarvitsemansa palvelut ja tuki. Yksilökohtaisen palveluohjauksen keskeisin sisältö on neuvonta, koordinointi ja asianajo. Näihin liittyvät kiinteästi palvelujen tarpeen yksilöllinen arviointi, suunnittelu ja voimavarat.

Palvelurakenteen määrälliset tavoitteet (ks. s. 30)

Palvelurakenne tarkoittaa kunnan tai yhteistoiminta-alueen järjestämien sosiaali- ja terveystalvelujen kokonaisuutta, josta tässä suosituksessa tarkastellaan erityisesti ikääntyneiden säännöllisesti käyttämiä palveluita.

Kotona asuvia ovat henkilöt, jotka eivät ole pitkäaikaishoidossa sairaaloissa ja terveyskeskuksissa tai hoidossa vanhainkodeissa, vanhusten tehostetussa palveluasumisessa, kehitysvammalaitoksissa tai kehitysvammaisten autetussa asumisessa.

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

Omaishoidon tuki tarkoittaa ikääntyneen, vammaisen tai sairaan henkilön kotioissa tapahtuvan hoidon ja huolenpidon turvaami-

seksi annettavaa hoitopalkkiota ja -palveluja, jotka määritellään hoitettavan hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Kunta ja hoitaja tekevät omaishoidon tuesta sopimuksen. Omaishoidon tuen asiakkainasi lasketaan omaishoidon tuella vuoden aikana hoidetut asiakkaat.

Palveluasumisesta ei ole olemassa virallista määritelmää. Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastojen määritelmässä korostetaan, että palveluasuminen sisältää aina sekä asumisen (vuokrasopimus) että siihen kiinteästi liittyvät hoiva- ja hoitopalvelut. Osa yksiköistä on palvelutaloja, joissa asiakkailla on omat huoneistot ja osa esimerkiksi dementiaoireisten ryhmäkoteja. Palveluasuminen jaetaan ns. tavalliseen ja tehostettuun palveluasumiseen.

Tavallinen palveluasuminen; tavallisessa ikääntyneiden palveluasumisessa henkilökunta on paikalla vain päivällä.

Tehostetun palveluasumisen yksiköitä ovat ne ikääntyneille tarkoitettut palveluasumisyksiköt, joissa henkilökunta on paikalla ympäri vuorokauden. Ne eroavat vanhainkodeista muun muassa siinä, että Kela on hyväksynyt ne avohoidon yksiköiksi ja asiakas maksaa erikseen asumisesta ja käyttämistään palveluista. Tehostetussa palveluasumisessa asuviksi lasketaan ne henkilöt, jotka ovat asiakkaina laskentapäivänä (31.12.)

Laitoshoito sisältää kaikki laskentapäivänä (31.12.) vanhainkodeissa hoidossa olleet 75 vuotta täyttäneet asiakkaat sekä terveyskeskusten vuodeosastoilla olleet 75 vuotta täyttäneet pitkäaikaisasiakkaat.

Vanhainkotihoito on ikääntyneiden laitoshoidon sosiaalitoimessa.

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

Yhteistoiminta-alue on kuntien yhteistoiminnan vahvistamiseksi perustettava alueellinen organisaatio. Sen hallinnollinen muoto voi olla joko kuntayhtymä tai alueen kuntien yhteinen toimielin, jolloin yksi kunta hoitaa yhteistoiminta-alueen kaikkien kuntien tehtävät.

LASKENNALLINEN ESIMERKKI ERÄIDEN PALVELUJEN KATTAVUUDEN KUSTANNUS- VAIKUTUKSISTA VUOSINA 2006–2012

Seuraavalla sivulla olevassa taulukossa esitetään laskennallinen esimerkki, joka kuvaa ikääntyneen väestön määrän kehityksen ja palvelujen kattavuuden vaikutusta eräiden palvelujen tuotantokustannusten kehitykseen vuodesta 2006 vuoteen 2012.

Mikäli säännöllisen kotihoidon, omaishoidon tuen, tehostetun palveluasumisen ja laitoshoidon kattavuus 75 vuotta täyttäneestä väestöstä pysyi vuoden 2006 tasolla, palvelujen bruttokustannukset kasvaisivat 318 miljoonaa euroa. Kasvu selittyisi ikääntyneen väestön määrän kasvulla.

Laatusuosituksessa asetetaan tavoitteeksi, että valtakunnallisella tasolla vuoteen 2012 mennessä säännöllisen kotihoidon kattavuus nostettaisiin 13–14 prosenttiin sekä omaishoidon tuen ja tehostetun palveluasumisen kattavuus kumpikin 5–6 prosenttiin 75 vuotta täyttäneestä väestöstä. Samanaikaisesti vanhainkotihoidon ja terveyskeskussairaaloissa annettavan pitkäaikaisen hoidon kattavuutta alennettaisiin 3 prosenttiin 75 vuotta täyttäneestä väestöstä. Jos säännöllisen kotihoidon, omaishoidon tuen ja tehostetun palveluasumisen kattavuutta nostettaisiin matalamman vaihtoehdon mukaisesti (13 %, 5 % ja 5 % 75 vuotta täyttäneistä) ja laitoshoidon osuus alenisi 3 prosenttiin 75 vuotta täyttäneistä, palvelujen bruttokustannukset vähenisivät 49 miljoonaa euroa. Jos palvelujen kattavuus nostettaisiin suosituksen korkeamman vaihtoehdon mukaiseksi (14 %, 6 % ja 6 % 75 vuotta täyttäneistä) ja laitoshoidon osuus alenisi 3 prosenttiin 75 vuotta täyttäneistä, palvelujen bruttokustannukset nousisivat 199 miljoonaa euroa vuodesta 2006 vuoteen 2012.

Laskennallinen esimerkki eräiden palvelujen kattavuuden kustannusvaikutuksista vuosina 2006–2012 (vuoden 2006 hinnoin)

Kattavuus säilyy vuoden 2006 tasolla				
	Asiakkaiden lukumäärä		Asiakkaiden lukumäärän muutos	Kustannusten muutos milj. euroa
Kattavuus (% 75+ väestöstä)	2006	2012	2006–2012	2006–2012
Säännöllinen kotihoito 11,5 *	45 037	51 839	6 802	113,1
Omaishoidon tuki 3,7	14 870	16 679	1 809	8,5
Tehostettu palveluasuminen 3,9	15 676	17 580	1 904	63,9
Pitkäaikainen laitoshoido 6,5	26 190	29 300	3 110	132,8
Yhteensä	101 773	115 398	13 625	318,4
Kattavuuden lisäykset: matalampi vaihtoehto				
Säännöllinen kotihoito 11,5* =>13,0	45 037	58 601	13 564	225,6
Omaishoidon tuki 3,7 =>5,0	14 870	22 539	7 669	36,1
Tehostettu palveluasuminen 3,9 =>5,0	15 676	22 539	6 863	230,5
Pitkäaikainen laitoshoido 6,5 =>3,0	26 190	13 523	-12 667	-540,9
Yhteensä	101 773	117 202	15 429	-48,8
Kattavuuden lisäykset: korkeampi vaihtoehto				
Säännöllinen kotihoito 11,5* =>14,0	45 037	63 109	18 072	300,6
Omaishoidon tuki 3,7 =>6,0	14 870	27 047	12 177	57,4
Tehostettu palveluasuminen 3,9 =>6,0	15 676	27 047	11 371	381,8
Pitkäaikainen laitoshoido 6,5 =>3,0	26 190	13 523	-12 667	-540,9
Yhteensä	101 773	130 726	28 953	198,8

* Säännöllistä kotihoitoa koskevat tiedot ovat vuodelta 2005.

Laskelmissa käytetyt yksikkökustannukset (brutto) ja muut oletukset:

- Kotihoitokäynti keskimäärin 42 €/käynti, keskimäärin 33 käyntiä kuukaudessa/asiakas
- Omaishoidon tuen palkkio keskimäärin 4 711 € vuodessa/asiakas
- Tehostettu palveluasuminen keskimäärin 92 €/vrk
- Pitkäaikainen laitoshoido vanhainkodeissa tai terveyskeskuksen pitkäaikaishoidon osastolla keskimäärin 117 €/vrk olettaen, että hoitovuorokausista 36 % toteutuu terveyskeskusten pitkäaikaishoidon osastoilla ja 64 % vanhainkotihoitossa

Lähteet:

Hujanen T., Kapiainen S. & Tuominen U. 2008. Terveydenhuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2006. Työpapereita 3/2008. Stakes.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2007. SVT Sosiaaliturva. Stakes.

Tilastokeskuksen väestöennuste 2007.

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN JULKAISUJA

ISSN 1236-2050

- 2008: 1 Urpo Kiiskinen, Tuulikki Vehko, Kristiina Matikainen, Sanna Natunen, Arpo Aromaa. Terveyden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus.
ISBN 978-952-00-2503-8 (nid.)
ISBN 978-952-00-2504-5 (PDF)
- 2 Utarbetande av en datasäkerhetsplan. Handbok för verksamhetsenheter inom social- och hälsovården. (Endast på webben).
ISBN 978-952-00-2507-6 (PDF)
- 3 Ikäihmisten palvelujen laatusuositus.
ISBN 978-952-00-2525-0 (nid.)
ISBN 978-952-00-2526-7 (PDF)