OMA Häme

Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa

HALLITUKSEN KÄRKIHANKE

Ikääntyneiden yhteensovitettujen palveluiden kokonaisuus Kanta-Hämeessä

Sisällys

1. JOHDANTO 3
2. VISIO 4
3. IKÄÄNTYNEET KANTA-HÄMEESSÄ 6
4. IKÄÄNTYNEIDEN HYVINVOINNIN NYKYTILA 13
   4.1 Sairastavuus, hyvinvointi ja terveys 13
   4.2 Sosioekonominen asema 16
   4.3 Muistisairaudet 18
5. SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON PALVELURAKENTEEN NYKYTILA JA TAVOITTEET 21
   5.1 Maakunnan sosiaali- ja terveyspalvelujen tilanneanalyysi 21
   5.2 Ikääntyneiden palvelurakenne 23
   5.3 Palvelurakennetavoitteet 30
6. IKÄÄNTYNEIDEN MONITOIMIJAINEN PALVELUKOKONAISUUS 34
   6.1 Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen 34
   6.2 Asiakas- ja palveluohjauksen kokonaisuus 35
   6.3 Kotona asumista tukevat palvelut 40
      6.3.1 Kuntoutumisen tukeminen 41
      6.3.2 Kotihoito ja tukipalvelut 44
      6.3.3 Muut kotona asumista tukevat palvelut 46
   6.4 Ikääntyneiden perhehoito 48
   6.5 Asumisen ja palveluiden uusi yhteys 50
   6.5 Ympärivuorokautinen hoiva 53
   6.6 Terveyspalvelut 57
7. KAIKENIKÄISTEN OMAISHOITO 65
8. KOKONAISARKKITEHTUURI JA TIETOJÄRJESTELMÄT 68
9. KEHITTÄMISOHJELMA 74
10. KUSTANNUSVAIKUTTAVUUDEN ARVIOINTI 75
11. VIESTINTÄSTRATEGIA VÄESTÖLLE 77

LÄHTEET 78
LIITE 1 80
LIITE 2 90
LIITE 3 94

1. JOHDANTO

Sipilän hallituksen Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa –kärkihankkeen (jatkossa I&O) ajatuksena on ollut muutosagentin työpanoksen avulla muodostaa maakuntiin yhteneväinen ikääntyneiden palvelukokonaisuus. Kanta-Hämeen ikääntyneiden yhteen sovitettujen palveluiden kokonaisuutta on valmisteltu yhteistyössä I&O-kärkihankkeen muutosagentin ja maakunnan toimijoiden kesken vuosina 2016–2018. I&O muutosagentin johtamana on työstetty yhteen sovitetun kokonaisuuden osa-alueita: ikääntyneiden ennaltaehkäisyyn, kuntoutumiseen ja arjessa onnistumisen tukemiseen liittyviä asioita; asiakas- ja palveluohjauksen kokonaisuutta; omais- ja perhehoitoa; kotiin annettavien palveluiden kokonaisuutta; ympärivuorokautisen hoivan asioita sekä ikääntyneiden terveyspalveluiden sisältöjä yhteistyössä terveydenhuollon toimijoiden kanssa. Lisäksi osana maakunta- ja sotevalmistelua on monitoimijaisessa yhteistyössä (ikääntyneiden lisäksi mukana muut asiakasryhmät sekä monialainen järjestö- ja yhdistystoimijoiden edustus) työstetty maakunnan kaikenikäisten omaishoidon tuen kokonaisuutta.

Ajatuksena on ollut keskustelun kautta muodostaa yhteinen näkemys siitä miten parhaimmalla mahdollisella tavalla eri näkökulmista tarkasteltuna ikääntyneiden palveluita ja heidän elämäänsä tuetaan maakunnan järjestämisvastuun alettua ja miten nykyiset toimijat heti valmisteluaikana ryhtyvät suuntaamaan prosessejaan ja toimintamallejaan yhteisesti sovittuun ja hyväksi nähtyyn suuntaan mahdollisuuksiensa mukaan. Työssä on hyödynnetty maakunnan kuntien kokemuksia, käyttämiä toimintamalleja, ajatuksia kehittämistarpeista sekä valtakunnallista tietoa ja kehittämistyötä, jota on jaettu muutosagenttien valtakunnallisessa verkostossa. Valmistelutyöhön maakunnan toimijat ovat osallistuneet oman työnsä ohella.

I&O muutosagentin tehtävänä on ollut laatia kirjallinen toimintasuunnitelma ikääntyneiden elämisen ja palveluiden yhdistämisestä maakunnassa sisältäen toimintasuunnitelman toteutumisen seurannan (vrt. VaPL 980/2012. 5 §).

Suunnitelman ydin on sen sisältämässä kehittämisohjelmassa (kpl 9). Se on pääosin valmisteltu maakunnan 11 kunnallisen vanhusneuvoston kanssa. Ohjelman rakentamiseen ovat osallistuneet kaikki vanhusneuvostojen jäsenet välillä suoraan, välillä edustuksellisesti työstämisen eri vaiheissa. Kanta-Hämeen ikääntyneiden ääni kuuluu suunnitelmassa voimakkaasti kehittämisohjelman kautta.

Suunnitelma tarkastelee ikääntyneiden palvelukokonaisuutta ensisijaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon näkökulmasta. Kuntien, ja maakunnan, laaja-alaiset hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimenpiteet ovat kokonaisuuden kannalta erittäin merkittävässä asemassa, mitä ei tule ohittaa tai unohtaa.

Jokaisen luvun lopussa on lyhyesti koottu sen pääseikat.

2. VISIO

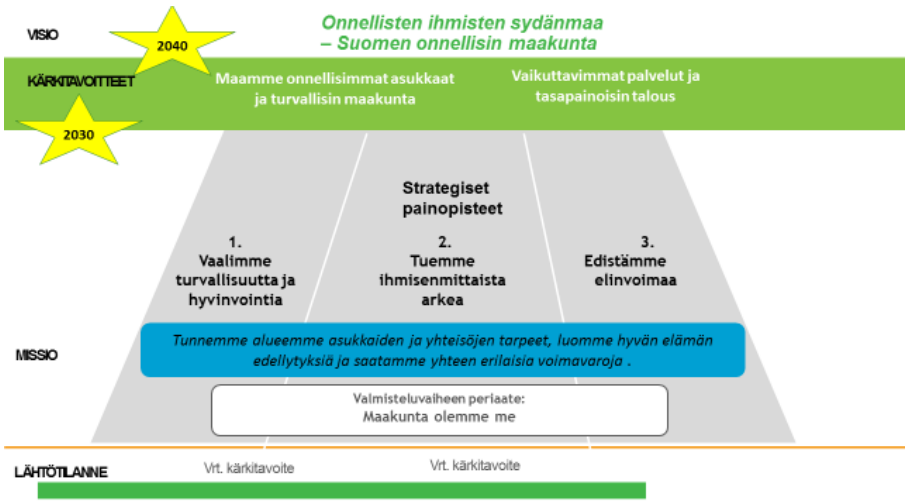
Kanta-Häme (kuva 1) muodostuu 11 kunnasta ja näiden muodostamista kolmesta selkeästä seudusta: Forssan, Humppilan, Jokioisten, Tammelan ja Ypäjän muodostamasta Forssan seudusta; Hattulan, Hämeenlinnan ja Janakkalan muodostamasta Hämeenlinnan seudusta ja Hausjärven, Lopen ja Riihimäen muodostamasta Riihimäen seudusta. Maakunnassa toimii neljä kuntayhtymää: FSHKY, joka vastaa Forssan seudun kuntien sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottamisesta; Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri, johon kaikki kunnat kuuluvat; RSTKY, joka vastaa Riihimäen seudun kuntien perustason terveyspalveluiden tuottamisesta sekä ETEVA, joka on Uudenmaan ja Etelä-Hämeen erityishuoltopiiri.

Kuva 1. Kanta-Hämeen maakunta.

Kanta-Hämeen maakunta- ja sotevalmistelua toteuttavassa Oma Häme -hankkeessa on valmisteltu uutta maakuntastrategiaa. Maakunnan visio on olla **Onnellisten ihmisten sydänmaa – Suomen onnellisin maakunta**. Maakunnan arvoiksi ovat täsmentyneet **yhdenvertaisuus, yhteisöllisyys ja ihmisläheisyys** (kuva 2).

Kuva 2. Kanta-Hämeen valmistelussa olevan maakuntastrategian arvot ja kärkitavoitteet.

Maakuntastrategialuonnoksessa on määritelty kärkitavoitteet vuoteen 2030 saakka. Ne ovat **maan onnellisimmat asukkaat ja turvallisin maakunta** sekä **maakuntien vaikuttavimmat palvelut ja tasapainoisin talous**. Näiden pohjalta on hahmotettu maakunnan toiminnan missio sekä strategiset painopistealueet, jotka ovat: **1. Vaalimme turvallisuutta ja hyvinvointia, 2. Tuemme ihmisenmittaista arkea ja 3. Edistämme elinvoimaa** (kuva 3).



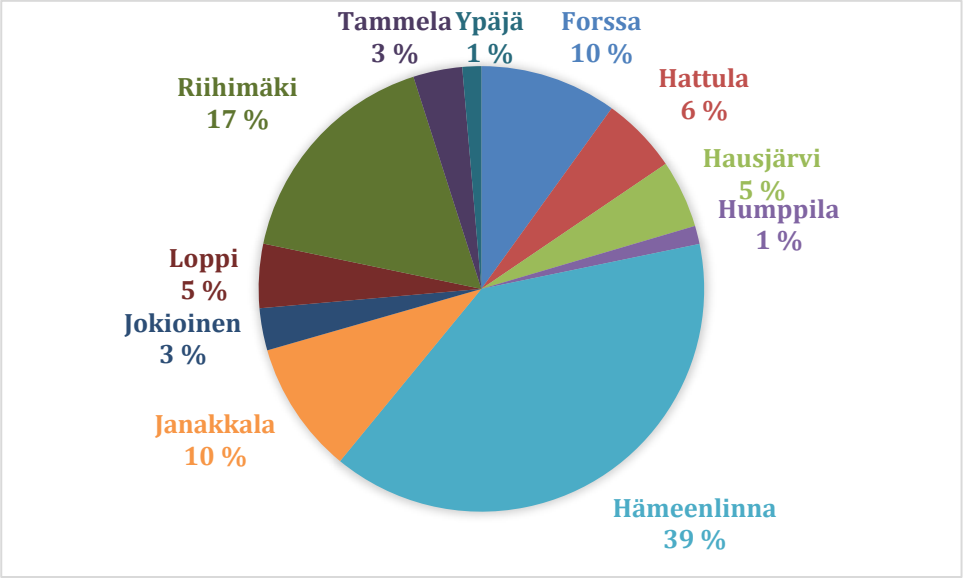
Kuva 3. Kanta-Hämeen valmistelussa olevan maakuntastrategian missio ja strategiset painopisteet.

Maakunnassa ei ole vielä laadittu järjestämissuunnitelmaa, mutta tämä suunnitelma on nähty yhdeksi maakuntastrategiaan kiinteästi liittyväksi suunnitelmaksi.

Ikääntyneiden palveluiden valmistelussa visioksi on muotoiltu **Turvassa tulevaisuudessa, vahvana vanhuudessa, ilonaiheita yhdessä Hämeessä.**

3. IKÄÄNTYNEET KANTA-HÄMEESSÄ

Kanta-Hämeessä asui 172 720 asukasta joulukuun viimeinen päivä vuonna 2017. Selvästi suurin osa heistä (yli 54 %) asui Hämeenlinnan seudulla. Hämeenlinna on maakunnan keskuskaupungeista selkeästi suurin: väestömäärä on yli kaksinkertainen Riihimäkeen ja lähes nelinkertainen Forssaan verrattuna. Riihimäen seutukunnalla asui maakunnan väestöstä 26,4 % ja Forssan seudulla 19,3 %.



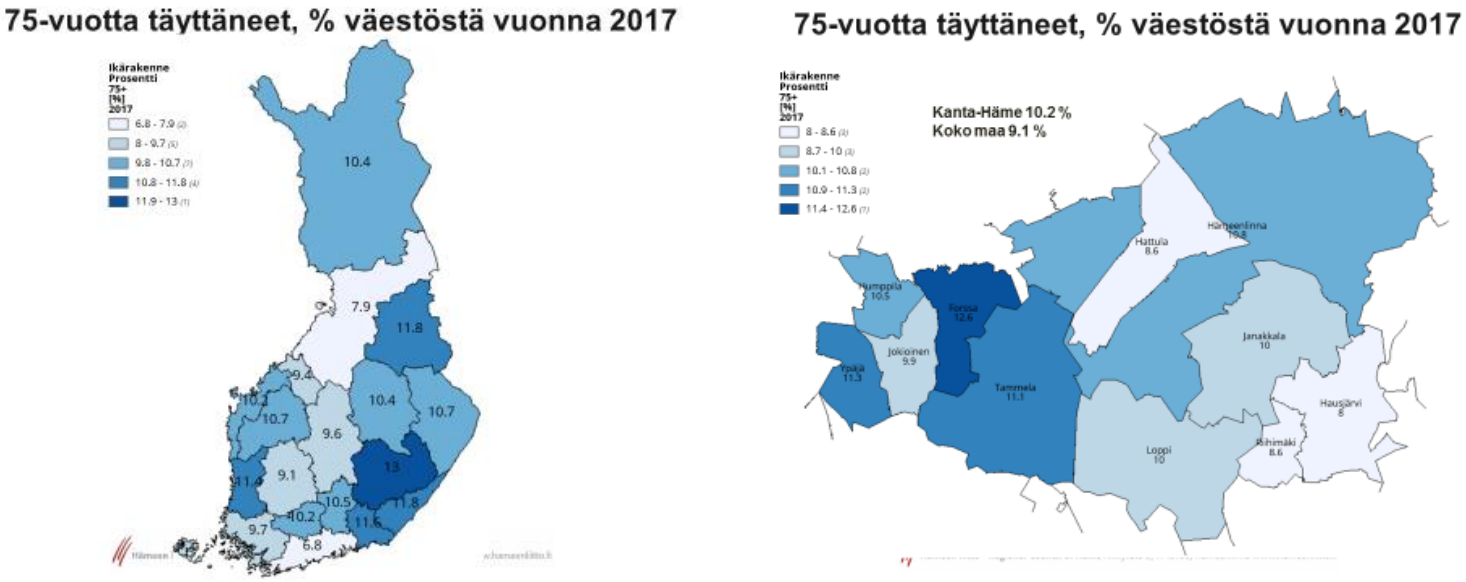
Kuva 4. Väestön jakauma Kanta-Hämeen maakunnan alueella

Ikääntyneiden määrä lisääntyy maakunnassa tasaisesti mutta rivakasti. Kanta-Hämeessä oli 75 vuotta täyttäneitä lähes 17 700 vuonna 2017, vuonna 2030 heitä arvioidaan olevan yli 28 500 henkilöä ja lähes 33 000 henkilöä vuonna 2040 (kuvat 5 ja 6).

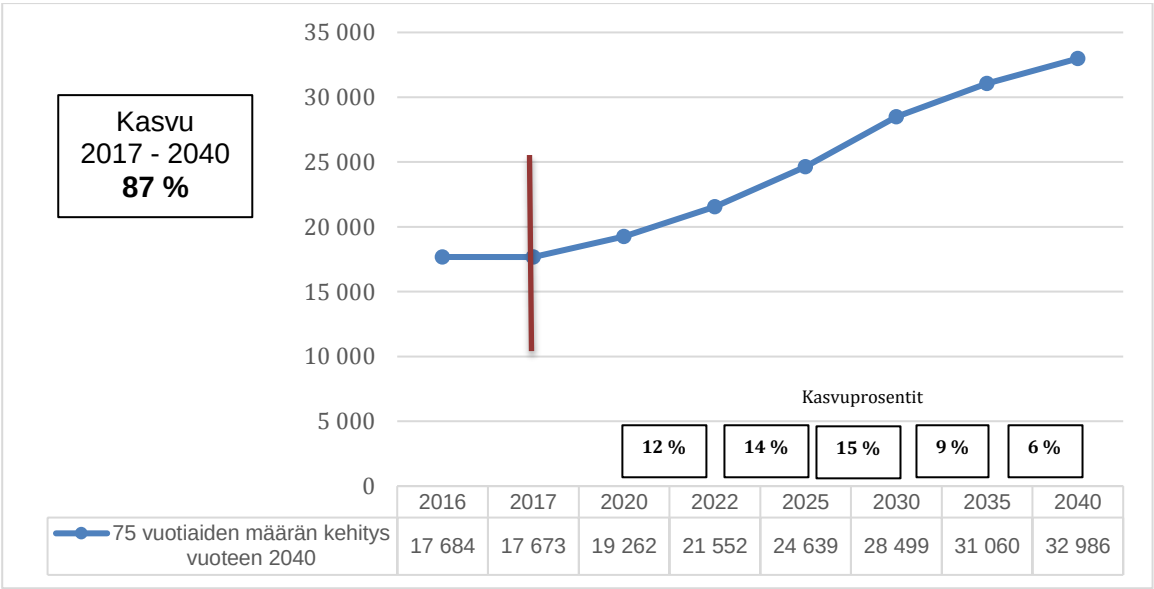
Ikääntyminen näyttäytyy suhteellisen tasaisesti samanlaisena maakunnan alueella: suurimmassa osassa kuntia kasvuprosentit vuosien 2017 ja 2040 välillä asettuvat 77–85 prosentin välille. Poikkeuksen tekevät Ypäjä, jossa kasvu on pienintä, 65 %, sekä Hausjärvi (105 %), Riihimäki (107 %) ja Hattula (108 %), joissa kasvuprosentit olivat suurimmat.

Kanta-Hämeen ikääntyvin kunta on tällä hetkellä Forssa, jossa vuonna 2017 yli 75 vuotiaita oli väestöstä 12,6 %. Forssan seudun kunnat Jokioista lukuun ottamatta ovat maakunnan ikääntyneimpien kuntien joukossa (Ypäjä 11,3 %, Tammela 11,1 %, Humppila 10,5 %). Myös Hämeenlinnassa ko. väestöryhmän osuus on lähes 11 prosenttia (10,8). Pienin väestöosuus oli Hausjärvellä, kahdeksan prosenttia.

Vuoteen 2040 mennessä ennusteiden mukaan ikääntynein kunta on edelleen Forssa (23 % väestöstä on 75 vuotta täyttäneitä). Forssan seudun kunnista Tammelassa osuus nousee 21,5 %:iin, Humppilassa 20,5:een ja Jokioisilla 20,2 %:iin. Hausjärvellä ennusteiden mukaan on edelleen pienin väestönosuus ikääntyneitä: 15,6 prosenttia.

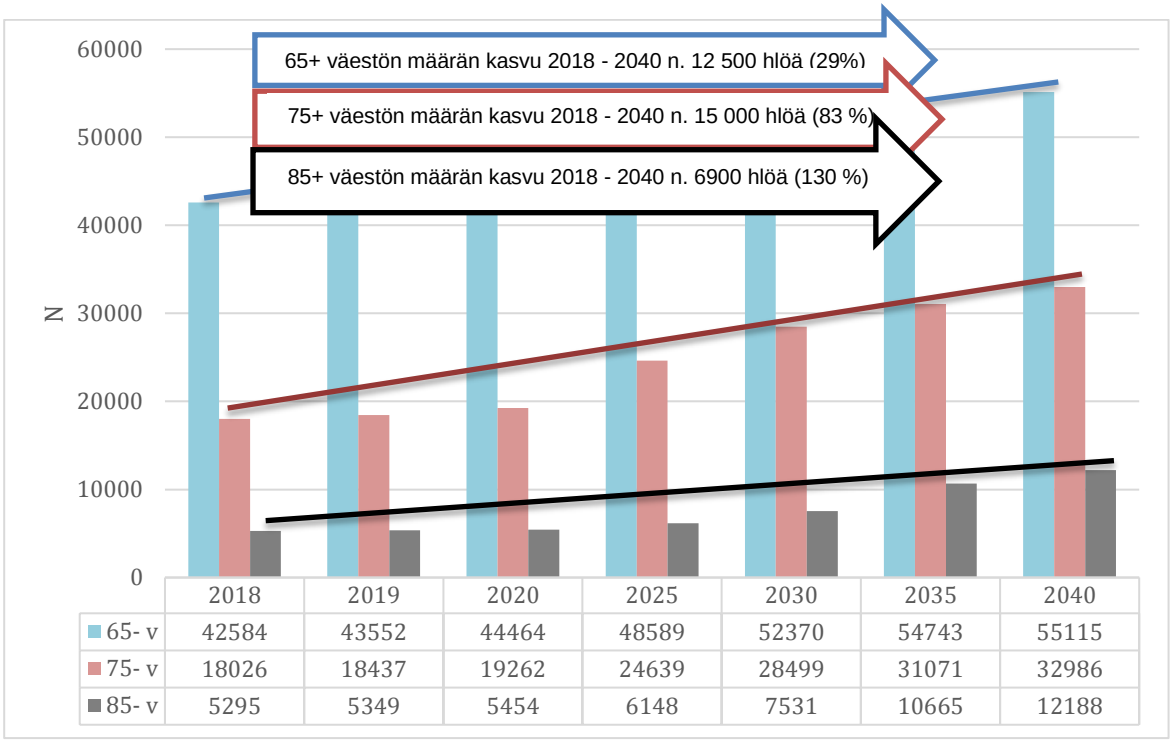


Kuva 5. 75 vuotta täyttäneen väestön tietoja vuodelta 2017.



Kuva 6. 75 vuotta täyttäneiden määrän kehitys vuoteen 2040 mennessä Kanta-Hämeen maakunnassa. Lähde: Tilastokeskus.

Vanhimpiin ikäryhmiin, 85 vuotta täyttäneisiin, kuuluvien määrän arvioidaan nousevan 2017 vuoden 5 300 henkilöstä hieman vajaaseen 12 200 henkilöön (kuva 7). Heidän suhteellinen osuutensa koko väestöstä oli 3,1 % vuonna 2017 ja tuo osuus yli kaksinkertaistuu vuoteen 2040 mennessä 6,7 prosenttiin.



	2018	2019	2020	2025	2030	2035	2040
65- v	42584	43552	44464	48589	52370	54743	55115
75- v	18026	18437	19262	24639	28499	31071	32986
85- v	5295	5349	5454	6148	7531	10665	12188

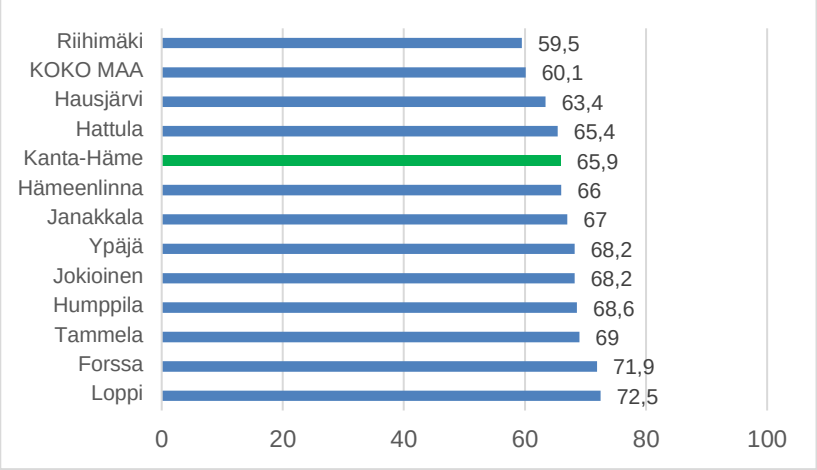
Kuva 7. Kanta-Hämeen väestöennuste 2018–2040: yli 65-, 75- ja 85 vuotiaat. Lähde: Tilastokeskus

Ikääntyvä väestö nähdään usein kustannusten ja palveluiden kasvun kannalta riskinä. Ikääntyvä väestö on myös erittäin merkittävä voimavara, jonka potentiaalia emme ole vielä osanneet huomioida riittävästi. Ikääntymistutkimuksessa on pitkään puhuttu mm. kolmannesta iästä, vahvasta vanhenemisesta, terveestä vanhenemisesta, aktiivisesta ikääntymisestä ja voimavaroista. Käsitteiden taustalta löytyvät muuttuneet ikäkäsitykset, ikääntyneiden erilaisuuden tunnistaminen sekä ikääntyneiden parantunut terveys ja toimintakyky. Näiden seurauksena ikääntyneet voivat todellakin olla voimavara monilla tavoin ja eri toiminnoissa kuten työelämässä, vapaaehtois- ja järjestötyössä, omaishoidossa ja muussa hoivassa, koulutuksessa ja kokemuksen siirtämisessä. (Ikääntyminen voimavarana, 2004). Kanta-Hämeessäkin 65 vuotta täyttäneiden määrän kasvamiseen (kuva 7) sisältyy merkittävää yhteiskunnallista voimavaraa. Toisaalta yli 75 vuotiaiden osuuden kasvu johtaa hallitsemattomaan palvelujen käytön tilanteeseen, mikäli palvelurakennetta ei kyetä muuttamaan kevyempään suuntaan.

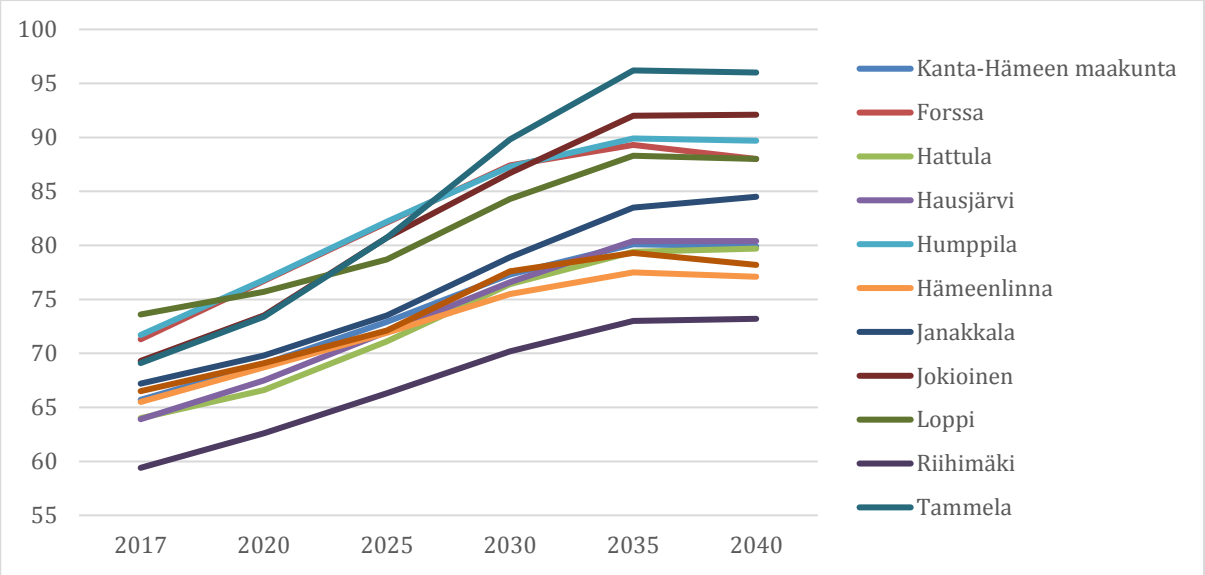
Lähivuosikymmeninä koko väestörakenteessa tapahtuu muutos. Väestöllinen huoltosuhde on heikentynyt vuodesta 2010 Kanta-Hämeen 55,4:stä nykyiseen 65,9:ään (kuvat 8 ja 9). Ennusteen mukaan huoltosuhde heikkenee edelleen ollen 79,9 vuonna 2040.

Kanta-Hämeen tiivein asumiskeskittymä on selkeästi Riihimäen kaupungissa, toisena tulee Forssa. Muissa kunnissa väestöntiheys on matalahkoa (kuva 10). Kanta-Hämeen taajamissa asuu hieman yli 81 % asukkaista ja taajamissa hieman vajaa 18 % (kuva 11). Ikääntyneiden osalta taajamissa asuvien osuus on hieman enemmän (kuva 12). Hämeen Liiton tietojen mukaan 75 vuotta täyttäneistä 84 % asui YKR- taajaman alueella ja 16 % taajaman ulkopuolisella alueella. Mitä

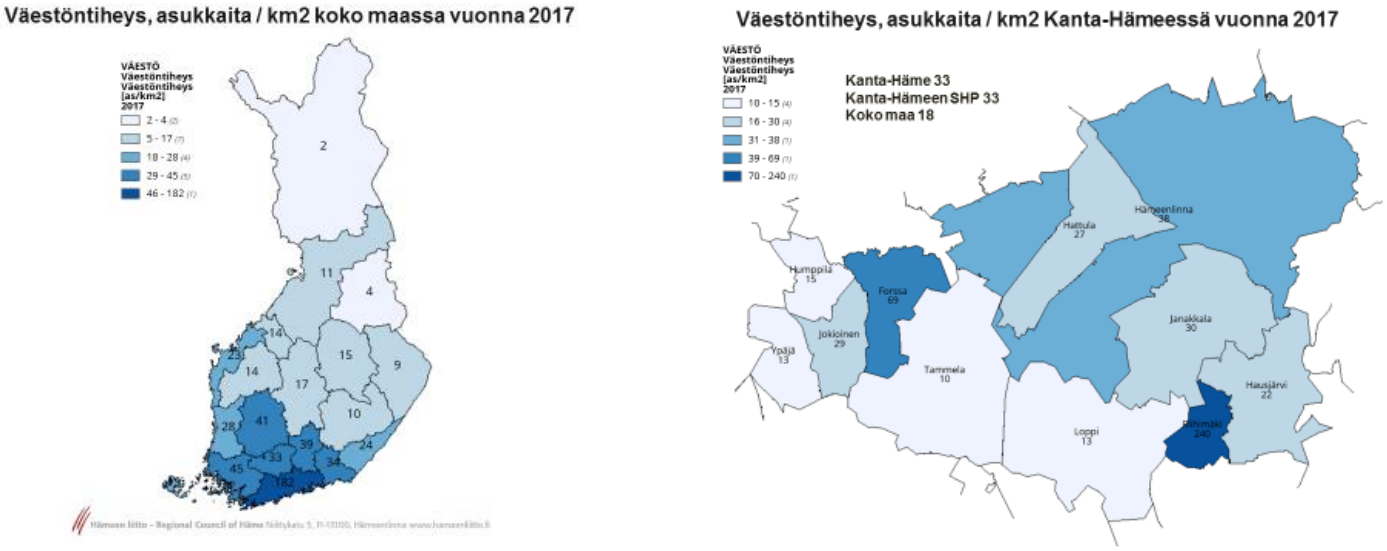
enemmän ikääntyneitä asuu kylien ja kaupunkien keskustojen ulkopuolella, sitä enemmän palveluiden saavutettavuus ja esimerkiksi digi- ja liikkuvien palveluiden merkitys korostuu.



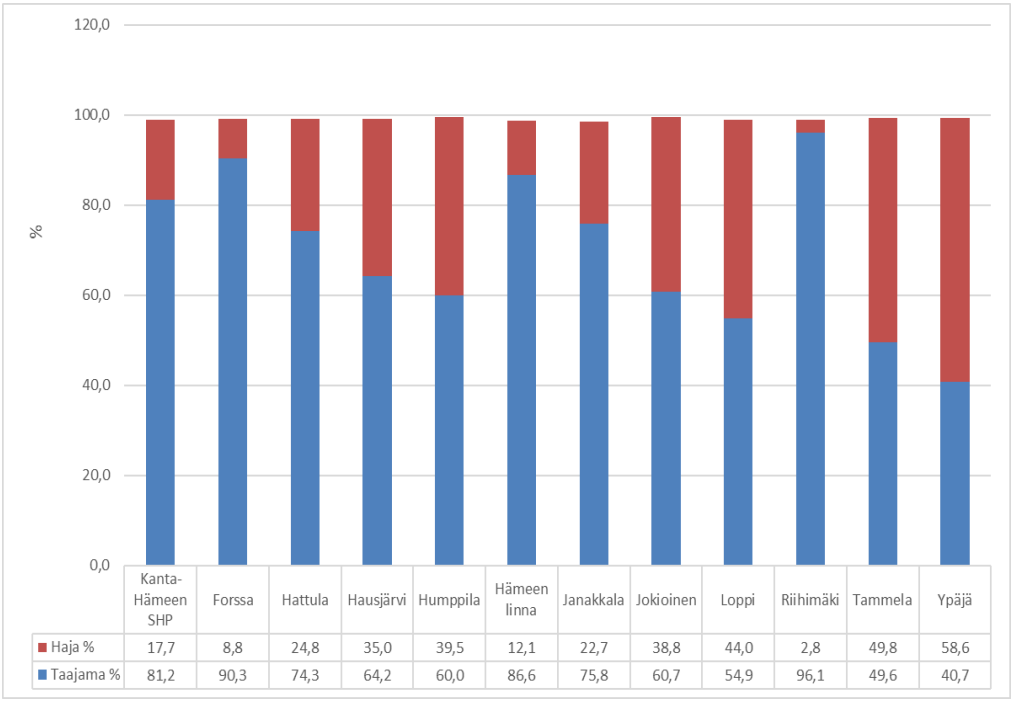
Kuva 8. Huoltosuhde Kanta-Hämeessä vuonna 2017. Lähde: Sotkanet.



Kuva 9. Huoltosuhteen kehityksen ennuste 2017–2040. Lähde: Tilastokeskus

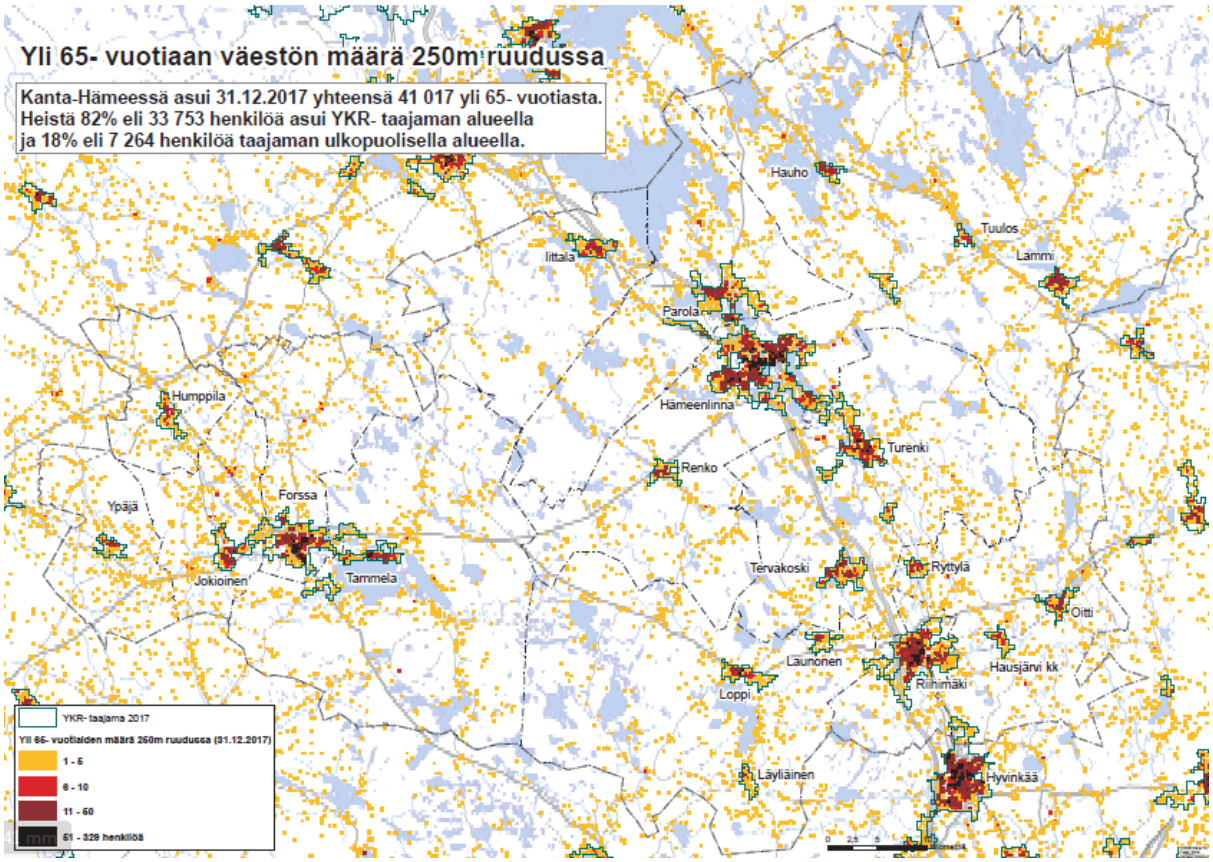


Kuva 10. Väestöntiheyttä kuvaavia tietoja vuodelta 2017.



	Kanta-Hämeen SHP	Forssa	Hattula	Hausjärvi	Humppila	Hämeenlinna	Janakkala	Jokioinen	Loppi	Riihimäki	Tammela	Ypäjä
Haja %	17,7	8,8	24,8	35,0	39,5	12,1	22,7	38,8	44,0	2,8	49,8	58,6
Taajama %	81,2	90,3	74,3	64,2	60,0	86,6	75,8	60,7	54,9	96,1	49,6	40,7

Kuva 11. Väestön jakauma taajamiin ja haja-asutusalueille kunnittain 2017.



Kuva 12. Ikääntyneen väestön sijoittuminen Kanta.Hämeen alueelle. Lähde: Hämeen Liitto 2018.

Yhteen sovitettua ikääntyneiden palvelukokonaisuutta valmisteltaessa laadittiin Kanta-Hämeessä ikääntyneiden asumisen konsepti. Konseptin taustatutkimusten mukaan Ypäjän, Humppilan ja Jokioisten kunnat asukasmääriltään pienimpinä maakunnan kuntina edustavat sellaisia alueita, joissa 65 vuotta täyttäneet asukkaat ovat asuinpaikkojensa osalta jakautuneet tasaisesti pääsääntöisesti pieninä (1-5 hlön) ryppäinä kuntien alueille. Muissa kunnissa asuminen on keskittyneempää isompiin keskuksiin: eritoten pääteiden ja vesistöjen varsille. Maakunnan keskellä kulkee pohjois-eteläsuunnassa isohko alue, jossa on harvaa 65 vuotta täyttäneiden asumista. Tämä jakaa eräällä tapaa maakunnan kahtia. Selkeästi suurin keskittymä 65 vuotta täyttäneitä elää maakunnassa moottoritien välittömällä vaikutusalueella.

Näiden tulosten perusteella voitiin todeta, ettei kuntarajojen häivyttämisellä näyttäisi olevan saavutettavissa palvelurakenteen osalta luonnollisia uusia palvelualueita nykyisiä uusin tavoin yhdistelmällä; asumiskeskittymät eivät Kanta-Hämeessä sijaitse kuntarajojen läheisyydessä. Toisaalta, koska maakunnassa on laajahkoja asumattomia alueita ja paljon alueita, joissa asuu yhdestä viiteen 65 vuotta täyttänyttä henkilöä, (/250*250 metrin alue), näyttää tarkoituksenmukaiselta organisoida ja integroida palveluita kunnissa jo olemassa oleviin toimintoihin kumppanuuksilla muiden kuin sote-toimijoiden kanssa (esim. seurakunnat ja niiden tilat) sekä uusilla innovatiivisilla tavoilla (esimerkiksi digitaaliset ja liikkuvat palvelut). Tulevaisuudessa on selvää, että palveluita tuotetaan yhä enenevissä määrin muutoin kuin pelkästään sote-ammattilaisten voimin fyysisinä käynteinä.

Päijät-Hämeessä ja Lahden kaupungissa on osana Ympäristöministeriön ikääntyneiden kehittämisohjelmaan (2013–2017) opittu, että:

- ikääntyneet asuvat vanhemmissa rakennuksissa kuin väestö keskimäärin. Eniten ikääntyneitä asuu 1970- ja 1980-lukujen rakennuksissa. Ikäluokkien välillä ei ole suuria eroja mutta joko hyvin vanhoissa tai uusissa rakennuksissa asuminen on hieman yleisempää yli 85-vuotiailla
- valtakunnallisesti yli 65-vuotiaat ovat olleet aliedustettuja uusissa kerros- ja rivitaloasunnoissa
- ikääntyneet asuvat useimmiten omistusasunnoissa. Asumisoikeus-asunnoissa asuminen on hyvin harvinaista
- koko maan tasolla ikääntyneiden keskimääräinen asumisväljyys oli 53 m² vuonna 2014. Koko väestön asumisväljyys oli 40 m²/hlö, joten ikääntyneet asuvat keskimääräistä väljemmin.
- hissittömissä taloissa asuvien osuus laskee vanhimmissa ikäluokissa. Koko maassa hissittömissä kerrostaloissa asui vuonna 2014 neljäsosa ikääntyneistä. Hissi ja esteettömyys ovat yli 75-vuotiaille tärkeimpiä asunnon ja asuinalueen valintatekijöitä.
- ikääntyneiden muuttoalttius on matala muihin ikäluokkiin verrattuna. Valtaosa väestöstä ikääntyy paikallaan tutussa asuinympäristössä ja asunnossa, jossa on asunut jo pitkään. Muutot maakunnan sisällä ovat ikääntyneillä yleisimpiä. Kuntien välisiä muuttoja tehdään enemmän 65–74 -vuotiaiden ikäluokassa
- ikääntyneet tekevät pääasiassa alle 20 kilometrin mittaisia muuttoja. Muuttomatkat lyhenevät ikääntymisen myötä. Suuressa osassa etenkin 75 -vuotiaiden muutoista muuttomatka on alle viiden kilometrin mittainen. Näissä muutoissa on useimmiten kysymys muutosta sopivampaan asuntoon tutulla asuinalueella
- alueilla, jossa palvelut ovat huonommin saavutettavissa, nettomuutto jää negatiiviseksi. Yli 75-vuotiaiden kohdalla osa ikäluokasta tekee jo välttämättömiä muuttoja palvelutaloihin tai laitoshoitoon, minkä seurauksena muuttoliikkeen suuntautumista määrittää myös näiden asumispalveluiden sijainti.
- ruokakauppa, julkiset liikenneyhteydet, luonto ja terveyspalvelut koetaan tärkeimmiksi asioiksi asumista ajatellen.

(Olkkonen-Nikula 2018).

Lyhyesti

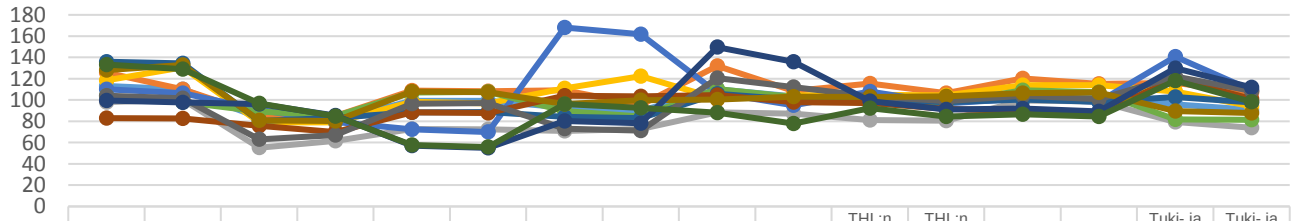
- ikääntyminen lisääntyy maakunnassa tasaisesti mutta rivakasti 33 000 hlöön 75+ ikäryhmässä vuoteen 2040 mennessä
  - 85+ osuus nousee 130 %:ia, 6 900 hlöllä
- ikääntyvä väestö on erittäin merkittävä voimavara, johon on suunnattava huomiota

4. IKÄÄNTYNEIDEN HYVINVOINNIN NYKYTILA

4.1 Sairastavuus, hyvinvointi ja terveys

Kanta-Hämeen maakunnassa ikävakioitu sairastavuusindeksi 98.3 on jonkin verran alempi kuin maassa keskimäärin (100). Vaihteluväli maakunnassa on Hattulan 80.6:sta Forssan 106.5:een. (THL, 2017.) Ikävakioiduista indekseistä (kuva 13) maakunnassa maan keskimääräisen arvon ylittävät aivoverisuonitauti-indeksi, syöpäindeksi ja tapaturmaindeksi. Kaikissa maakunnan kunnissa ikävakioitu dementia-indeksi on maan keskimääräistä arvoa matalampi.

Merkittävän korkeita ikävakioituja indeksilukuja maakunnan kunnista on Humppilassa (161,7) ja Hausjärvellä (122,3) sepelvaltimotautia koskien; Janakkalassa (134,5), Riihimäellä (132,9), Hausjärvellä (130,7) ja Ypäjällä (129) aivoverisuonitautia koskien sekä Tammelassa (135,8) syöpätauteja koskien.



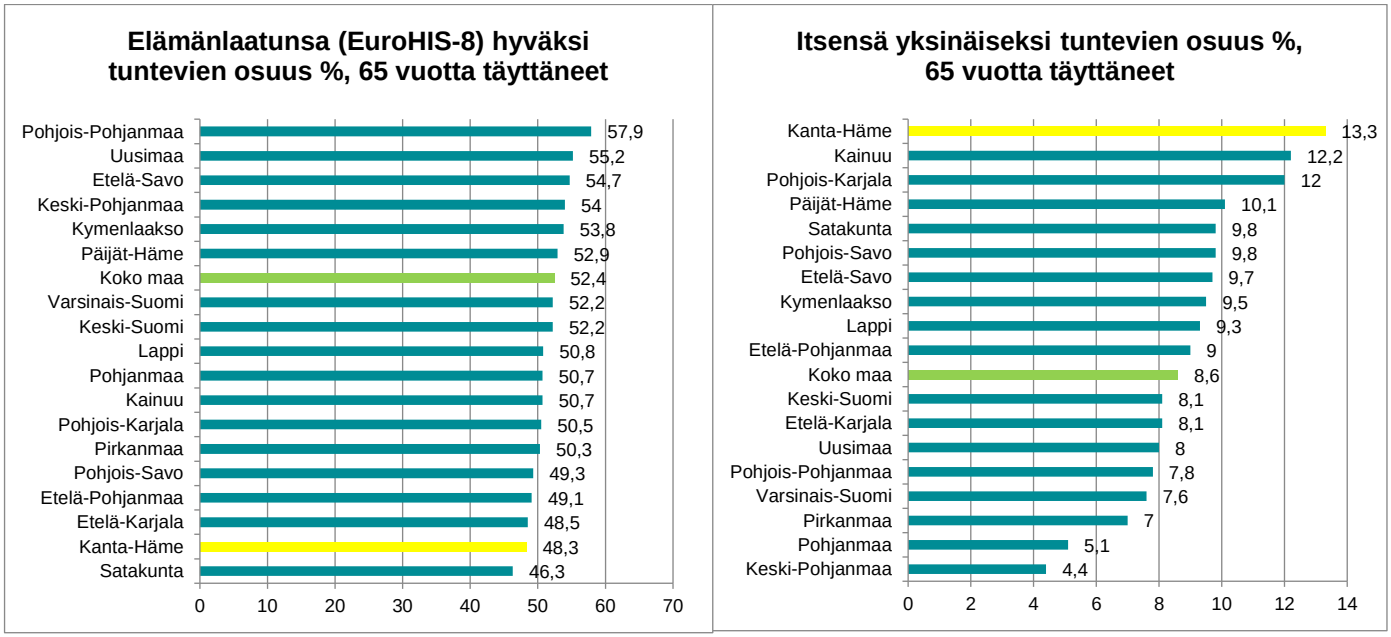
	Aivoverisuonitauti-indeksi, ikävakioimaton	Aivoverisuonitauti-indeksi, ikävakioitu	Dementiaindeksi, ikävakioimaton	Dementiaindeksi, ikävakioitu	Mielenterveysindeksi, ikävakioimaton	Mielenterveysindeksi, ikävakioitu	Sepelvaltimotauti-indeksi, ikävakioimaton	Sepelvaltimotauti-indeksi, ikävakioitu	Syöpäindeksi, ikävakioimaton	Syöpäindeksi, ikävakioitu	THL:n sairastavuusindeksi, ikävakioimaton	THL:n sairastavuusindeksi, ikävakioitu	Tapaturmaindeksi, ikävakioimaton	Tapaturmaindeksi, ikävakioitu	Tuki- ja liikuntaelinsairausindeksi, ikävakioimaton	Tuki- ja liikuntaelinsairausindeksi, ikävakioitu
Kanta-Häme	113,2	110	83,5	81,5	99,2	99,1	92,8	90	110,1	103,5	101,2	98,3	106,9	105,1	95,9	90,9
Forssa	125,8	110,1	86,1	84,9	108,7	108,2	109	95,2	132	108,4	115,6	106,5	120,3	115,1	116,2	106,9
Hattula	97,9	100,3	55,2	61,6	72,9	72,6	71,1	72,9	88,4	87,3	81,3	80,6	99,5	98,6	79,5	74,1
Hausjärvi	118,6	130,7	79	79	98,3	96,7	111,1	122,3	101,4	104,2	104,8	104,2	114	114	107,9	94,1
Humppila	109,9	106,5	90,7	79,4	72,6	69,9	168,1	161,7	106,8	94,9	107,9	96,9	101,4	98,3	140,7	109,1
Hämeenlinna	103,6	97,9	89,2	84,9	107	107,7	89,6	84,6	110,3	102,7	99,6	97,1	109,2	107,3	81,7	81,4
Janakkala	136	134,5	80,3	83,3	88,5	88,7	84,1	83,1	105,8	100,3	100,2	98,1	100,3	98,2	102,7	97,6
Jokioinen	82,9	82,8	75,8	69,9	88,3	87,9	103,9	103,3	104,7	98,1	97,2	91,6	89,7	87,6	119,9	101,1
Loppi	104	101,7	63	66,9	96,6	97	73,1	71,4	120,7	112,2	103,3	98,8	104	100,7	122,1	108,6
Riihimäki	128,2	132,9	81	80,3	107,9	107,3	96,3	99,7	100,5	103,2	102,8	103,5	106,5	107,1	89,7	87,7
Tammela	99,5	97,6	96,3	85,3	57	55	80,3	78,3	149,6	135,8	98,8	91,2	92,1	89,2	129,9	112
Ypäjä	133,3	129	96,9	84,7	57,7	55,8	96,2	92,6	88,2	77,9	92,4	84,5	86,7	84,5	118,1	98,4

Kuva 13. Sairastavuusindeksit Kanta-Hämeessä 2015, Lähde: Sotkanet.

Aikuisten terveys- hyvinvointi- ja palvelututkimus (ATH) on seurannut hyvinvoinnissa ja terveydessä tapahtuneita muutoksia väestössä ja erilaisissa väestöryhmissä. Syksystä 2017 alkaen ATH jatkuu nimellä Kansallinen hyvinvointi-, terveys- ja palvelututkimus FinSote. Tutkimus tuottaa tietoa myös väestön palveluiden tarpeesta, niiden käytöstä ja riittävyydestä. Liitteessä 1 on kuvattu sekä ATH 2015 että FinSote 2017–2018 indikaattoreita valtakunnallisesta ja Kanta-Hämeen tilanteista 75 vuotta täyttäneiden vastaajien osalta.

Tutkimusten perusteella elämänlaatunsa keskimäärin hyväksi tuntevien 75 vuotta täyttäneiden osuus on Kanta-Hämeessä lisääntynyt vuosien 2015 ja 2017 välillä (n. 38 -> 44 %:iin) siinä missä koko maassa heidän osuutensa on hieman laskenut (44 -> 42 %:iin). Sama tilanne näyttää koskevan niitä ikääntyneitä, jotka kokevat elämänlaatunsa keskimääräistä paremmaksi (koko maa: 56.5 ->

46.1 %:iin ja Kanta-Hämeessä 57.5 -> 60.6 %:iin). THL:n KUVA-indikaattoreiden perusteella maakunnassa elämänlaatunsa (EuroHIS-8) hyväksi tuntevien osuus (%) 65 vuotta täyttäneiden osalta oli 48.3 % mikä on maan toiseksi pienin osuus. Pohjois-Pohjanmaalla, joissa heidän osuutensa oli maan suurin, vastaajista 57.9 % koki näin. Maakunnassa itsensä yksinäiseksi tuntevien ikääntyneiden osuus on laskenut ATH:n ja FinSoten tutkimusvuosien välillä 20 %:sta kahdeksaan prosenttiin. Toisaalta taas THL:n KUVA-indikaattoreiden perusteella (kuva 14) Kanta-Hämeessä oli maan suurin osuus sellaisia 65 vuotta täyttäneitä, jotka tunsivat itsensä yksinäiseksi (13,3 %). Pienin yksinäiseksi tuntevien osuus oli Keski-Pohjanmaalla (4,4 %).



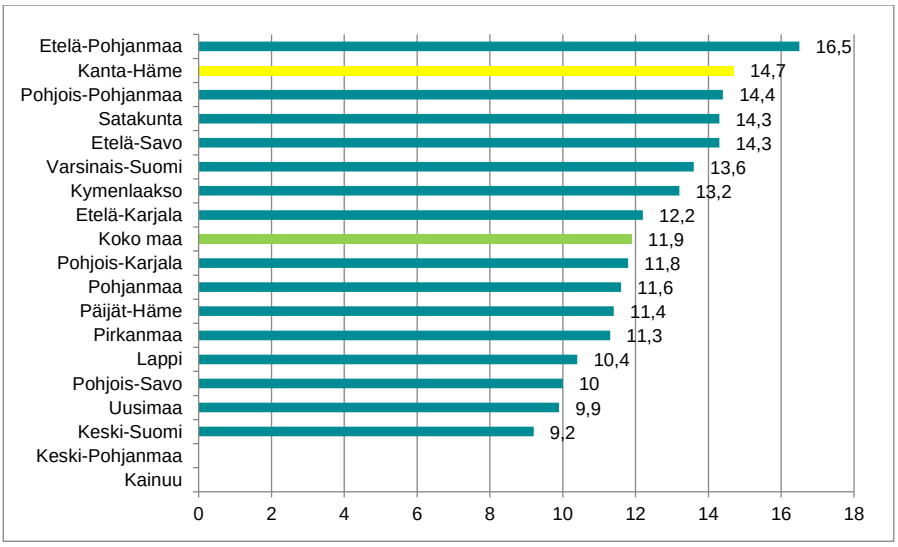
Kuva 14. KUVA-indikaattoreita 65 vuotta täyttäneiden ikäryhmästä. Lähde: KUVA-indikaattorit, Sotkanet.

Terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi tuntevien osuus on laskenut koko maassa (66 -> 58 %:iin) ja myös Kanta-Hämeen maakunnassa (74 -> 62 %:iin). Kanta-Hämeessä on laskenut myös niiden 75 vuotta täyttäneiden osuus, jotka kokevat muistinsa huonoksi (12,5 % vuonna 2015 ja 6,8 % vuonna 2017).

KUVA-indikaattoreiden mukaan Kanta-Hämeessä oli vuonna 2015 maan toiseksi suurin osuus niitä 75 vuotta täyttäneitä, jotka kokivat itsestään huolehtimisessa vähintään suuria vaikeuksia (kuva 15).

Sekä maassa että maakunnassa aktiivisesta osallistumisestaan kertovien ikääntyneiden osuudet ovat laskeneet jonkin verran. Kanta-Hämeessä lähes 35 % niistä vastanneista ikääntyneistä, jotka kertoivat etteivät osallistu järjestötoimintaan, merkkasivat syyksi oman tai läheisen terveyden tai toimintakyvyn estävän osallistumisen. Koko maassa osuus vastaajista oli 26,6 %.

Niiden vastaajien osuus, jotka kertovat huonojen julkisten liikenneyhteyksien haittaavan vähintään jonkin verran, on kasvanut maassa ja Kanta-Hämeen maakunnassa (maakunnassa 34 -> 38.5 %:iin ja maassa lähes 10 % kasvu: 25 -> 34 %:iin).



Kuva 15. Itsestä huolehtimisessa vähintään suuria vaikeuksia kokevien osuus (%), 75 vuotta täyttäneet. Lähde: KUVA-indikaattorit, THL 2015.

Internetiä sähköiseen asiointiin käyttävien ikääntyneiden osuus näyttää tutkimusten mukaan vähentyneen sekä maan tasolla että maakunnassa. Tosin Kanta-Hämeessä internetiä käyttävien vastanneiden osuudet ovat olleet lähes kaksinkertaiset maan keskiarvoon verraten (Kanta-Häme 42 -> 38 %:iin, koko maa 23 -> 18 %:iin vuosien 2015 ja 2017 välillä).

Kävellessään viimeisten 12 kuukauden aikana kaatumisesta kertoneiden 75 vuotta täyttäneiden osuus on ollut kasvussa tutkimusvuosien välillä sekä koko maassa että maakunnassa (koko maa 31.5 -> 38.3 %:iin, Kanta-Häme 30.4 -> 35.7 %:iin).

Maakunnassa unettomuutta 30 viime päivän aikana raportoineiden määrä oli vuonna 2015 suhteessa suurempi (52 %) kuin maassa keskimäärin (45 %). Sama koskee niiden ikääntyneiden osuutta, jotka kertoivat virtsanpidätysongelmista (Kanta-Häme 45 %, koko maa 38 %).

Huolestuttavaa on se, että alkoholia liikaa käyttäneiden (AUDIT-C) osuus ikääntyneistä vastaajista on kasvanut merkittävästi vuosien 2015 ja 2017 välillä niin maassa keskimäärin kuin Kanta-Hämeen maakunnassa (koko maa 4.8 -> 15.5 %:iin, Kanta-Häme 3.5 -> 16.7 %:iin).

Elinikäiset elämäntavat ja liikunta-aktiivisuus ennustavat tulevaa toimintakykyä. Fyysisesti aktiiviset keski-ikäiset säilyttävät kyvyn kävellä itsenäisesti ulkona 400 m kaksi kertaa todennäköisemmin kuin ei-aktiiviset. Ei-aktiivinen elämäntyyli lisää kuoleman- ja mm. sydänsairauksien riskiä. Liikunta-aktiivisuus vähenee iän myötä; iäkkäistä 30–40 % liikkuu harvemmin kuin kolmesti viikossa. 80 vuotta täyttäneistä 89 % pystyy itsenäisesti liikkumaan kotona ja ympäristössä mutta heilläkin saattaa olla vaikeuksia ylittää tietä vihreän liikennevalon palaessa, mikä vaatii 1.2 m/s kävelynopeutta. Puristusvoima on selkeästi alentunut 68 % naisista ja 33 %:lla miehistä, mikä kertoo kuolemanriskin lisääntymisestä ja siten tarpeesta terveydentilan selvittelyyn. (Tikkanen 2015).

Ravitsemustila, joka luo pohjan fyysiselle toimintakyvylle on 80 vuotta täyttäneistä 14 %:lla huono (Tikkanen 2015, Paronen 2014). Jopa 86 % kotihoidon asiakkaista on vajaaravittuja tai vajaaravitsemusriksissä (Kaipainen ym. 2015). Vajaaravitsemus heikentää toimintakykyä, hidastaa sairauksista ja leikkauksista toipumista sekä lisää kuolleisuutta (De van der Schueren ym. 2014).

Myös gerastenia lisää riskiä toiminnanvajauksen kehittymiselle ja kuolleisuudelle. Gerasteniaa tai sen esiastetta on noin 60 %:lla yli 75 vuotiaista (Tikkanen 2018).

Läheisapua saavien kodin ulkopuolisten palveluiden tarve on merkitsevästi vähäisempi kuin heidän, joilla ei ole läheisapua (Mäkelä M. THL, 2018).

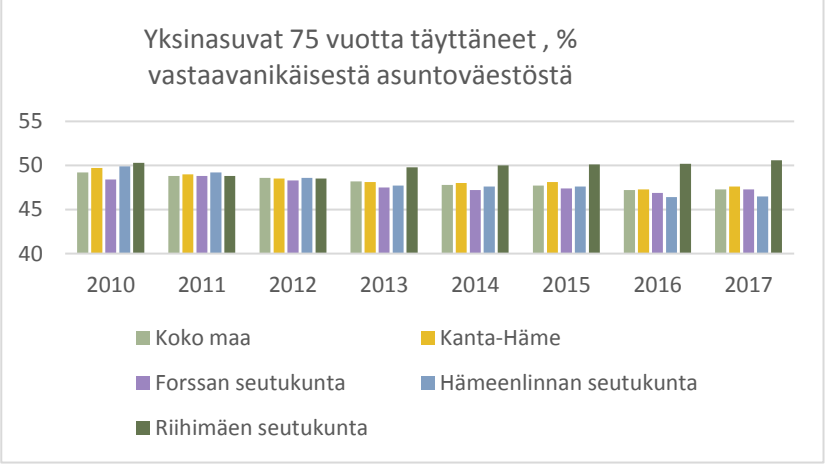
Koetut terveys ja toimintakyky ovat viimeisimmän kymmenen vuoden aika parantuneet, mutta nyt on viitteitä siitä, että ihmisten terveydentilan hyvä kehitys saattaa pysähtyä. Tämä johtuu suurelta osin elintavoista; väestö lihoo edelleen ja 2-tyypin diabetes yleistyy, mikä johtaa mm. sydän ja verisuonisairauksien lisääntymiseen (Tikkanen 2018).

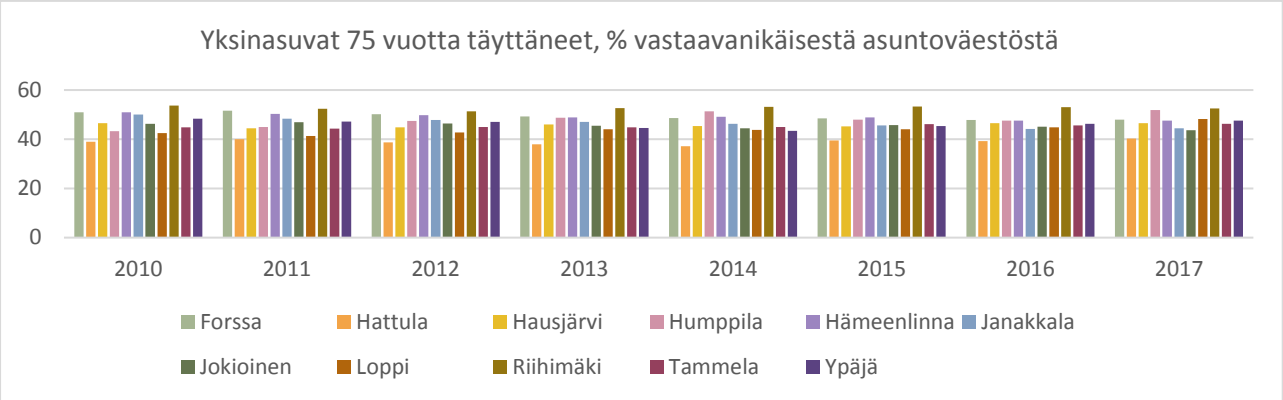
4.2 Sosioekonominen asema

ATH-tutkimuksen (2017) mukaan alueelliset ja sosioekonomiset erot ovat suuria: mm. vähän koulutetuilla ja pienituloisilla hyvinvoinnin ja toimintakyvyn osalta tilanne on heikompi ja myös syrjäytymisen ja rakennetyöttömyyden vaikutukset jatkuvat iäkkäänäkin. Kanta-Hämeessä keskimäärin kahdeksan prosenttia ATH ja FinSote –tutkimuksiin vastanneista 75 vuotta täyttäneistä on joutunut tinkimään ruoasta, lääkkeistä tai lääkärikäynneistä rahan puutteen vuoksi (liite 1).

Maakunnan tasolla Kanta-Hämeessä on saman verran tai hieman enemmän yksinasuvia ikääntyneitä kuin maassa keskimäärin. Seutujen välillä on kuitenkin merkittävää vaihtelua. Siinä missä Hämeenlinnan seudulla yksinasuvien määrä on selvästi maata pienempää, Riihimäen seudulla se on merkittävästi suurempaa kuin maassa ja maakunnassa keskimäärin. Riihimäen seudun osalta tilanne on ollut tämä vuodesta 2013 alkaen ja näyttää siltä, että yksiasuvien ikääntyneiden suhteellinen osuus vastaavan ikäisestä väestöstä kasvaa seudulla vuosi vuodelta (kuva 16–17).

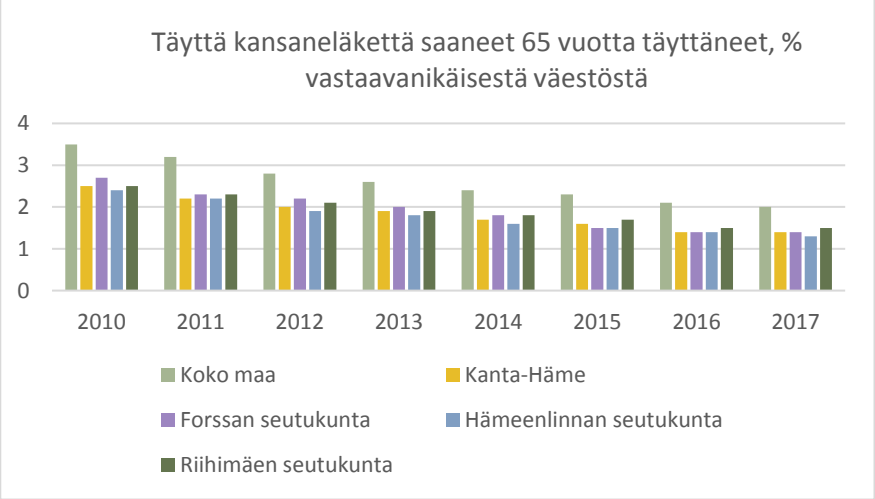
Täyttä kansaneläkettä saaneet 65 vuotta täyttäneet, % vastaavan ikäisestä väestöstä -indikaattori (kuva 18) ilmaisee tiedot siitä ikääntyvästä väestönosasta, joilla on vähän tai ei lainkaan ansioeläkkeitä. Indikaattori siis osoittaa pienituloisuutta eläkeikäisessä väestössä. Kanta-Hämeessä pienituloisia eläkeläisiä on maan keskiarvoa vähemmän. Vähiten heitä on Janakkalassa (vuonna 2017 indikaattorin arvo vuonna 0,9 %) ja eniten Tammelassa ja Ypäjällä (indikaattorin arvo samana vuonna 1,9 %).



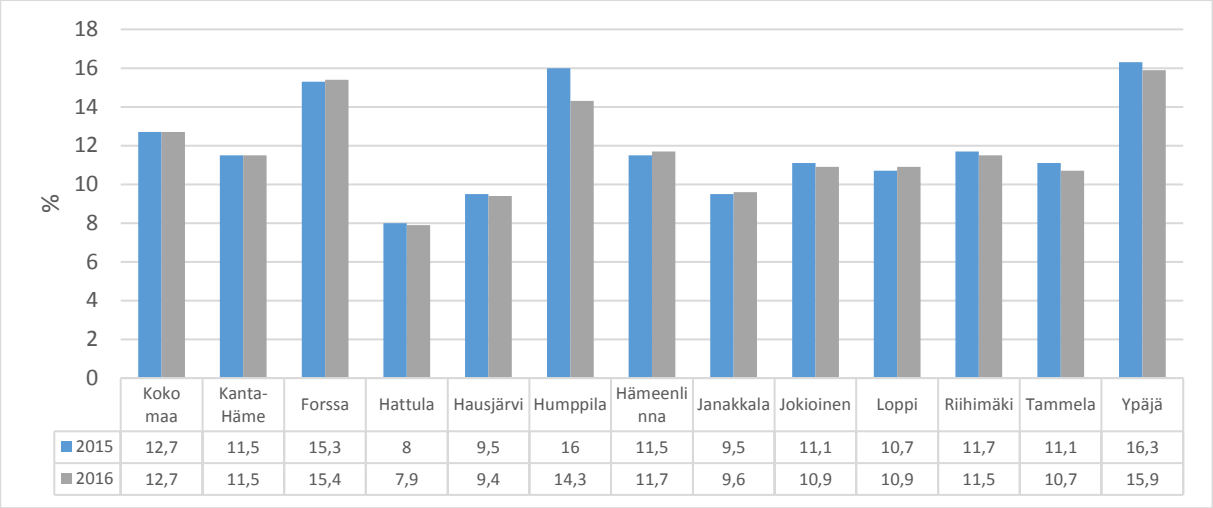


Kuvat 16–17. Yksinasuvien 75 vuotta täyttäneiden määrän kehitys 2010–2017. Lähde: Sotkanet

Kunnan pienituloisuusastetta kuvaava indikaattori (kuva 19) ilmaisee pienituloisiin kotitalouksiin kuuluvien henkilöiden osuuden prosentteina kaikista alueella asuvista henkilöistä. Indikaattori kuvaa sitä kuinka suuri osa alueen väestöstä kuuluu kotitalouksiin, joiden tulot jäävät suhteellisen pienituloisuusrajan alapuolelle. Kanta-Hämeen kunnista Forssa, Humppila ja Ypäjä nousevat esille, mutta niissäkin pienituloisten osuus alittaa 16 prosentin rajan väestöstä.



Kuva 18. Eläkeläisten pienituloisuutta kuvaava indikaattori. Lähde: Sotkanet.



	Koko maa	Kanta-Häme	Forssa	Hattula	Hausjärvi	Humppila	Hämeenlinna	Janakkala	Jokioinen	Loppi	Riihimäki	Tammela	Ypäjä
2015	12,7	11,5	15,3	8	9,5	16	11,5	9,5	11,1	10,7	11,7	11,1	16,3
2016	12,7	11,5	15,4	7,9	9,4	14,3	11,7	9,6	10,9	10,9	11,5	10,7	15,9

Kuva 19. Pienituloisuusaste. Lähde: Sotkanet.

4.3 Muistisairaudet

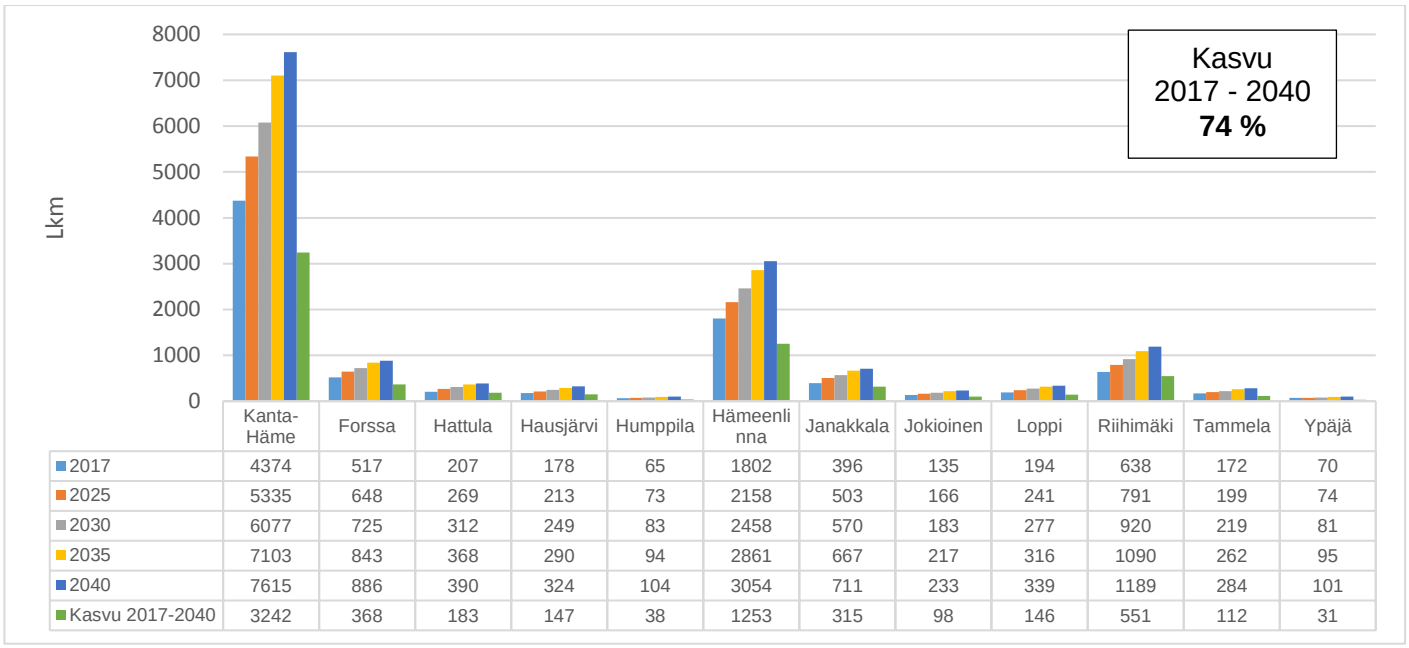
Sulkavan ja Viramon (2006) mukaan keskivaikean ja vaikean muistisairauden esiintyvyyttä voidaan arvioida ikäryhmittäin seuraavasti:

- 30–64 vuotiailla esiintyvyys on 0,26 %
- 65–74 vuotiailla 4,2 %
- 75–84 vuotiailla 10,7 % ja
- 85 vuotta täyttäneillä ja sitä vanhemmilla 35 %.

Em. suhdeosuuksien mukaan vuonna 2017 maakunnassa oli noin 200 alle 65 vuotiasta keskivaikeasti tai vaikeasti muistisairasta. Vuoteen 2040 mennessä heidän määränsä laskee 195 henkilöön. Yli 65 vuotiaita ko. muistisairauksiin sairastuneita oli 4 170 henkilöä. Heidän määränsä nousee vuoteen 2040 mennessä 7 420 henkilöön (kuvat 20–21). Kaiken kaikkiaan keskivaikeaa tai vaikeaa muistisairautta sairastavien määrä kasvaa maakunnassa 2017–2040 yli 3 240 henkilöllä, mikä tarkoittaa 74 % kasvua.

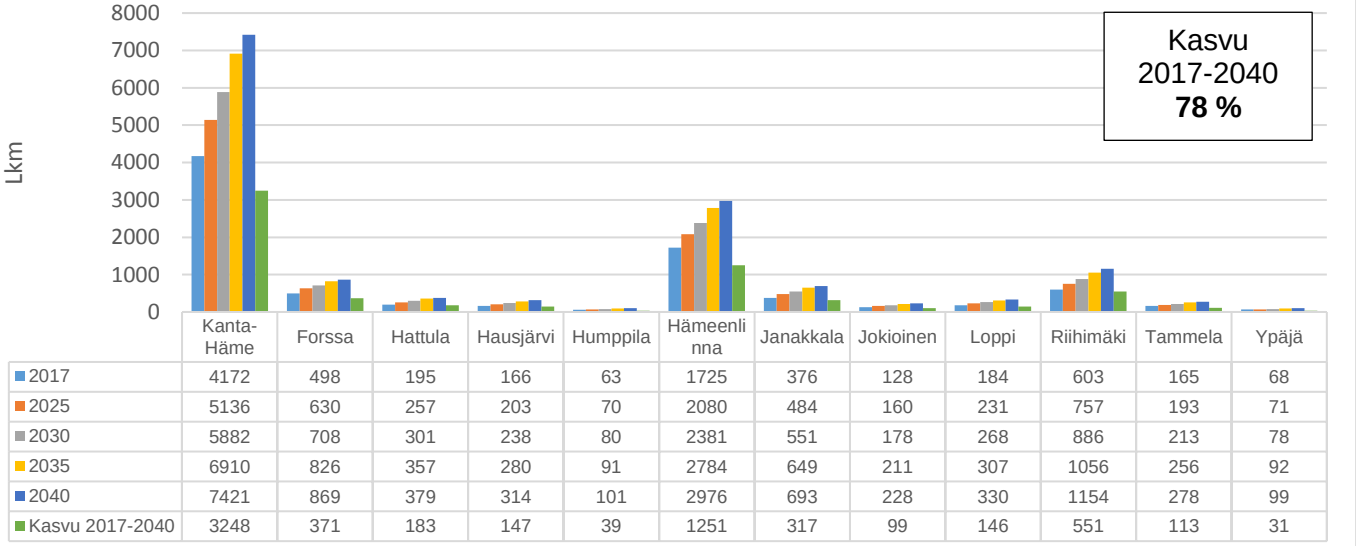
Vähintään keskivaikeasti muistioireisten suuresta kasvavasta määrästä ja hoidon tarpeesta aiheutuu tulevina vuosina merkittävä kansanterveydellinen ja -taloudellinen haaste. Avopalveluissa muistioireiset tarvitsevat paljon sosiaali- ja terveydenhuollon yksilöllisesti räätälöityjä palveluja. Lisäksi muistisairauden loppuvaiheen ympärivuorokautinen hoito vaatii paljon erityisosaamista ja resursseja. Merkittävä osa muistioireisista henkilöistä päätyy sairauden jossain vaiheessa raskaiden palveluiden piiriin eli pääasiassa ympärivuorokautiseen palveluasumiseen.

Muistioireisten hoidon tulee olla toimintakykyä ja kuntoutumista edistävää. Tavallisimmat muistisairaudet ovat eteneviä aivosairauksia, joihin ei toistaiseksi ole parantavaa hoitoa. Muistioireisista 15 %:lla sairaus etenee loppuvaiheen vaikeaan dementiaan, jonka kestoa on vaikea ennustaa. (Käypähoitosuositus).



	Kanta-Häme	Forssa	Hattula	Hausjärvi	Humppila	Hämeenlinna	Janakkala	Jokioinen	Loppi	Riihimäki	Tammela	Ypäjä
2017	4374	517	207	178	65	1802	396	135	194	638	172	70
2025	5335	648	269	213	73	2158	503	166	241	791	199	74
2030	6077	725	312	249	83	2458	570	183	277	920	219	81
2035	7103	843	368	290	94	2861	667	217	316	1090	262	95
2040	7615	886	390	324	104	3054	711	233	339	1189	284	101
Kasvu 2017-2040	3242	368	183	147	38	1253	315	98	146	551	112	31

Kuva 20. Vähintään keskivaikeaa muistisairautta sairastavien määrä koko väestössä Kanta-Hämeessä. Lähde: Tilastokeskus (väestömäärä 2017 ja ennusteet), väestöosuuden suuruus perustuu laskelmaan Sulkava ja Viramo, 2006.



	Kanta-Häme	Forssa	Hattula	Hausjärvi	Humppila	Hämeenlinna	Janakkala	Jokioinen	Loppi	Riihimäki	Tammela	Ypäjä
2017	4172	498	195	166	63	1725	376	128	184	603	165	68
2025	5136	630	257	203	70	2080	484	160	231	757	193	71
2030	5882	708	301	238	80	2381	551	178	268	886	213	78
2035	6910	826	357	280	91	2784	649	211	307	1056	256	92
2040	7421	869	379	314	101	2976	693	228	330	1154	278	99
Kasvu 2017-2040	3248	371	183	147	39	1251	317	99	146	551	113	31

Kuva 21. Vähintään keskivaikeaa muistisairautta sairastavien määrä 65 vuotta täyttäneessä väestössä Kanta-Hämeessä. Lähde: Tilastokeskus (väestömäärä 2017 ja ennusteet), väestöosuuden suuruus perustuu laskelmaan Sulkava ja Viramo, 2006.

Lyhyesti

- Haasteina
  - yksinäisyyden kokemukset
  - alkoholia liikaa käyttäneiden määrä kasvussa
  - ikääntyneiden ravitsemustila
  - Riihimäen seudun yksin asuvien osuus merkittävästi suurempaa kuin maassa keskimäärin
  - keskivaikeiden tai vaikeiden muistioireisten määrä kasvaa 74 % vuoteen 2040

5. SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON PALVELURAKENTEEN NYKYTILA JA TAVOITTEET

Lain ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012) 3. luku 13 § määrittelee palveluntarpeisiin vastaamista ohjaavat yleiset periaatteet. Lain mukaan kunnan on järjestettävä iäkkäälle henkilölle laadukkaita sosiaali- ja terveyspalveluja, jotka ovat hänen tarpeisiinsa nähden oikea-aikaisia ja riittäviä. Palvelut on toteutettava niin, että ne tukevat iäkkään henkilön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä, itsenäistä suoriutumista ja osallisuutta. Muun palveluntarpeen ennalta ehkäisemiseksi on kiinnitettävä huomiota erityisesti kuntoutumista edistäviin ja kotiin annettaviin palveluihin.

Sosiaali- ja terveysministeriön ja Kuntaliiton Laatusuosituksen hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019 (STM 2017) tavoitteena on turvata hyvä ikääntyminen ja vaikuttavat palvelut niitä tarvitseville iäkkäille henkilöille. Laatusuositusten linjauksissa on tavoitteena ollut vähentää ympärivuorokautisen hoivan suhteellista osuutta ja vahvistaa kotiin annettavia palveluita ja omaishoitoa.

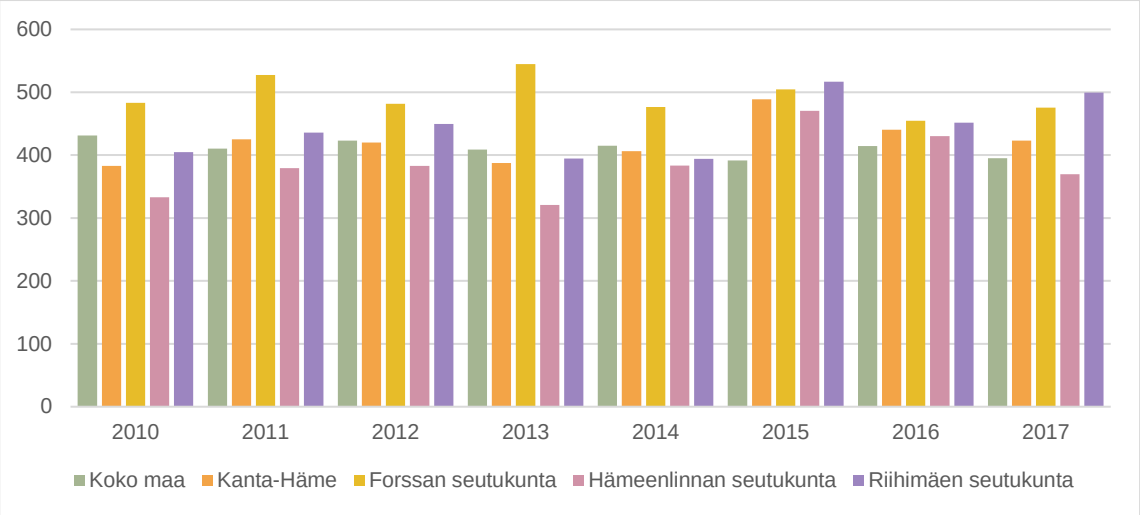
5.1 Maakunnan sosiaali- ja terveyspalvelujen tilanneanalyysi

THL:n (2018) asiantuntija-arvioraportin mukaan voimakkaan ikääntymisen vuoksi Kanta-Hämeen pitää eritoten löytää ne investoinnit, joilla palvelujen tarvetta, käyttöä ja kustannuksia saadaan tasattua siten, että kustannuskehitys saadaan haltuun. Tämä kehitys edellyttää maakunnalta palveluiden järjestäjän, ohjaajan ja valvojan roolissa myös terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen varmistamista.

Kanta-Hämeen kuntien sosiaali- ja terveystointen nettokäyttökustannukset olivat vuonna 2016 yhteensä 571,1 milj. euroa (3 286 euroa / asukas). Asukaskohtaiset kustannukset olivat 0,9 prosenttia korkeammat kuin maassa keskimäärin. Selvästi maata keskimääräistä korkeampia olivat mm. ikääntyneiden palveluiden kustannukset (ikääntyneiden palveluihin on yhdistetty tehtäväluokat ikääntyneiden laitoshoito, ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoivan asumispalvelut ja muut ikääntyneiden palvelut). Vuonna 2016 sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot olivat koko maassa keskimäärin 3 060 euroa asukasta kohti - Kanta-Hämeessä nettomenot olivat lähellä maan keskiarvoa eli 3 065 euroa asukasta kohti. Alueen palvelutarve oli kuitenkin kaksi prosenttia keskimääräistä suurempi, mistä johtuen tarvevakioidut menot olivat kaksi prosenttia keskimääräistä matalammat. (THL 2018)

Väestörakenteen muutosten perusteella arvioitujen sosiaali- ja terveyspalvelujen reaalikustannusten ennakoidaan kasvavan Kanta-Hämeessä vuosina 2016–2030 keskimäärin 1,22 prosenttia vuodessa. Reaalikustannusten kokonaiskasvun ennuste on vuoteen 2030 mennessä 20 prosenttia. Tuona aikana Kanta-Hämeen väestö kasvaa reilulla kahdella prosentilla. Vanhusväestön määrän kasvu on maakunnassa keskimääräistä voimakkaampaa. 65 vuotta täyttäneiden määrä kasvaa vuosina 2016–2030 lähes 30 prosenttia. (THL 2018)

THL:n arvioin mukaan maakunnan ikääntyneillä, 65 vuotta täyttäneillä, on tapaturmiin liittyviä hoitojaksoja (kuva 22) muuta maata enemmän mutta heillä esiintyy alkoholin liikakäyttöä jonkin verran maan keskiarvoa vähemmän.



Kuva 22. Koti- ja vapaa-ajan tapaturmiin liittyvät hoitojaksot 65 vuotta täyttäneillä / 100 vastaavanikäistä 2010-2017. Lähde: Sotkanet.

Somaattinen erikoissairaanhoito on maakunnan alueella keskitetty pääosin Hämeenlinnan keskussairaalaan. Somaattisen hoidon laskennallinen sairaansijojen määrä on maan keskitasoa, mutta perusterveydenhuollossa sairaansijojen määrä on pieni, mikä näkyi myös perusterveydenhuollon vuodeosaston nettokäyttökustannusten tasossa (−19 %). Erikoissairaanhoidon asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset olivat noin viisi prosenttia korkeammat kuin maassa keskimäärin. Yhteenlaskettu laskennallinen sairaansijakapasiteetti on myös pieni. Tämä voi kertoa myös ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoivan tarkoituksenmukaisesta järjestämisestä. Ikääntyneiden palveluiden nettokäyttökustannukset asukasta kohti olivatkin selvästi keskimääräistä korkeammat. (THL 2018).

Runsaat ikääntyneiden erikoissairaanhoidon päivystyskäynnit on kansallinen haaste. Kanta-Hämeessä ikääntyneiden päivystyskäyntejä on maan keskitason verran, vaikka muuten päivystyskäyntien (koko väestö) määrä on pienimpiä. Ikääntyneiden päivystyspalveluiden käytössä näkynee Forssan ympärivuorokautinen päivystys (toimii tällä tietoa vuoden 2019 loppuun) ja Riihimäen perusterveydenhuollon päivittäinen pitkä päivystysaika. Hämeenlinnan seudulla terveysasemat ovat avoinna virka-aikana ja muina aikoina potilaat ohjataan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystykseen, mikä myös saattaa lisätä ikääntyneiden päivystyksen käyttöä. Maakunta ei itse pidä ikääntyneiden päivystyskäyntien määrää laatuongelmana. Lääkäripalveluiden uudelleenorganisointi säännöllisiin ikääntyvien palveluihin (kotihoito, tehostettu palveluasuminen) on kuitenkin maakunnan tavoitteena. (THL 2018).

Sosiaalihuoltolain mukaisia kuljetuspalveluita Kanta-Hämeessä sai merkittävästi isompi osa väestöstä kuin maassa keskimäärin. (THL 2018).

THL:n ATH (2015) ja FinSote (2017–2018) tutkimusten (liite 1) mukaan Kanta-Hämeen 75 vuotta täyttäneet raportoivat käyttävänsä enemmän suun terveydenhuoltopalveluita vastaamista edeltäneen 12 kuukauden aikana kuin vastaava väestö maassa keskimäärin (vuonna 2015 Kanta-Häme 32 %, koko maa 24 %). Sama koskee terveyskeskuksen lääkäripalveluiden käyttöä edeltävän 12 kuukauden aikana: Kanta-Hämeessä lähes 89 % vastaajista - maan keskimääräinen osuus oli

vajaa 82 %. Myös yksityisiä lääkäripalveluita ikääntyneet käyttävät maakunnassa keskimääräistä enemmän vastaustensa perusteella (v. 2015 Kanta-Häme 56 %, koko maa noin 49 %).

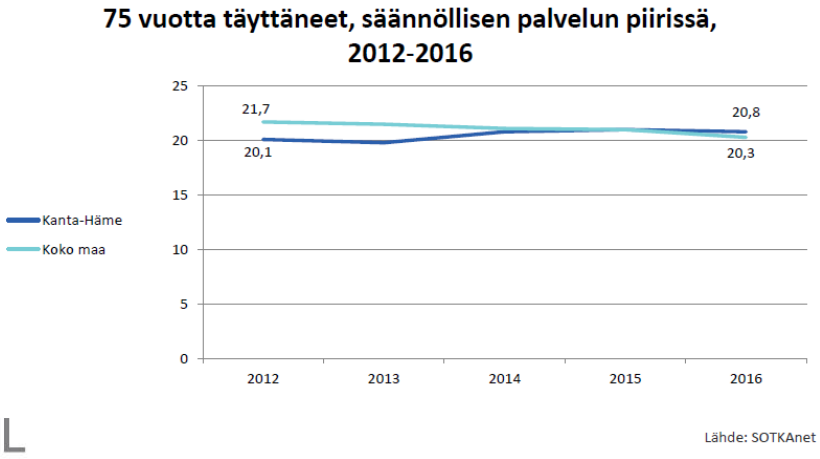
FinSote-tutkimuksen (2017–2018) ensimmäisessä tietojenkeruuvaiheessa kantahämäläisistä ikääntyneistä suurempi osuus kertoi saaneensa riittävän nopeasti yhteyden hoitopaikkaan terveyspalveluissa kuin maassa keskimäärin (Kanta-Häme 43 %, koko maa 37 %). Samoin maakunnassa niiden vastaajien osuus oli maan keskimäärää suurempi, jotka kertoivat asioivansa aina tai usein saman lääkärin tai hoitajan kanssa. Myös sosiaalipalveluiden asiakaslähtöisyys oli kantahämäläisten 75 vuotta täyttäneiden vastaajien osuuksien perusteella hieman parempi kuin maassa keskimäärin, kun he arvioivat asiakaskokemusta, vastaanottoajan riittävyyttä, ajan riittävyyttä kysymysten esittämiseen, asioiden tulemiseen tapaamisessa ymmärrettävästi selitetyiksi ja omaa mahdollisuuttaan osallistua itseään koskeviin päätöksiin.

Toisaalta taas niiden maakunnan ikääntyneiden vastaajien osuus, jotka kokivat sosiaalipalveluiden aukioloaikojen haitanneen palveluiden saantia, oli suurempi (43,6 % käyttäneistä) kuin vastaavien vastaajien osuus terveyspalveluiden puolella (32,4 % käyttäneistä). Vastanneista 75 vuotta täyttäneistä suurempi osa myös koki, että maakunnassa korkeat asiakasmaksut olivat haitanneet sosiaalipalveluiden saantia (31,5 % käyttäneistä) kuin terveyspalveluiden saantia (23,3 % käyttäneistä).

Maakunnan ikääntyneillä näyttää FinSote-tutkimuksen mukaan olevan keskimääräistä vähemmän tietoa valinnan mahdollisuuksistaan terveys- ja sosiaalipalveluissa sekä niitä koskevaa vertailutietoa kuin maassa keskimäärin.

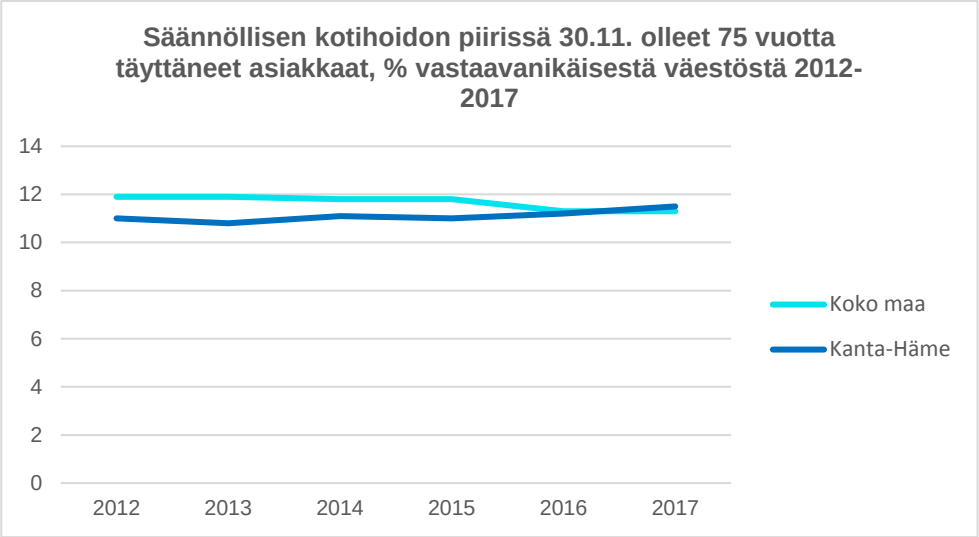
THL (2018) toteaa raportissaan valvontaviranomaisten vuonna 2018 julkaiseman arvion mukaan hyvän hallinnon periaatteiden jäävän osin toteutumatta esimerkiksi vanhuspalveluissa siltä osin, että hallintopäätösten kirjaamisessa on puutteita Kanta-Hämeen maakunnassa.

5.2 Ikääntyneiden palvelurakenne



Kuva 23. Lähde: Kanta-Hämeen maakuntaprofiili, THL 2018.

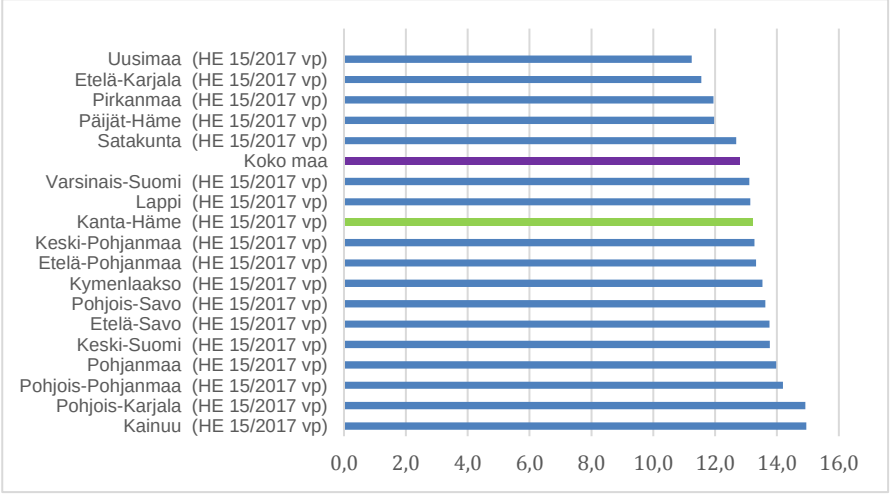
Kotihoitoa kuvaavat tiedot



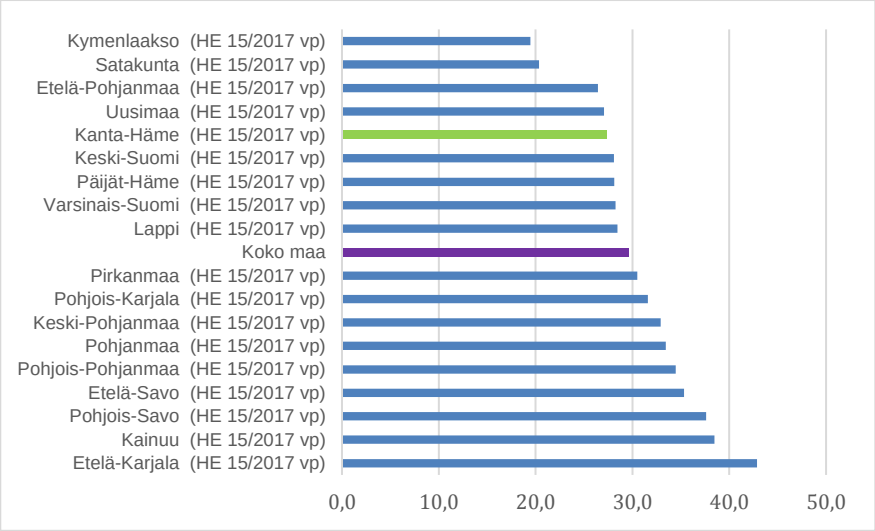
Kuva 24. Lähde: Sotkanet

Säännöllisen kotihoidon asiakkaista 30,2 prosenttia sai käyntejä kerran tai kaksi viikossa Kanta-Hämeessä. Koko maassa vastaavien asiakkaiden osuus vaihteli 24,8 ja 46,7 prosentin välillä. Kotihoitoa korvaavien palvelujen käyttöä on maakunnassa siis mahdollisuus lisätä, kun palvelutarve on vielä vähäinen. Näin painopistettä saataisiin paljon palveluja tarvitseviin ja ympärivuorokautisen hoivan osuutta pienemmäksi ja palvelurakennetta kevennettyä. (THL 2018)

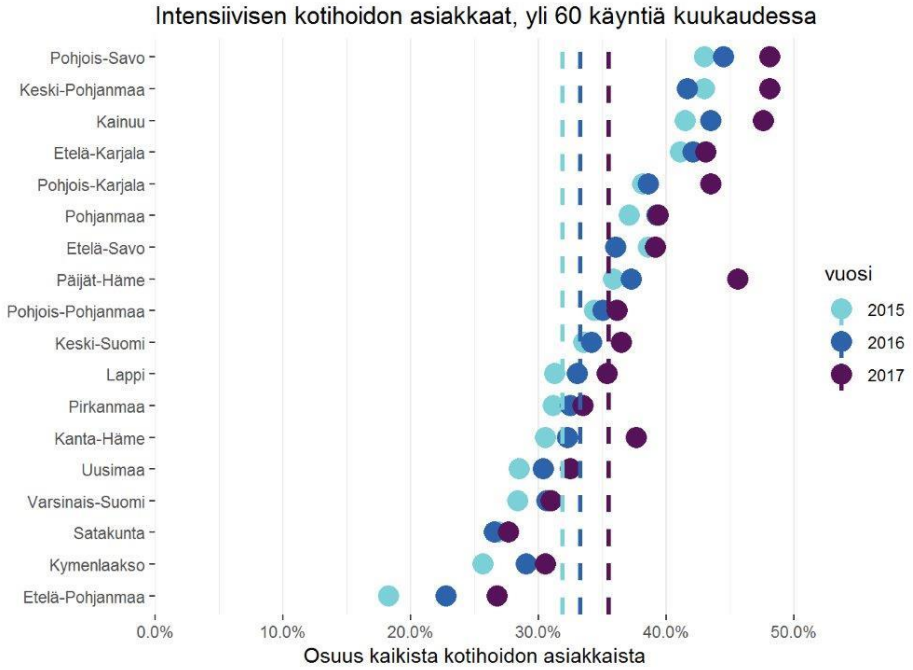
Ikääntyneistä paljon palvelua tarvitseviksi luetaan ne, jotka saavat joko ympärivuorokautista hoitoa tai intensiivistä kotihoitoa, yli 60 käyntiä kuukaudessa. Paljon palveluja tarvitsevien osuus maakunnan 75 vuotta täyttäneistä asukkaista on maan keskitasoa (kuva 25). Heistä kotihoidon asiakkuudessa (kuva 26) oli kuitenkin selvästi pienempi osuus (27 %) kuin maassa keskimäärin (30 %). Koko maan vaihteluväli oli 19,5–42,9 prosenttia. Tämän perusteella maakunnan on mahdollista keventää palvelurakennetta ja nostaa kotihoidon intensiteettiä juuri paljon palveluja tarvitsevilla. (THL 2018).



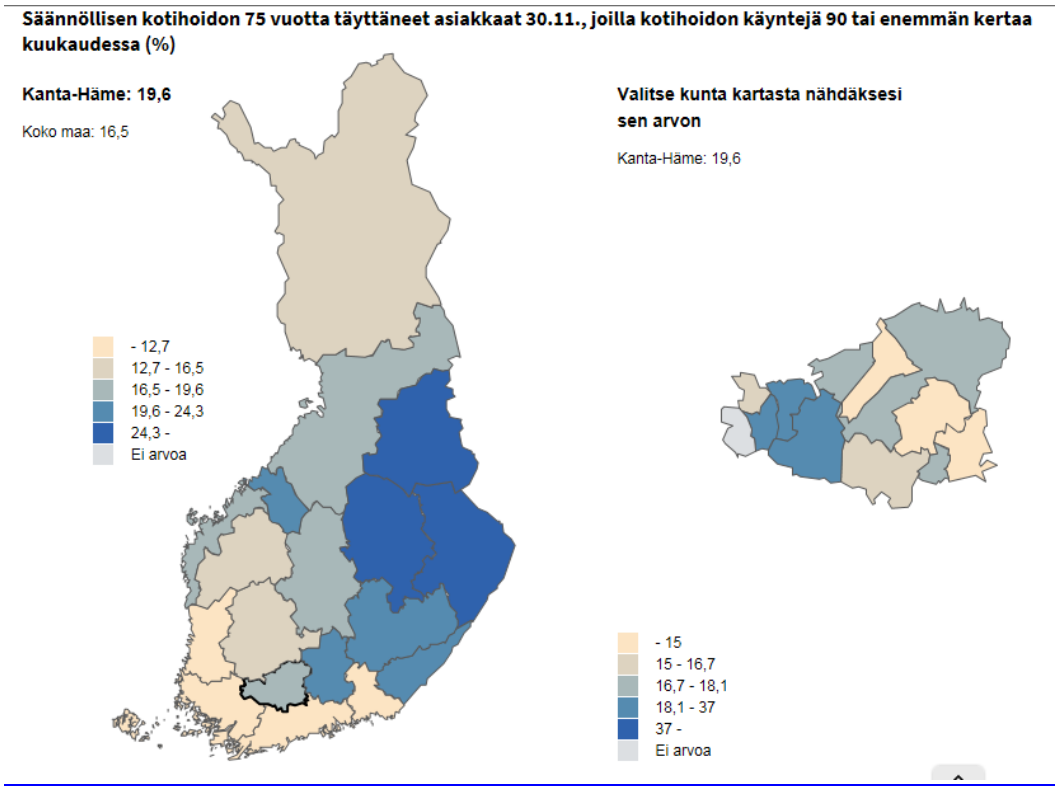
Kuva 25. Paljon palvelua käyttäneiden % osuus 75 täyttäneistä 2017. Lähde: THL.



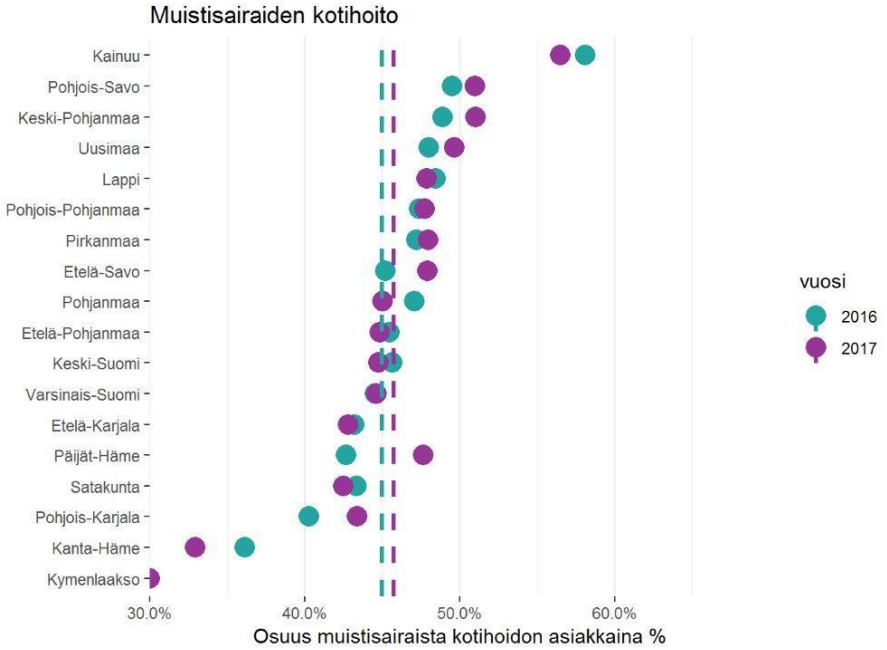
Kuva 26. Kotihoidossa olevien %osuus paljon palveluja käyttävistä 75 vuotta täyttäneistä 2017. Lähde: THL.



Kuva 27. Maakuntien vertailu intensiivistä kotihoitoa saaneiden kotihoidon asiakkaiden suhteessa. Lähde: THL 2018.

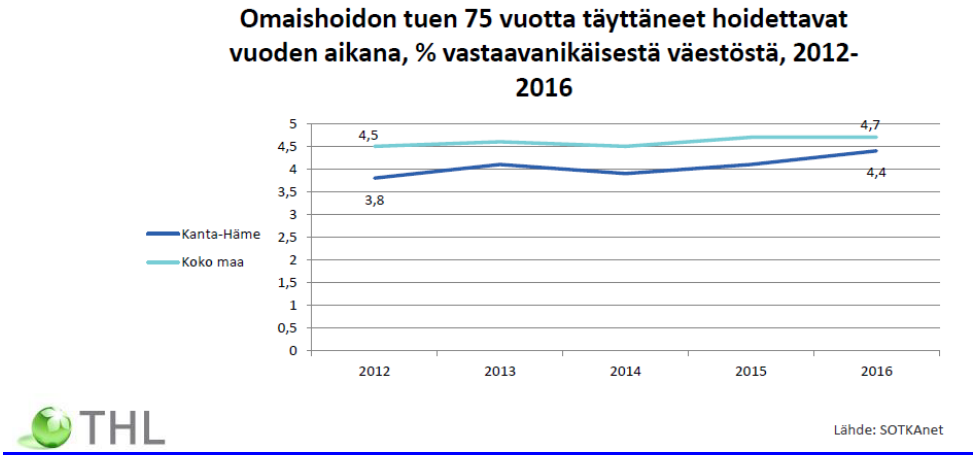


Kuva 28. Lähde Tietoikkuna, THL 2018.

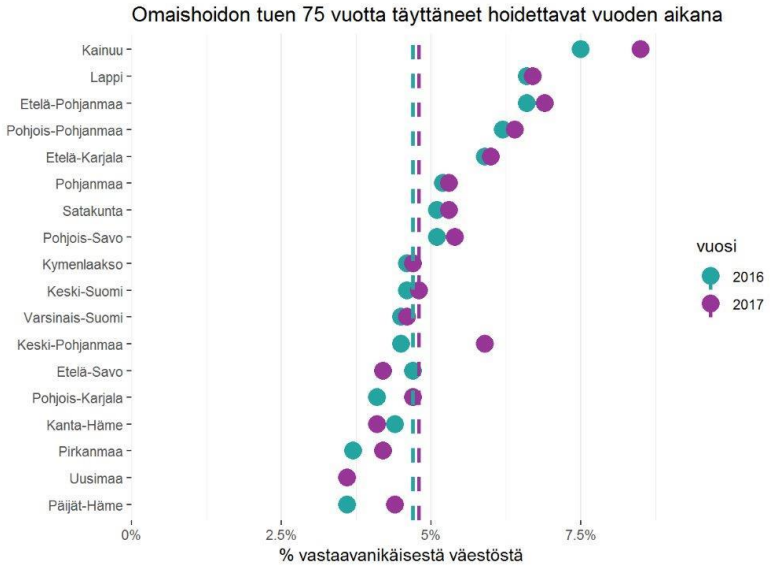


Kuva 29. Maakuntien vertailu kotihoidossa olleiden muistisairaiden asiakkaiden osuuksien suhteessa. Lähde: THL 2018.

Omaishoidon tuki



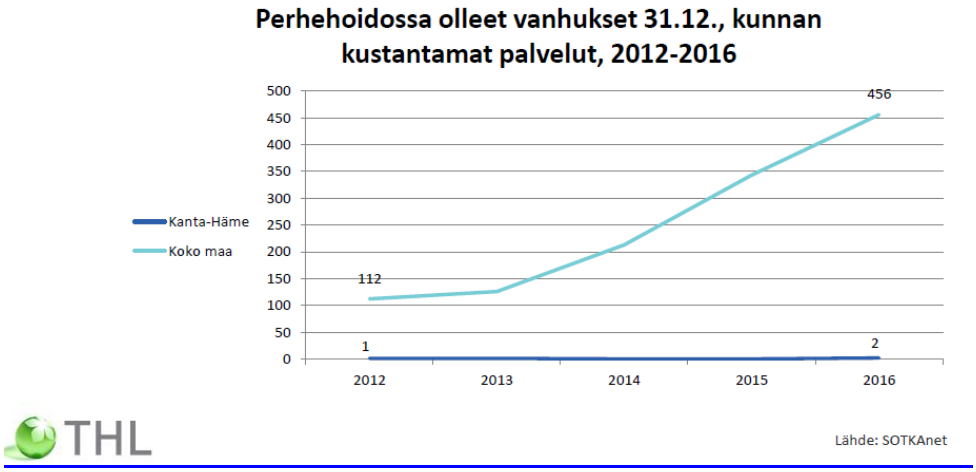
Kuva 30. Lähde: Kanta-Hämeen maakuntaprofiili, THL 2018.



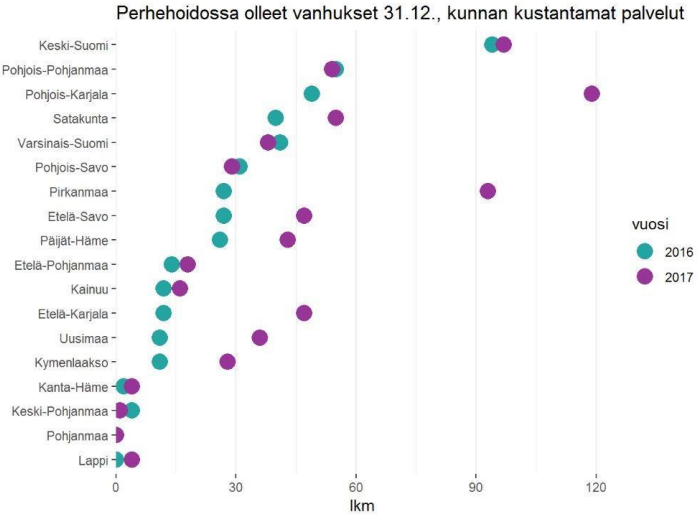
Kuva 31. Maakuntien vertailu omaishoidon tukea saaneiden 75 vuotta täyttäneiden osalta. Lähde: THL 2018.

Omaishoidon kattavuus ei ole maakunnassa saavuttanut kansallista viiden prosentin tasoa, mutta sen nostamiseksi maakunnalla on suunnitelmat. Vuonna 2017 omaishoidon kattavuus oli 4,1 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä. (THL 2018).

Perhehoito



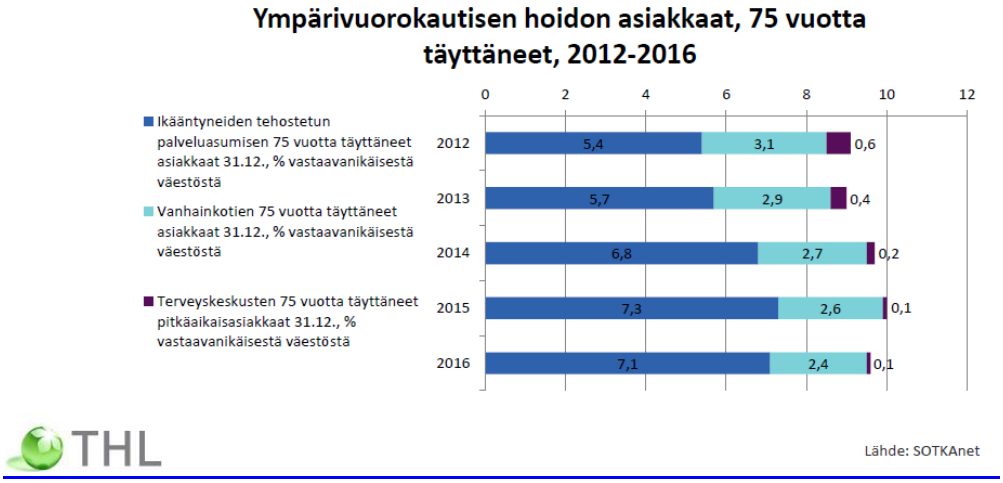
Kuva 32. Lähde: Kanta-Hämeen maakuntaprofiili, THL 2018.



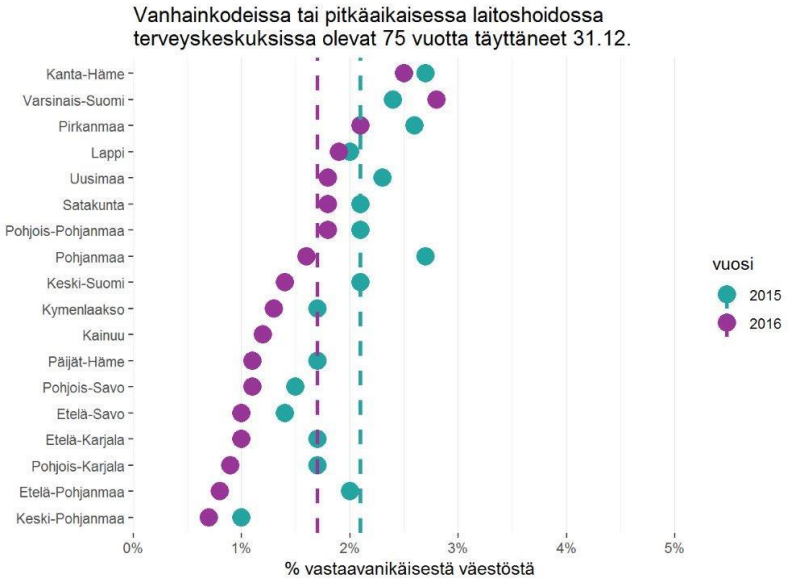
Kuva 33. Maakuntien vertailu perhehoidossa olleiden ikääntyneiden osalta. Lähde: THL 2018.

Ympärivuorokautinen hoito

Ikääntyneiden laitoshoidon asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset olivat 63 prosenttia maan keskiarvoa korkeammat Kanta-Hämeessä. Myös ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset olivat 13 prosenttia maan keskiarvoa korkeammat. Sen sijaan kotihoidon nettokäyttökustannukset olivat 12 prosenttia maan keskiarvoa matalammat. Myös muiden ikääntyneiden palvelujen nettokäyttökustannukset olivat 31 prosenttia maan keskiarvoa matalammat ja pienimmät kaikista maakunnista. Kokonaisuutena ikääntyneiden palvelujen asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset olivat 16 prosenttia suuremmat kuin maassa keskimäärin. (THL 2018).



Kuva 34. Lähde: Kanta-Hämeen maakuntaprofiili, THL 2018.



Kuva 35. Lähde THL 2018.

Kunnittainen yhteenveto palvelurakenteista

Kunnittainen vaihteluväli palveluiden kattavuuksissa suhteessa 75 vuotta täyttäneeseen väestöön on laaja (taulukko 1): kotihoidossa 8,8–17,5 %:iin ja tehostetussa palveluasumisessa 5,6–10,3 %:iin. Myös pitkäaikaista laitospalvelua maakunnassa on vielä merkittävissä määrin: jopa 7,1 %:iin saakka.

	Omaishoidon tuen hoidettavat vuoden aikana *	Säännöllisen kotihoidon piirissä 30.11. olleet asiakkaat *	Ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen asiakkaat 31.12. **	Vanhainkodeissa tai pitkäaikaisessa laitoshoidossa terveyskeskuksissa olevat 31.12. **
Forssa	3,9	13,6	8,6	0,8
Hattula	4,4	15,2	7,8	
Hausjärvi	3,0	13,7	10,3	
Humppila	3,3	17,5	9,7	7,1
Hämeenlinna	4,5	10,4	6,1	3,2
Janakkala	3,9	9,3	5,6	2,7
Jokioinen	5,9	8,8	9,2	2,2
Loppi	2,9	13,7	6,9	2,3
Riihimäki	3,1	10,8	7,7	2,5
Tammela	4,7	14,6	8,4	3,5
Ypäjä	4,8	13,0	7,5	5,6

* 2017 tiedot

** 2016 tiedot

Taulukko 1. 75 vuotta täyttäneet, % vastaavan ikäisestä väestöstä eri palvelumuodossa Kanta-Hämeessä vuosina 2016 tai 2017. Lähde: Sotkanet.

5.3 Palvelurakennetavoitteet

Palvelujen peittävyys Kanta-Hämeessä vaihtelee taulukon 1 mukaisesti. Vaihtelu kuvaa kuntien eroja palvelujen järjestämisessä. Vuosien 2017–2018 aikana kaikki kunnat ja kuntayhtymät ovat tosin tehneet palvelurakenteisiinsa ja -prosesseihinsa muutoksia, jotka eivät taulukosta ilmene vielä. Kanta-Hämeessä tavoitellaan iäkkäiden kotona asumisen ensisijaisuutta.

Iäkkään palvelukokonaisuus muodostuu monista eri tekijöistä, joista oman toimintakyvyn ylläpito, perhe, omaiset, ystävät ja muut tukiverkosto sekä vapaaehtoistyö korostuvat. Kun asiakkaan palvelutarve kasvaa, asiakasohjauksen kautta muodostetaan palvelutarvetta vastaava yhteen sovitettu palvelukokonaisuus (Olkkonen-Nikula, 2018).

THL:n näkemyksen mukaan Kanta-Hämeessä toteutetaan ikääntyneiden palvelujen yhteensovittamiseksi varsin kunnianhimoista ohjelmaa (taulukko 2). Tavoitteena on nostaa kotona asuvien osuutta 94 prosenttiin vuoteen 2022 mennessä ja kohottaa myös omaishoidon tukea saavien osuutta 6,5 prosenttiin 75 vuotta täyttäneistä sekä vahvistaa lyhyt- ja pitkäaikaista perhehoitoa. Ympärivuorokautisen hoidon asiakkaiden osuutta 75 vuotta täyttäneistä on maakunnassa tavoitteena laskea kuuteen prosenttiin vuoteen 2022 mennessä. Laitoshoidosta luovutaan kokonaan kaikissa niissä yksiköissä, joissa asumisympäristö täyttää tehostetun palveluasumisen vaatimukset. Palvelurakennetta kevennetään mm. ympärivuorokautisella kotihoidolla ja vahvistamalla kotona ja asumisyksiköissä toteuttavaa kuntoutusta. Maakunnassa ikääntyneiden palveluja kehitetään asuminen edellä -periaatteen mukaisesti. Kehittämistyössä päätetään palveluverkosta, asumisen periaatteista, palveluiden tuottamisen tavoista ja kumppanuuksien periaatteista. Asiakas- ja palveluohjauksen kokonaisuuden kehittäminen ja yhtenäistäminen ovat maakunnan ikääntyneiden palveluissa keskeisessä roolissa. Teknologiaa on kokeilussa ja käytössä, mutta ei vielä yhtenäisesti koko maakunnassa. Työn alla on myös palvelutarpeen arvioinnin ja kuntoutuksen maakunnallisten toimintamallien laatiminen. (THL 2018).

	Tavoite alkaen v. 2020	Tavoite alkaen v. 2022	Tilanne (2016)													
			Keskiarvo	Minimi	Maksimi	Forssa	Hattula	Hausjärv	Humppi	Hämeenlinn	Janakkal	Jokioine	Loppi	Riihimäl	Tamme	Ypäjä
Kotona asuvat	≥ 93	≥ 94	89,2	83,1	91,6	90,5	91,6	89,6	83,1	90,6	91,5	88,6	90,7	89,8	88,1	86,9
Säännöllisen kotihoidon piirissä*	≥ 11-12	≥ 11-12	12,8	8,8	17,5	13,6	15,2	13,7	17,5	10,4	9,3	8,8	13,7	10,8	14,6	13
Omaishoidon tuen piirissä*		≥ 6,5	4,0	2,9	5,9	3,9	4,4	3	3,3	4,5	3,9	5,9	2,9	3,1	4,7	4,8
Pitkäaikaisessa ympärivuorokautisessa asumispalvelussa	≤ 7	≤ 6	8,0	5,6	10,3	8,6	7,8	10,3	9,7	6,1	5,6	9,2	6,9	7,7	8,4	7,5
Pitkäaikaisessa laitospalvelussa		0	3,3	0,8	7,1	0,8			7,1	3,2	2,2	2,2	2,3	2,5	3,5	5,6
* tilastotiedot vuodelta 2017																

Taulukko 2. Linjaukset iäkkäiden palvelujen kattavuustavoitteille Kanta-Hämeessä. Lähde: Sotkanet.

Taulukossa 3 on kuvattu asiakasmääriä esitetyn palvelurakennemuutoksen myötä.

	Koho 11,5 %	Koho 12 %	Omaishoito 4,1 %	*Omaishoito 5 % **	Omaishoito 6,5 %	Tehpa 7,1 %	Tehpa 7 %	Tehpa 6 %	Laitospalvelu 2,5 %	*Laitospalvelu 1 % **	YHT. asiakkaita
Toteuma 2016 - 2017	2 031		724			1 254			441		**4 450**
2020		2 311		963			1 348			193	**4 816**
2022		2 586			1 401			1 293			**5 280**
2025		2 957			1 602			1 478			**6 037**
2030		3 420			1 852			1 710			**6 982**
2035		3 729			2 020			1 864			**7 612**
2040		3 958			2 144			1 979			**8 082**

** Ei ole asetettu kattavuustavoitteeksi, käytetty rakennemuutoksen edistämisen esimerkkeinä*

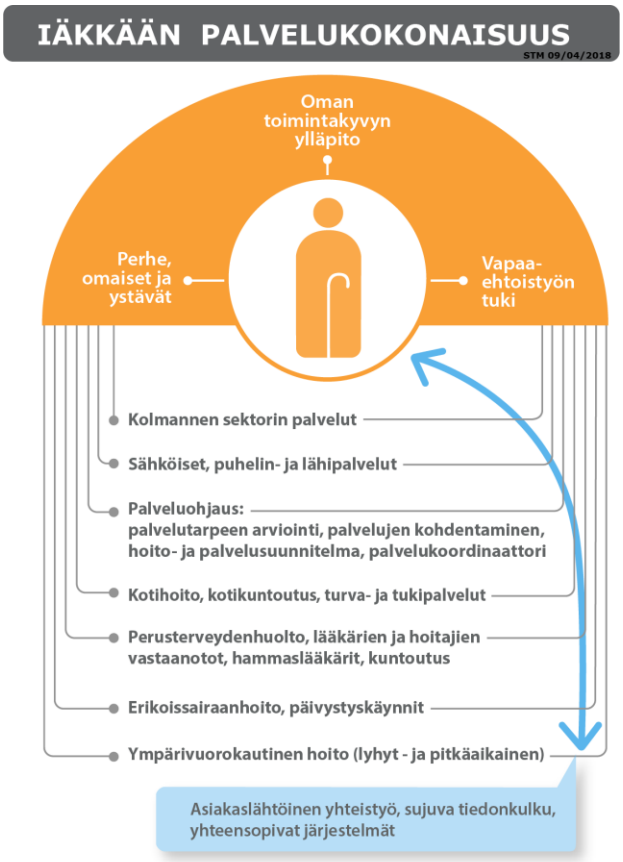
Taulukko 3. Palvelurakennemuutoksen asiakasmäärät jaksotettuna muutoksena Kanta-Hämeen maakunnassa, yli 75 vuotta täyttäneet.

Em. toimenpiteisiin on syytä: THL:n mukaan vanhusten määrän voimakas kasvu ja sen myötä kasvavat palvelutarpeet edellyttävät raskaan palvelurakenteen keventämistä. Ikääntyneiden laitoshoidon kustannukset ovat maan korkeimmat. Samaan aikaan myös tehostetun palveluasumisen kustannukset ylittävät selkeästi maan keskimääräisen tason. Kotihoidon kustannukset taas ovat keskimääräistä matalammat. Paljon palveluja tarvitsevien kotihoidon asiakkaiden osuus onkin maan tasoa huomattavasti pienempi. Maakunnan on mahdollista keventää palvelurakennetta ja nostaa kotihoidon intensiteettiä erityisesti paljon palveluja tarvitseville.

Iäkkäiden palvelukokonaisuuden tavoitteena on varmistaa ns. vanhuspalvelulain ja Iäkkäiden palvelujen laatusuosituksen (2017) toteutuminen maakunnassa. Ikääntyneiden integroitu palveluiden kokonaisuus korostaa iäkkään kotona asumisen tukemista sujuvilla asiakasprosesseilla ja katkeamattomilla palveluketjuilla aina ennaltaehkäisevistä toiminnoista ja palveluista erityistason erikoissairaanhoitoon saakka (kuva 36). Tärkeää on siirtää fokus hoitokeskeisyydestä ja sairaalahoidon korostamisesta iäkkään arkielämän tukemiseen ja hänen oman elämäntyylinsä huomioiviin tukimuotoihin. Keskeiset I&O-kärkihankkeen teemat on kuvattu kuvassa 37.

Tavoitteena on turvata iäkkäille:

- terve ja toimintakykyinen ikääntyminen, jolloin varhaisen tunnistamisen ja ennaltaehkäisyn keinoin varmistetaan oikea-aikaiset palvelut
- helppo yhteydenotto avun tarpeen ilmetessä, jolloin asiakas- ja palveluohjauksen toimin suunnitellaan iäkkään toimintakykyä tukevat palvelut
- kotona asumisen tukeminen, jolloin mm. monipuolisten asumisen mahdollisuuksien, kuntoutumisen tukemisen, kotihoidon, omais- ja perhehoidon, muiden kotona asumista tukevien palveluiden sekä erilaisten tukipalveluiden keinoin varmistetaan iäkkään arjen onnistuminen
- laadukkaat palvelut, jolloin palveluntuottajasta riippumatta palvelujen sisällöissä toteutuvat yhdenmukaisesti mm. toimintakykyä tukevat periaatteet ja digitaaliset ratkaisut kiinteänä osana palvelua
- iäkkään oma aktiivisuus, jolloin palvelujen piirissä ollessaan asiakas saa osallistua palvelujen suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin.



Kuva 36. Iäkkäiden palvelujen palvelukokonaisuus (STM 2018).

Kanta-Hämeessä ei ole tehty maakunta- ja sotevalmistelussa vielä varsinaista järjestäjän tai tuottamisen rakenteiden suunnittelua. Esimerkiksi Pohjois-Savon vastaavassa suunnitelmassa kuvataan maakuntaan muodostettavaa Ikäkeskustoimintoa, joka muodostaa varsinaisen yhteen sovitetun palvelukokonaisuuden. Ikäkeskus muodostuu neljästä alueellisesti verkostoituneesta toimipisteestä, jossa kussakin 75 vuotta täyttäneiden väestön suuruus on 6 000–7 000 henkilöä.

Ikäkeskuksen palveluihin kuuluvat perus-, erityis- ja vaativan erityistason palvelut, joita tuotetaan lähi-, alueellisina, maakunnallisina tai yhteistoiminta-alueen palveluina. Lisäksi Pohjois-Savoon on suunniteltu mm. sosiaali- ja terveydenhuollon tilannekeskus, SOTE-TIKE (Tikkanen 2018). Se on Pohjois-Savon liikelaitoksen eri palvelulinjojen toiminnan yhteinen toiminnallinen kokonaisuus, joka mahdollistaa monen toimijan yhteisen tilannearvion sekä resurssien käytön koordinoinnin yhteistyössä (Mattila ym. 2018, 3).

Kuva 37. Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa -kärkihankkeen teemat, STM 2018.

Lyhyesti

- löydettävä investoinnit palvelujen tarpeen, käytön ja kustannusten tasaamiseksi
- ikääntyneiden palveluiden kustannukset maan keskimääräistä selvästi korkeammat
- ikääntyneiden erikoissairaanhoidon päivystyskäynnit runsaita
- kotihoidon vähäisen palvelutarpeen asiakkaita mahdollista ohjata muihin palveluihin
- kotihoidossa maan keskiarvoa selvästi pienempi osuus paljon palveluita tarvitsevia
- kaikista muistisairaista maan toiseksi pienin osuus kotihoidossa
- perhehoidossa potentiaalia palvelurakennemuutoksen avuksi
- ympärivuorokautisen hoivan käyttökustannukset maan keskiarvoa korkeammat
- palvelurakennetavoitteet kunnianhimoiset mutta tarpeelliset

6. IKÄÄNTYNEIDEN MONITOIMIJAINEN PALVELUKOKONAISUUS

6.1 Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

Sosiaali- ja terveysministeriö yhteensovittaa toimia, joilla lisätään väestön hyvinvointia ja sosiaalista osallisuutta sekä terveyttä ja toimintakykyä. Tavoitteena on, että hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen otetaan huomioon kaikissa päätöksissä ja toimissa. Kunnilla on vastuu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä alueillaan.

Kuntalain mukaan kunnan tulee pyrkiä edistämään asukkaidensa hyvinvointia ja kestävää kehitystä. (Kuntalaki 410/2015). Myös kunta- ja palvelurakenneuudistukseen liittyvän puitelain mukaan maakunnalla on velvollisuus edistää alueellaan terveyden, toimintakyvyn ja sosiaalisen turvallisuuden huomioon ottamista.

Osallisuuden vahvistamisessa sosiaali- ja terveysministeriön vastuulla ovat mm. köyhyyden ja syrjäytymisen ehkäiseminen ja asumisen tukeminen palveluilla ja asumistuella. Osallisuus merkitsee mukanaoloa, vaikuttamista sekä huolenpitoa ja yhteisesti rakennetuista hyvinvoinnista osalliseksi pääsemistä. (STM 2018).

Ikääntyvän väestön näkökulmasta hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toiminnat nousevat keskeiseen asemaan. Iäkäs ihminen on usein aktiivinen toimija. Työelämän merkityksen väistyessä hän voi päättää aikansa, voimavarojensa ja kykyjensä käytöstä omaksi ja läheistensä iloksi. Parhaimmillaan jokainen valitsee itse, mihin kaikkeen osallistuu. Osallistuminen voi vaikeutua ja hyvinvointi vaarantua, jos toimintakyky heikkenee esimerkiksi sairauksien vuoksi. Iäkkäiden toimintakykyä heikentävät erityisesti muistisairaudet. Silloinkin auttaa, jos saa apua läheisiltään ja kotona sekä omassa elinympäristössä on helppo toimia. (THL 2018).

Nopeasti ikääntyvän väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tuomaan haasteeseen vastataan tulevaisuudessa maakuinnallisella yhdessä tekemisellä, jolle rakennetta ja sisältöä suunnitellaan Oma Hämeessä maakuntauudistuksen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen yhteistyöfoorumeilla.

Ikääntyneiden palveluiden valmistelussa tunnistettiin kolme osa-aluetta, jotka ikääntyneen väestön hyvinvoinnin sekä ikäihmisen terveen ja toimintakykyisen elämän kannalta tulee nimetä keihäänkärjiksi maakunnan ja kuntien välisessä hyte-yhteistyössä:

- liikuntayhteistyö,
- ympäristö ja kaavoitus sekä
- kulttuuri- ja yhdistys- / järjestötoiminta, eritoten yksinäisyystematiikan lähtökohdista.

Käytännössä yhteistyön muodostamissa vuosi- tai valtuustokausiprosesseissa tulee tunnistaa ikääntyneiden osalta em. kärjet yhdessä ja laatia niille konkreettiset tavoitteet, toimenpiteet ja toteutumista kuvaavat indikaattorit. Kuntien ja maakunnan vanhusneuvostot ovat luonnikkaita ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimijoita. Ne voivat toteuttaa esimerkiksi kyselyitä alueellaan ikääntyneille, avata niiden tuloksia ja laatia yhdessä maakunta- ja kuntatoimijoiden kanssa tavoitteita, toteuttaa niihin tähtääviä toimenpiteitä ja myös osaltaan arvioida, seurata ja valvoa sovittujen asioiden toteutumista.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen näkökulma ei ole niinkään palveluiden tuottaminen, vaan sen mahdollistaminen että ikääntyvä itse voi tehdä hyvinvointia ja terveyttä edistäviä ja tukevia valintoja

omassa arjessaan. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä toimijoiden sijaan puhutaan mahdollistajista, joita ovat esimerkiksi maakunta, kunnat, järjestöt, yhdistykset, hengelliset yhteisöt ja yritykset. Eri mahdollistajilla on eri vastuut ja tehtävät terveyden, hyvinvoinnin ja turvallisuuden edistämisessä. (Olkkonen-Nikula 2018).

Kuntien tärkeänä tehtävänä on luoda pohja iäkkäiden itsenäiselle toiminnalle esteettömällä asumisella ja elinympäristöllä. Vaikka toimintakyky olisi jo heikentynyt, väljä ja esteetön koti, rappukäytävä sekä piha-alue, aurattu ja hiekoitettu kävelyreitti sekä penkit näköetäisyydellä toisistaan rohkaisevat iäkkäitä liikkumaan myös ulkona. (Tikkanen 2018).

Iäkkäiden aktiivinen elämäntyyli voidaan säilyttää järjestämällä kodin lähelle monenlaisia liikuntapaikkoja ja muita osallistumisen mahdollisuuksia. Tarvitaan erilaisia harrastusmahdollisuuksia, koska ihmiset ovat varsin erilaisia myös ikääntyessään. (Tikkanen 2018).

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen nähdään tulevaisuudessa hyvin laaja-alaisesti: toiminta- ja liikkumiskyvyn ylläpito mahdollistetaan mm. järkevällä kaavoituksella. Kulttuurihyvinvointiin panostus tuo monelle sen hyvinvoinnin millä arki tuntuu mielekkäältä. Taiteen ja kulttuurin myönteiset vaikutukset ihmisen hyvinvointiin on tiedostettu ja kulttuurilähtöisten menetelmien käyttö on yleistynyt. Mm. Päijät-Hämeessä taide ja kulttuuri on ankkuroitu osaksi hyvinvointikuntayhtymän toimintaa. Organisaatiossa työskentelevä organisaatiotaiteilija on ollut mukana luomassa ikääntyneiden palveluiden ja kuntoutuksen toimialan strategiaa ja osallistunut aktiivisesti sen toimeenpanoon, asiakaslupausten laatimiseen ja niihin liittyvän brändioppaan toteuttamiseen. Kulttuurin ja taiteen merkitys tulevaisuuden palveluiden suunnittelussa, muotoilussa ja kehittämisessä korostuu entisestään. Kulttuuria ja taidetta voi hyödyntää vahvasti niin palveluiden kuin asuinympäristöjen kehittämisessä. Kulttuurisella hyvinvoinnilla on tutkitusti positiivisia vaikutuksia ihmisen kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin (Olkkonen-Nikula 2018).

6.2 Asiakas- ja palveluohjauksen kokonaisuus

Hallituksen I&O-kärkihankkeen yhtenä kehittämisen painopistealueena on, että osaksi yhteensovitettua palvelukokonaisuutta luodaan ja kokeillaan keskitetyn asiakas- ja palveluohjauksen mallia, joka helpottaa neuvoa, apua, tukea ja palveluita hakevien ja niitä jo saavien elämää sekä koordinoi ja sujuvoittaa palveluiden kohdentumista asiakkaiden arvioidun palvelutarpeen mukaan. Alueellinen verkostomainen keskitetty asiakas- ja palveluohjaus (KAAPO) ohjaa asiakasvirtoja ja palvelut kohdennetaan palvelutarpeen arvioinnin perusteella eri asiakassegmentteihin sijoittuville asiakkaille. Keskitetyn asiakas- ja palveluohjauksen kautta kohdentuu sekä henkilöstöä että kustannuksia suunnitellusti ja yhteisiä linjauksia noudattaen. Keskitetyn asiakas- ja palveluohjauksen tavoitteena on

a) tehdä läpinäkyväksi ne tuet ja palvelut, jotka ovat alueella saatavissa,
b) tehdä läpinäkyväksi kriteerit, joilla palvelua voidaan myöntää sekä
c) varmistaa ja seurata myönnetyn palvelun toteutumista.

(STM Kärkihanke Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa, Hankesuunnitelma 2016, s. 13).

Asiakas- ja palveluohjauksessa keskeistä on ns. yhden luukun periaate. Asiakkaan ei tarvitse itse tietää mitä ja mistä palvelua haetaan, vaan yhteydenotto riittää; asiakkaan tilanne selvitetään ja palvelutarve arvioidaan monialaisesti ja luotettavia menetelmiä käyttäen ja tämän tiedon perusteella arvioidaan mahdollisesti tarvittavat tuet ja/tai palvelut. Tukea tai palvelua hakeva henkilö voidaan

ohjata asiakas- ja palveluohjaukseen useita eri väyliä pitkin: omasta tai omaisten aloitteesta, sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilöstön, naapurien tai viranomaisten esityksestä. (STM Hankesuunnitelma 2016, s. 13).

Kuva 38. Asiakas- ja palveluohjauksen kokonaisuuden osa-alueet. STM verkkosivut 10.9.2018

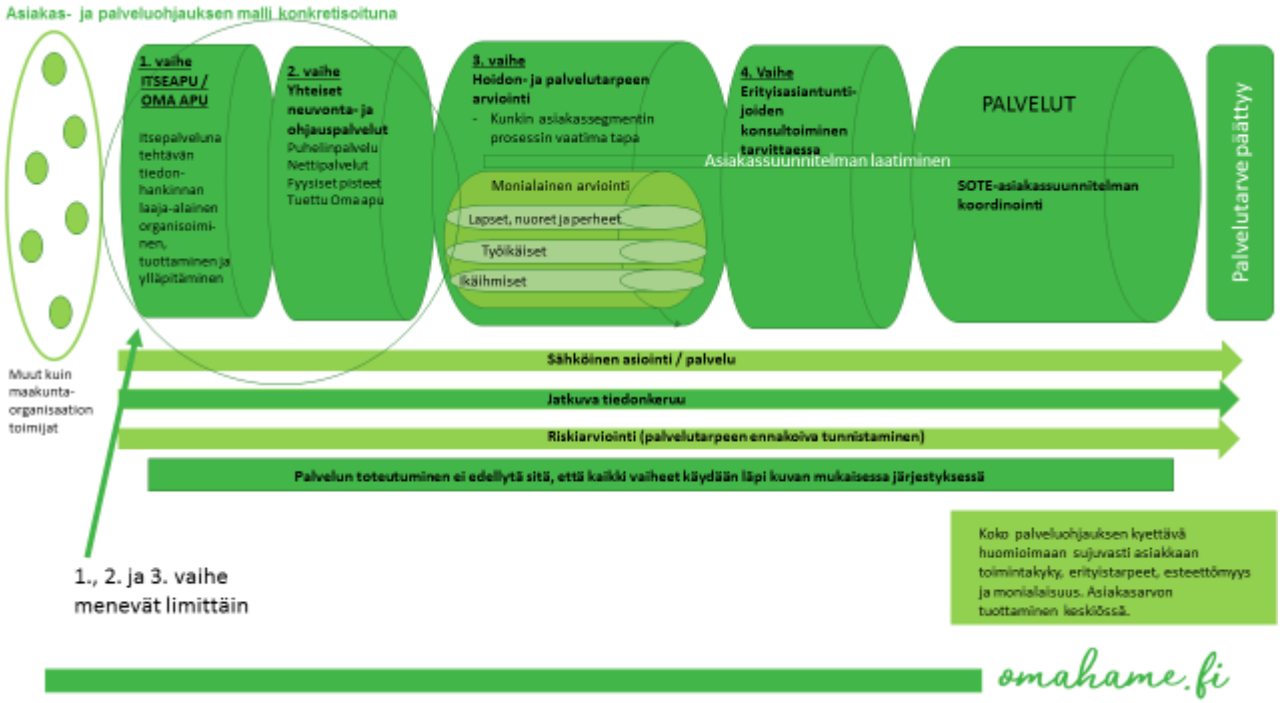
Julkisista, yksityisistä ja kolmannen sektorin tuottamista palveluista muodostuu alueellinen palveluvalikko, josta palveluohjaajat voivat tarjota asiakkaille vaihtoehtoisia palveluita. Jos alueellinen palveluvalikko on julkinen, myös iäkkäät voivat itse tai tuetusti valita tarvitsemiansa palveluita mikäli he maksavat itse tai jos heillä on käytettävissään esimerkiksi asiakas- tai palveluseteli. (STM Hankesuunnitelma 2016, s. 13)

Asiakas- ja palveluohjaus tekee erityisen kiinteää yhteistyötä perusterveydenhuollon, sosiaalihuollon, kuntoutuksen ja erikoissairaanhoidon palveluntuottajien kanssa. Eri toimijoiden keskuudessa kiinnitetään iäkkäiden osalta erityistä huomiota erilaisiin siirtymiin (palvelusta kotiin, palvelusta toiseen). (STM Hankesuunnitelma 2016, s. 13).

Kanta-Hämeen kaikkien ikääntyneiden palveluiden tuottajaorganisaatioiden alueella on toiminut asiakas- ja palveluohjausta. Eniten kärkihankkeen KAAPO-toimintamallia jo nykyisellään muistuttaa Hämeenlinnan kaupungin asiakas- ja palveluohjaus. Kaikilla toimijoilla on omat myöntämisperusteensa ja asiakasmaksujen määräytymisperusteet (Riihimäen seudun kolme kuntaa ovat tehneet tiivistä yhteistyötä näissä). Kärkihankkeen aikana on suunniteltu yhteisiä myöntämisperusteita. Myöntämisperusteiden yhtenäistymiseksi tarvitaan yhteisiä välineitä. Kanta-Hämeessä on päätetty ottaa kaikkialla käyttöön RAI-järjestelmä, josta RAI-Screener asiakas- ja palveluohjaukseen. Ennen I&O-kärkihanketta RAIta hyödynnettiin ainoastaan Hämeenlinnan seudun kunnissa. Riihimäen seudun kunnat ja Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymä etenevät järjestelmien käyttöönotossa.

Oma Hämeessä, Kanta-Hämeen maakunta- ja sotevalmisteluhankkeessa, on laadittu asiakas- ja palveluohjauksen geneerisen mallin kuvausta (kuva 39). Mallin toimintalogiikka perustuu I&O-kärkihankkeen ajatuksiin. Se ohjaa kaikkien substanssivalmisteluiden asiakas- ja palveluohjauskokonaisuuden valmistelua. Maakunnan mittakaavassa on suunniteltu myös

asiakassegmentointia, mutta ikääntyneiden asiakas- ja palveluohjausvalmistelussa on lisäksi määritelty tarkemmat asiakassegmentit ja riskiryhmät.

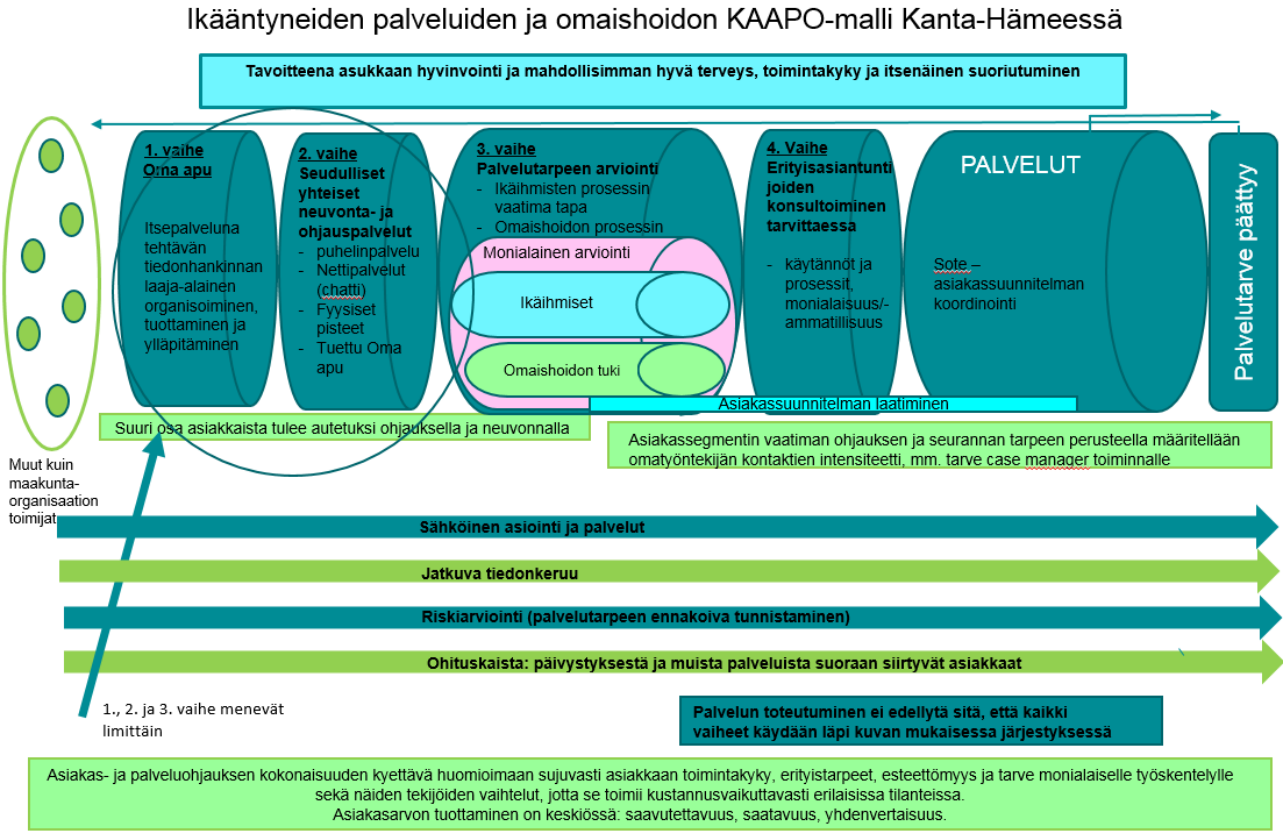


Kuva 39. Kanta-Hämeen geneerisen asiakas- ja palveluohjauksen mallin konkretisointiluonnos 7.11.2018.

Kanta-Hämeen ikääntyneiden palveluiden asiakas- ja palveluohjaus (kuva 40) koostuu neljästä osiosta: ”Oma avusta”, joka viittaa erilaisiin asiointi- ja tiedonhankintakanaviin; neuvonnasta ja ohjauksesta; palvelutarpeen arvioinnista; ja asiakkaiden palvelukokonaisuuksien koordinoinnista, seurannasta ja valvonnasta. Ratkaisukeskeisen ajattelutavan tulee ohjata asiakastyötä asiakas- ja palveluohjauksessa joka osiossa (Tikkanen 2018).

Asiakkuuden hallinta ja tiedolla johtaminen ovat keskeinen menestystekijä asiakas- ja palveluohjauksen prosessissa. Asiakkuuden hallinta ja yhden yhteydenoton periaate edellyttävät toimivaa tiedonhallintaa tiedon koko elinkaaren osalta siten, että kaikilla osapuolilla on pääsy tarvittavaan asiakastietoon. Asiakkuuden hallinta vaatii asiakkuuden minimitietojen määrityksen toimijoiden välillä ja tarvittavat tietojärjestelmäintegraatiot (Lappalainen ym, 2018, 4).

Kanta-Hämeessä halutaan liittää säännöllisiä palveluja edeltävät kotona tai kodin ulkopuolella yksikössä toteutuvat kuntoutumis- ja arviointijaksot tiiviisti asiakas- ja palveluohjauksen yhteyteen. Perusteena on se, että jaksoilla on selkeä funktio poistaa, siirtää, vähentää ja/tai vaikuttaa asiakkaan palveluntarpeeseen intensiivisen kuntoutuksen keinoin. Lisäksi katsotaan, että valinnanvapauslakivalmistelusta piirtyvässä monituottajamallissa ko. palvelun sisältöön, laatuun ja vaikuttavuuteen sisältyy paljon odotuksia ja jaksojen pitää olla tietyt kriteerit täyttävää, mikä edellyttää käytännössä tiivistä verkostotyöskentelyä asiakas- ja palveluohjauksen kanssa.



Kuva 40. Kanta-Hämeen maakunnan ikääntyneiden palveluiden ja omaishoidon tuen asiakas- ja palveluohjauksen mallinnus geneerisen mallin pohjalta.

Osana asiakas- ja palveluohjauksen valmistelua on mm. pohdittu paljon palveluita käyttävien asiakkaiden prosesseja; case managerointia hyvin intensiivisenä asiakas- ja palveluohjauksen toteuttamistapana; päätetty esittää kotiutushoitajatoiminnan liittämistä osaksi asiakas- ja palveluohjauksen verkostomaista työyhteisöä sekä luopua SAS-toiminnoista sellaisina kuin ne perinteisesti on ymmärretty. Maakunnassa siirrytään VIP-malliin (Vaatii Intensiivistä Paneutumista) asiakas- ja palveluohjauksen sisällä.

VIP-mallin lanseeraaminen lähtee siitä, että keskitetty asiakas- ja palveluohjaus koordinoi ja selvittää asiakastilanteet, näkee kokonaisuuden ja asiakaskohtaisesti käyttää tarkoituksenmukaisten verkostojen osaamista ja näkemyksiä palvelupäätösten valmistelussa ja tiedon keruussa. Asiakas- ja palveluohjaus on se yhteisö, johon kerääntyy näkemys, kokemus ja katsanto asiakastarpeiden ja palveluprosessien vivahteista ja tehdyistä ratkaisuista, jotka osaltaan linjaavat yksittäisten tilanteiden käsittelyä. Palvelupäätösten moniammatillinen pohdinta, jos siihen palveluohjaajan tekemän yksilöä koskevan selvityksen ja tarkoituksenmukaisen verkostotyöskentelyn jälkeen on hänen mielestään vielä tarvetta, pitää toteutua asiakas- ja palveluohjauksen sisäisissä keskusteluissa, VIPeissä.

Asiakas- ja palveluohjauksen prosessien tulee myös tehostua – kaikkien asiakastilanteiden käsittely ei ole tehokasta resurssien käyttöä: haasteellisten ja monivivahteisten asiakastilanteiden, myös muiden kuin pitkäaikaissijoituksia koskevien, käsittely sen sijaan on aiheellista.

Keskitetyn asiakas- ja palveluohjauksen idea on nimenomaan tehdä palvelusta yhdenvertaisempaa ja tasa-arvoisempaa maakunnan asukkaille. Sen tarkoitus on taata tasalaatuinen palveluihin pääsy kaikille ja välttää kokonaan päällekkäisten palvelutarpeen arviointien tekeminen. Päällekkäisyydet lisäävät monimutkaistumisen riskiä, kustannustehottomuutta ja asiakaskohtaisten väärien tulkintojen määrää.

Kanta-Hämeessä nähdään, että säännöllisten sijoituksiin liittyvien moniammatillisten palaverien sijaan tulee keskittyä yhteistyöverkostojen toimintaa kehittäviin ja vuoropuhelua lisääviin toimintamalleihin.

Asiakas- ja palveluohjauksen organisoinnista todettiin, että alueellisten asiakas- ja palveluohjaajien muodostamien tiimien tulee olla isompia kuin 1–2 henkilöä: niistä tulee muodostaa nykyisten kuntien toimintaa laajempia yksiköitä, joita kuntarajat eivät välttämättä määritä. Tämän lisäksi tulee organisoida alueellisten tiimien yhteisiä foorumeita sekä rakentaa toimivat konsultaatiokäytänteet erityisasiantuntijoihin ja yhteydet esimiehiin.

Maakunnan alueella työskentelee noin 40 asiakas- ja palveluohjauksen työntekijää eri nimikkeillä. Palveluohjaajien nykyistä määrää on tosin koettu hankalaksi maakunnassa arvioida pelkästään asiakas- ja palveluohjauksen työn osalta - usein heidän tehtäväkuvaansa liittyy myös muita tehtäviä, kuten omaishoidon tukea ja perhehoitoa. Toisaalta nämä tehtävät on suunniteltu osaksi maakunnallista asiakas- ja palveluohjausta maakunnassa mutta niiden resursointitarve puhtaan asiakas- ja palveluohjauksen prosessien lisäksi on huomioitava erikseen.

Valtakunnallisesti eri kuntien ja yhteistoiminta-alueiden asiakas- ja palveluohjauksen henkilöstömitoitusta voi verrata 75 vuotta täyttäneitä / työntekijä suhdeluvulla. Taulukossa 4 on henkilöstömitoituksen vertailu, jota on käytetty Pohjois-Savossa asiakas- ja palveluohjauksen henkilöstötarvetta arvioitaessa. Kansallisen vertailutiedon perusteella maakunnan alueelle tarvitaan arviolta 40 työntekijää pelkästään asiakas- ja palveluohjauksen prosesseihin, mikä tarkoittaa maakunnan tasolla jonkintasoista lisäystä nykyiseen määrään, kun huomioidaan työntekijöiden nykyiset moninaiset tehtäväkuvat. Palveluohjaajien lisäksi asiakas- ja palveluohjausta tulee vahvistaa gerontologisilla sosiaalityöntekijöillä, joita esimerkiksi Tampereen jalkautuvan gerontologisen sosiaalityön mallissa, jossa sosiaalityöntekijä toimii 75 vuotta täyttäneiden 6300 henkilön suuruisilla väestöpohjilla, tarvitaan Kanta-Hämeeseen 2,8 työntekijää vuoden 2017 väestötietojen perusteella.

Asiakas- ja palveluohjauksen henkilöstötarve on kasvava: valittaessa 400 henkilön väestöpohja / työntekijä vuonna 2025 heitä tulisi olla 62 henkilöä ja vuonna 2040 jo 82 työntekijää.

Käytännön työprosessien tasolla yhtenäinen maakunnallinen asiakas- ja palveluohjaus vaatii kehittämistä ja sen käyttöönotto tulee projektoida. Asiakas- ja palveluohjaus toimii eri toimijoiden yhdyspinnassa ja siksi sen kehittäminen vaatii myös kaikkien yhdyspinnalla toimivien prosessien ja palveluiden uudelleen tarkastelua ja yhteistä kehittämistyötä. (Tikkanen 2018).

Asiakas- ja palveluohjauksen näkökulmasta on välttämätöntä käyttöönottaa yhtenäiset mittarit arvioimaan asiakkaan toimintakykyä, järjestelmät seuraamaan asiakassegmenttien tilanteita ja tekemään prosesseja näkyväksi saatavuuden, vaikuttavuuden, asiakastyytyväisyyden ja -kokemuksen näkökulmista.

Mahdollisuus tavoittaa neuvontaa ja ohjausta ympärivuorokauden oli toivomus, joka tuli esiin ikääntyneiltä itseltään ja heidän läheisiltään. Eritoten omaishoidon asioissa se koetaan

tarpeelliseksi. Kanta-Hämeessä palveluista vastaavat toimijat suhtautuivat tarpeeseen ikääntyneiden valmistelussa ja maakunnan asiakas- ja palveluohjauksen yleisessä valmistelussa epäillen. Eritoten perusteena on ympärivuorokautisuuden kustannustehokkuus ja rooli suhteessa jo olemassa oleviin palveluihin kuten esimerkiksi sosiaalipäivystykseen, 112:een ja suunnitteilla valtakunnassa samaan aikaan olleeseen 116 117 -numeroon. Näiden kokonaisuuden täsmentyminen on valmistelussa edelleen käynnissä.

		Vertailualueen henkilöstömitoituksen mukainen määrä työntekijöitä		**Henkilöstömitoituksen vaihtoehtoja ikääntyneiden asiakasohjauksessa**			
Alue	75 vuotta täyttäneen väestön määrä 2017	Helsinki: 231 väestöpohja 75 + / htv *	Siun Sote 624 väestöpohja 75 + / htv **	**400** väestöpohja 75 + / htv	**450** väestöpohja 75 + / htv ***	**500** väestöpohja 75 + / htv	**550** väestöpohja 75 + / htv
Forssa	2169	9,4	3,5	5,4	4,8	4,3	3,9
Hattula	824	3,6	1,3	2,1	1,8	1,6	1,5
Hausjärvi	677	2,9	1,1	1,7	1,5	1,4	1,2
Humppila	240	1,0	0,4	0,6	0,5	0,5	0,4
Hämeenlinna	7320	31,7	11,7	18,3	16,3	14,6	13,3
Janakkala	1653	7,2	2,6	4,1	3,7	3,3	3,0
Jokioinen	522	2,3	0,8	1,3	1,2	1,0	0,9
Loppi	803	3,5	1,3	2,0	1,8	1,6	1,5
Riihimäki	2498	10,8	4,0	6,2	5,6	5,0	4,5
Tammela	683	3,0	1,1	1,7	1,5	1,4	1,2
Ypäjä	269	1,2	0,4	0,7	0,6	0,5	0,5
YHT.	17658	76,4	28,3	44,1	39,2	35,3	32,1

* Helsingin henkilöstömitoitus on laskettu kärkihankkeessa huomioiden Kaapo-mallin mukaisen toiminnan. Mitoitus on samansuuntainen Vantaan ja Espoon mitoituksen kanssa, missä keksitetty asiakasohjaus on ollut toiminnassa joitakin vuosia.

** Siun Soten henkilöstömitoitus ei vastaa Kaapo-mallin mukaisiin tarpeisiin ja alueen arvio on, että sitä tulee tarkastella uudelleen.

*** Pohjois-Savon ehdotus

Taulukko 4. Asiakas- ja palveluohjauksen henkilöstömäärätarpeiden arvioita asukaslukusuhteella. Lähde. Tikkanen 2018.

6.3 Kotona asumista tukevat palvelut

Kotona asumista tukevia palveluita käytetään ennen kotihoidon palvelua ja/tai sen lisäksi. Nykyisin tunnetuista palveluista näihin lukeutuvat mm. kotihoidon tukipalvelut. Tärkeää on kotona asumista tukevien palveluiden, ja niistä kotiin annettavien palveluiden, monipuolistuminen ja laajentuminen palvelurakenteen uudistumiseksi: mm. etäpalvelut, kuntoutuspalvelut, terveydenhuoltopalvelut sekä järjestöjen ja yhdistysten palvelut voidaan lukea tai muuttaa kotiin annettaviksi palveluiksi.

Kanta-Hämeessä kotona asumista tukevissa palveluissa – ennaltaehkäisevistä toimista raskaisiin palveluihin saakka – olennaiseksi nähdään vaikuttavuuden huomioiminen: toteutettavien asioiden ja käytettävien resurssien tulee aidosti tuottaa lisäarvoa asiakkaalle ja palvelujärjestelmälle.

Hyvinvointiteknologisia ikääntyneille suunnattuja tai hoitotyön tueksi kehitettyjä laitteita, välineitä ja sovelluksia on paljon ja ne kehittyvät koko ajan. Kanta-Hämeessä keskeiseksi kysymykseksi tunnistettiin, miten markkinoilta kyetään haarukoimaan parhaita ja soveltuvimpia tai kehityskelpoisimpia kokeiluihin ja ikääntyneiden kantahämäläisten käyttöön. Keskitettyä laitteiden kartoitusta, koordinointia, hankintaa tai kokoamista pidettiin ratkaisuna tähän haasteeseen. Tällainen toimintamalli on parhaimmillaan yksittäisten maakunnan asukkaidenkin apu, kun he eivät yksittäisinä kuluttajina ole koko tarjonnan ja sen haltuunoton haasteen edessä vaan voivat halutessaan hakea apua, neuvoa, tukea ja kokemuksia keskitetysti.

Tässä mielessä yhteistyötä on viritelty Hämeen Ammattikorkeakoulun kanssa. HAMK on ideoinut ”show roomeja”, joissa opiskelijat ylläpitäisivät ja esittelisivät ratkaisukokoelmaa, ja jonka valikoima päivittyisi. Show roomeihin eri toimijat, kuten esimerkiksi asiakas- ja palveluohjaus voisi ohjata maakunnan asukkaita katsomaan ja testaamaan teknologiaa. Tällaisten esittelytilojen tulee olla fyysisesti lähellä, jotta ne ovat asukkaiden näkökulmasta realistisesti saavutettavia. Show roomit vaativat verkostojen rakentamista ympärilleen: yrityksiä, jotka tuovat ratkaisujaan näytille, laitteiden saatavuuden ja saavutettavuuden logistista ja prosessuaalista valmistelua, markkinoiden skannaamista ja arviointia jne. Saman kokonaiskonseptin yhteyteen rakentuu niin päätettäessä hyvinvointiteknologian kokeilukulttuuri myös ikääntyneiden palvelutuotannon osalta.

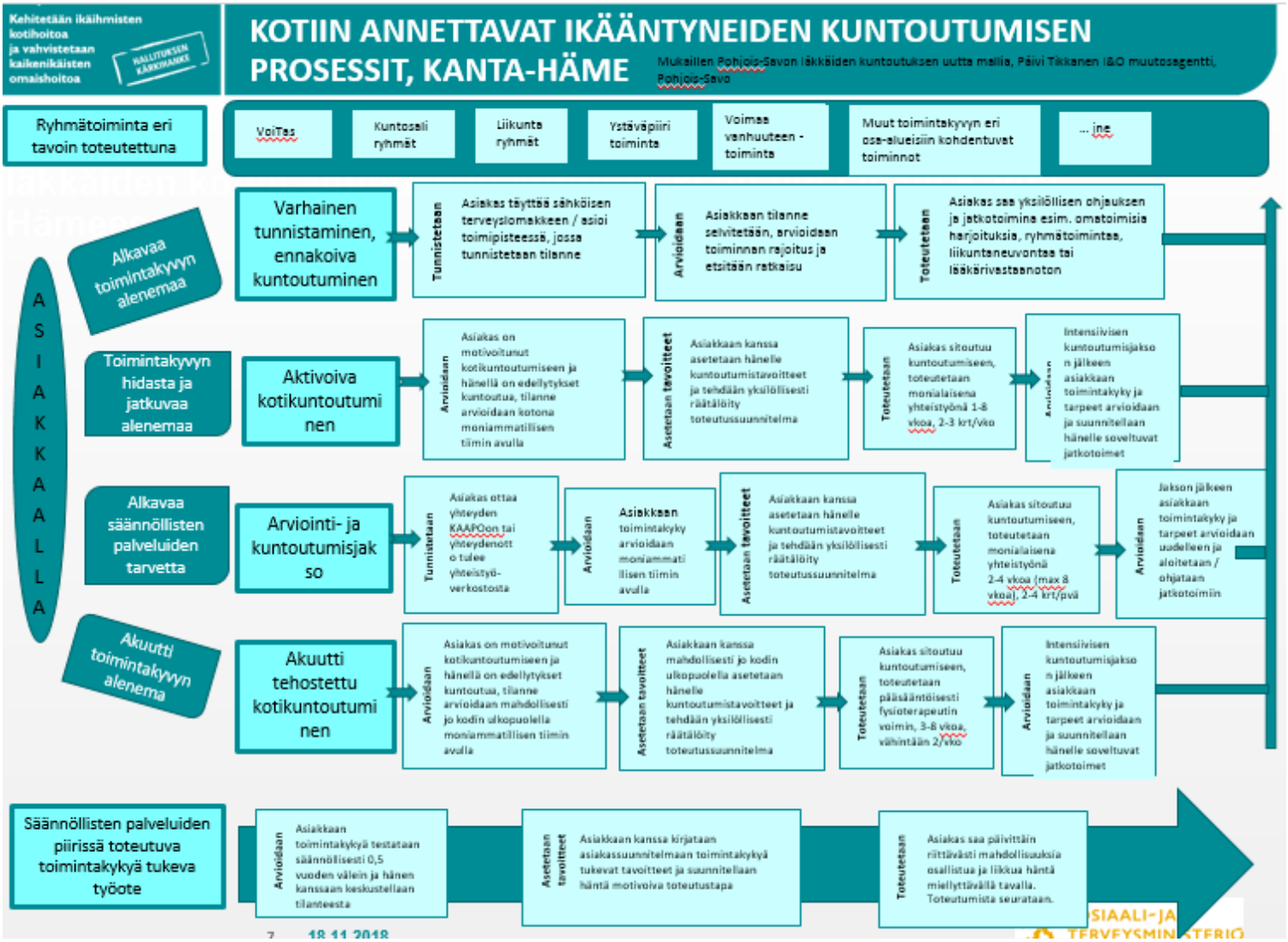
6.3.1 Kuntoutumisen tukeminen

Hussin ym. (2017) arvion mukaan perustasolla ei tällä hetkellä ole olemassa alueellisesta toimivaa, tasalaatuista yli 70-vuotiaisiin kohdistuvaa systemaattista kuntoutusjärjestelmää. Tarvitaan uusi alueellinen kuntoutusjärjestelmä, jonka tehtävänä on tarjota kuntoutusta tasavertaisesti kaikille ikäihmisille. Ikäihmisten kuntoutus on tutkitusti tuloksellista ja yhteiskunnalliselta kannalta vaikuttavaa. Ikäihmisten sekä lähipiirin elämänlaatua ja elinvoimaa voidaan merkittävästi tukea ennaltaehkäisevän kuntouttavan ja ylläpitävän kuntoutuksen keinoin. Kuntoutuksella on saavutettavissa sekä parempaa elämää että huomattavia kustannussäästöjä. (Hussi ym. 2017).

On tutkitusti perusteltua sekä palvelurakenteiden ja -toimintojen uudistamisen, ikääntyneiden hyvinvoinnin että mahdollisimman terveen sekä toimintakykyisen ikäihmisen elämän kannalta, että kuntoutus kokonaisvaltaisesti ymmärrettynä on keskiössä ikääntyneiden palveluiden kokonaisuudessa Kanta-Hämeessä. Kuntoutuksen tulee siirtyä ikääntyneiden elinympäristöihin moninaisin keinoin ja tavoin.

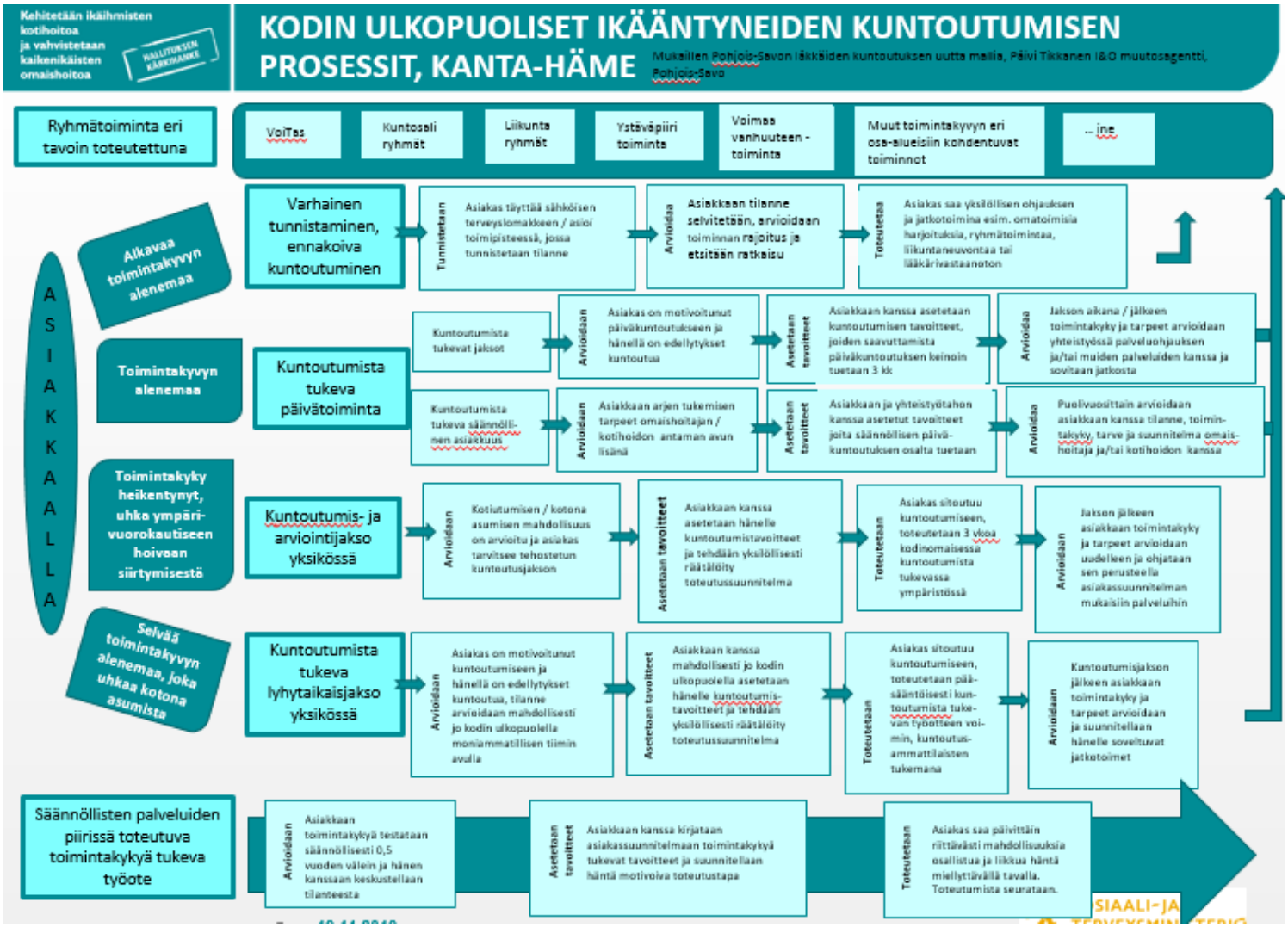
Keskeistä on varmistaa palveluja tarvitsevan iäkkään kotiarjen onnistuminen sujuvilla asiakasprosesseilla ja katkeamattomilla palveluketjuilla. Iäkkäiden kuntoutuksessa korostuvat oikea-aikaisuus, asiakkaan osallisuus ja motivaatio sekä henkilöstön asenne ja osaaminen. Kuntoutumista tukevat toimintatavat läpileikkaavat koko palvelujärjestelmän aina ennaltaehkäisevästä varhaisesta tunnistamisesta palvelujen piirissä olevien toimintakyvyn ylläpysymisen mahdollistamiseen. Kuntoutuminen iäkkään omassa elinympäristössä painottuu. Kuntoutumisen tukemisessa huomioidaan toimintakyky laaja-alaisena: fyysisen toimintakyvyn (liikkumiskyvyn ja sen edellytysten kuten tasapainon, lihasvoiman ja kestävyyden harjoittaminen) lisäksi myös sosiaalinen (yksinäisyyden ja syrjäytymisen ehkäisy), psyykkinen (käyttäytymiseen vaikuttaminen) ja kognitiivinen (kognitiivinen harjoittelu) osa-alue ovat kaikki yhtä tärkeitä. (Tikkanen 2018).

Kanta-Hämeessä on työstetty ja kuvattu kotiin annettavat kuntoutumista tukevat prosessit (kuva 41) ja kodin ulkopuoliset kuntoutumista tukevat prosessit (kuva 42).



Kuva 41. Kanta-Hämeessä laaditut ikääntyneiden kotiin annettavat kuntoutumista tukevat prosessit.

Myös asumispalvelu, laitoshoito ja -palveluympäristöissä edelleen tuotetaan kuntoutumista tukevia palveluja ja hoitoa. Näissä ympäristöissä kuntoutumisen tukeminen ja hoito kietoutuvat toisiinsa. Kanta-Hämeessä nähdään, että tällaisissa hoivaympäristöissä tulee olla mahdollista viettää mahdollisimman tavallista elämää (mm. asiointien mahdollistuminen, yhteinen ruokailu). Toimintakulttuurin tulee muotoutua sellaiseksi, että toiminnan tavoite liittyy sekä sairauden parantumiseen että samanaikaisen toimintakyvyn kohentumiseen tai ennallaan pysymiseen.



Kuva 42. Kanta-Hämeessä laaditut ikääntyneiden kodin ulkopuolella tapahtuvat kuntoutumista tukevat prosessit.

Kanta-Hämeessä on tunnistettu, että etäkuntoutuksen keinoin on mahdollista sekä ennaltaehkäistä toimintakyvyn laskua että toisaalta tukea ikääntyneen aktiivista kuntoutumisvaihetta. Kuntoutusprosesseissa tulee pohtia ja määritellä mille kaikille kohderyhmille, mikä osuus ja millä sisällöillä voidaan ja on tarkoituksenmukaista toteuttaa etäkuntoutuksen konstein.

Kanta-Hämeessä on olennaista vahvistaa fysio- ja toimintaterapeuttien määrää iäkkäiden palveluissa ja kohdentaa heidän työtään kuvattujen toimintamallien suuntaisesti. Pohjois-Savossa tarvittavaa henkilömäärää on arvioitu laskentamallilla *yksi terapeutti: 9 asiakasta/vko* sisältäen koti- ja etäkäynnit (Tikkanen 2018). Keski-Suomessa kuntoutushenkilöstön määrän tarvetta ikääntyneiden palveluihin on arvioitu kaavalla *0,01 kuntoutuksen ammattilaista / kotihoidon asiakas*.

6.3.2 Kotihoito ja tukipalvelut

Kotihoito on kotiin annettava sosiaali- ja terveydenhuollon yhteinen palvelu, jossa asiakkaalle tai hänen perheelleen annetaan sekä sairaanhoitoa ja lääkinnällistä kuntoutusta että henkilökohtaista arjen käytännön toimiin liittyvää huolenpitoa tai apua. Kotihoitoa annetaan erityisesti iäkkäille, vammaisille ja pitkäaikaissairaille. Kotihoito palveluna kattaa sisällöltään sekä kotipalvelun että kotisairaanhoidon, joten sitä myönnetään sekä sosiaalihuoltolain (1301/2014) että terveydenhuoltolain (1326/2010) perusteella.

I&O-kärkihankkeessa tavoitteena on kehittää kotihoidon sisältöä ottamalla käyttöön nykyistä huomattavasti suuremmassa määrin näyttöön perustuvia ja erilaisia asiakassegmenttejä tukevia toimintamalleja. Palveluprosessien kehittämisen ytimessä on kotona asumisen tukeminen turvallisesti, arkikuntoutuksen toteuttaminen ja mahdollisimman toimelias ikääntyneen arki. Lisäksi tavoitteena on kehittää henkilöstön ajankäyttöä siten, että asiakaskohtainen välitön työaika lisääntyy. (Olkkonen-Nikula, 2018).

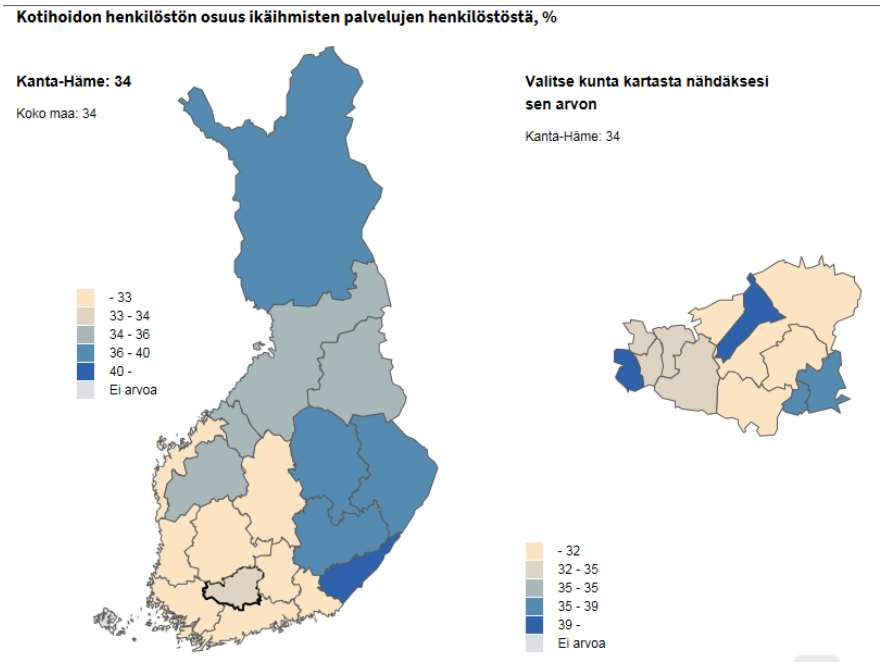
Kanta-Hämeessä säännöllisen kotihoidon asiakkaiden määrän ajatellaan lähes kaksinkertaistuvan vuoteen 2040 mennessä (kts. taulukko 3). Kotihoidon asiakaspoolissa tulee samaan aikaan tapahtua isoja muutoksia suhteessa nykyiseen: vain muutaman kerran viikossa palvelua saavien määrän tulee vähentyä sitä kautta, että heille on tarjota muita palveluvaihtoehtoja, ja toisaalta intensiviisesti palveluja saavien määrän tulee kasvaa. Myös kotihoidon asiakkuudessa olevien muistisairaiden osuus kaikista muistisairaista tulee kasvaa, jotta palvelurakennetavoitteisiin ylletään väestökehityksen ennusteiden toteutuessa.

Kotihoidossa keskeistä on tukea ikääntyneen normaalia elämää ja hänen omaa elämäntyyliään. Kotihoidon ympärivuorokautisuus on ehdoton edellytys jatkossa. Maakunnassa on ollut suurta vaihtelua kuntoutumista tukevien toimintatapojen kehittämisessä ja käytössä kotihoidossa tai ylipäätään kotona asumisen tukemisessa. Yhteiset kuntoutumista tukevat prosessit on valmisteltu (kts kpl 6.3.1) ja niiden käyttöönottoa tulee edistää kaikkien kuntien alueella. Kanta-Hämeessä on sovittu, että jatkossa säännöllisen kotihoidon myöntämistä edeltää uusilla asiakkailla aina asiakas- ja palveluohjauksen toimesta organisoitu kuntoutumis- ja arviointijakso. Tällä on vaikutusta kotihoidon kuntoutushenkilöstöä koskevaan resursointiin muiden kuntoutumista tukevien interventioiden ohella.

Maakunnan yhteisessä valmistelussa on laadittu palvelukuvauksia kotihoitoon ja sen tukipalveluihin, linjattu henkilöstöön ja koulutukseen sekä kotihoidon resurssipooliin liittyviä asioita ja tehty yhteiset linjaukset välittömän ja välillisen työajan määrittelyistä ja niihin liittyvistä odotuksista.

Jatkossa prosesseissa tulee keskittyä kotihoidon erilaisten toimintamallien osalta määrittelemään mille asiakassegmenteille tai -ryhmille ne kohdentuvat. Riskinä on, jollei em. asioita määritellä, että esimerkiksi kuntoutumista tukevat toimintamallit siirtyvät rakenteessa ”kotihoidon putken alkuun” ilman että niissä olisi voimakas tavoite ehkäistä asiakkaan kotihoitopalveluiden tarvetta. Tällöin kuntouttavat palvelut eivät toimi aiottuina interventioina palvelutarpeen muuttumiseksi vähintäänkin kevyemmäksi vaan itse asiassa vievät kohti kotihoidon palveluja.

Maakunnassa on rohkaisevia kokemuksia siitä, miten mm. kuntoutumis- ja arviointijaksot sekä suunnitelmallinen että johdonmukainen kotiutumisen tuki vähentävät säännöllisen kotihoidon tarvetta. Toisaalta kotona asumisen tukemisen ollessa palvelurakenteen selkärankana tulee kuntoutusinterventioiden toteuttajien olla kiinteässä yhteistyössä ja verkostossa kotihoidon arjen toteuttajien kanssa, jotta tunnetaan käytännön mahdollisuudet.



Kuva 43. Kotihoidon henkilöstön %-osuus kaikista ikääntyneiden palveluiden henkilöstöstä. Lähde: THL 2018.

Maakunnassa halutaan tietoisesti ja tavoitteellisesti muuttaa tilapäisen kotihoidon palvelun myöntämiskriteerejä ja toimintatapaa tiukemmaksi; asiakkailta ei lähtökohtaisesti käydä hakemassa näytteitä tai tekemässä kokeita kotona, jos he muutoin asioivat terveysasemilla / -keskuksissa. Asiakkaita voidaan velvoittaa käymään ko. asioissa myös kotihoidon toimipaikoissa: näin henkilöstöresurssien käyttöä voidaan tehostaa. Kotihoidon sairaanhoitajaresurssin sitominen pääosin tilapäisiin käynteihin vaikuttaa ko. resurssin muuhun käyttöön kotihoidossa. Poikkeuksena tiukoista tilapäisen kotihoidon kriteereistä tunnistettiin omaishoidon tilanteet. On usein kokonaisuuden kannalta edukkainta, että omaishoitotilanteissa apua saa kotiin matalammalla kynnyksellä, osana omaishoidon tuen palvelujen kokonaisuutta.

Kotihoidon palveluiden saatavuuteen liittyvät voimakkaasti teknologia ja etäpalveluiden kehittäminen samoin tavoin kuin myöntämiskriteerit. Kotiin annettavien palveluiden osalta tulee jatkovalmistelussa olla avoin kaikkien palveluiden ja prosessien osalta niille mahdollisuuksille, joita teknologia tuo sisällön ja saatavuuden sekä saavutettavuuden kehittämiseksi. Valmistelussa käytiin erilaisten toimintojen organisoimisesta mm. sellaista keskustelua, että saattaisi olla järkevää yhdistää samaan ”keskukseen” kotihoidon toiminnanohjausjärjestelmän koordinointi, optimointi, muut työjärjestelyt ja erilaiset etäkäynnit ja -tapaamiset. Tällaisella järjestelyllä voi olla positiivisia vaikutuksia myös henkilöstön sijoittamista ajoittain koskeviin haasteisiin. Myös kuntoutushenkilöstön työpanos on näin sopivasti kaikkien asiakkaiden käytössä ja voi parhaimmillaankin mahdollistaa kuntoutusryhmiä, joihin voi samalla kertaa osallistua eri puolilta maakuntaa.

Uusien teknologioiden avulla olisi mahdollista säästää sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksissa. Informaatioteknologian avulla hoitoketjujen vaikuttavuuden seuraaminen ja optimointi toisi huomattavia kustannussäästöjä, mutta tällä hetkellä IT-järjestelmät eivät vielä anna kokonaiskuvaa palveluprosesseista tai erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden yhteistyön toimivuudesta. (Olkkonen-Nikula 2018).

Muistioireisia on paljon asiakkaina nykyisissä kotihoidon palveluissa ja heidän osuutensa tulee edelleen suhteellisesti ja määrällisesti kasvamaan. Myös tämän asiakasryhmän kohdalla teknologian hyödyntäminen monipuolisesti turvallisen ja merkityksellisen elämän mahdollistumiseksi kotona on merkittävässä roolissa. Jo nyt muistioireiset henkilöt asuvat valmistelussa mukana olleiden kokemuksen mukaan melko pitkään kotona, mutta silti esimerkiksi paikannusteknologian käyttö on vähäistä. Teknologian hyödyntämistä lisää sen käytettävyyden ja huomaamattomuuden kehittyminen ja lisääntyminen. Eritoten yksinasuvien muistioireisten elämässä tällä haavaa on haastavaa hyödyntää teknologiaa, mikä antaa uusia mahdollisuuksia kehittämistyölle.

Valmistelussa oltiin yhtä mieltä siitä, että muistioireisen tunnistaminen ajoissa on tärkeää: tunnistamisen tulee käynnistää automaattisesti asiakas- ja palveluohjauksessa tilanteen kartoittaminen. Edelleen myöntämiskriteerien asettamisessa tulee huomioida tämä asia: muistioireisten henkilöiden kohdalla kotiin annettavien palveluiden asiakkuuden alkaminen ajoissa on olennaista arjen sujumisen varmistamiseksi pidempään: arjen sisältö ja laatu ylläpitää vuorokausirytmiä ja turvallisuuden tunnetta. Muistioireisten lisääntymisen vuoksi on tarpeen resursoida toimintoihin, jotka kannustavat ja tukevat aktiivista arkea monipuolisesti.

Valmistelussa tuotiin esille yksilöllisyyden huomiointi ja asioiden ennakointi eritoten muistioireisten kohdalla: palvelun sisällön ja määrän tulee olla suhteessa kotona asumisen kokonaisuuden johdonmukaiseen mahdollistamiseen, ei tiettyjen asioiden toteuttamiseen. Kotiin annettavissa palveluissa tulee kyetä palvelusisällöissä lisäämään yksilöllistämistä; asiakkaan taustan, sairauksien ja hänen tarpeidensa tulee vaikuttaa näihin enemmän kuin se mitä muut asiakkaat saavat.

Kotiin annettavien palveluiden piirissä olevat päihde- ja mielenterveysasiakkaat eivät ole vain ikääntyneitä. Heidän määränsä kasvaa valmistelussa käydyn keskustelun mukaan koko ajan. Usein näillä asiakkailla on myös paljon ravitsemukseen liittyviä haasteita. Maakunnan alueella on mahdollisuuksia hyödyntää paremmin sellaisten kotiin annettavissa palveluissa valmiiksi työskentelevien ammattilaisten osaamista, jotka ovat erikoistuneet päihde- ja mielenterveystyöhön ja joilla on siihen erityistä innostusta.

6.3.3 Muut kotona asumista tukevat palvelut

Kanta-Hämeessä on nähty nopeuden ja joustavuuden olevan kaikkien etu **asunnonmuutostöiden** suunnittelussa ja toteutuksessa; ideaalisin on prosessi missä heti suunnitteluvaiheessa asiantuntijat (rakennusalan asiantuntija, esteettömyyden kartoituksen osaaja, päätöksen valmistelija) tekevät nopealla aikataululla kotiympäristöön käynnin tilanteen kartoittamiseksi. Tämä osaltaan nopeuttaa kartoitusta seuraavaa päätöksentekoa ja mahdollisen muutostyön varsinaisen toteuttamisen aloittamista.

Asunnonmuutostöihin liittyy ikääntyneiden käytännön arjessa useita haasteita: muutostyöt ovat kalliita; vammaispalveluiden kriteerit ovat sellaisia, että harvoin ikääntynyt saa sitä kautta rahallista tukea tarvitsemaansa muutokseen (ja aikaa kuluu prosessiin); ja lisäksi tarvitut mutta toteuttamatta jääneet asunnonmuutostyöt altistavat ikääntyneet tapaturmille, jotka taasen aiheuttavat sekä ikääntyneelle itselleen että sosiaali- ja terveydenhuollolle erilaisia kustannuksia, joita ennakoinnilla ja muutosten toteuttamisella olisi voitu välttää. Erityisen haasteellinen on tilanne, jossa ikääntynyt

jää ns. harmaalle alueelle: ei saada yksimielisyyttä viranomaistoimijoiden kesken siitä, onko asunnonmuutostyön tarve ikääntymisen mukaan tuomaa vai vaikeavammaisuutta.

Lisäksi ikääntyneiden osalta koettiin, ettei asunnonmuutostyöhön liittyvä prosessi etene välttämättä niin sujuvasti ja koordinoidusti kuin olisi syytä. Vammaispalveluiden asunnonmuutostyön prosessi näyttäytyy selkeämmältä siltä osin, että ammattilaiset tekevät tilannekatsauksen pohjalta yhdessä arvion ja tarvittavat muutokset – kaikki asiantuntijat tuovat osaamisen kerralla tilanteeseen.

Kanta-Hämeessä todettiin, että mikäli maakunnassa halutaan ennaltaehkäisevässä ja kotona asumista tukevassa mielessä hoitaa prosessi hyvin, tulee muodostaa maakunnan toimijoiden ja kuntien toimijoiden keskuuteen verkostoja, jotka tekevät nopealla vasteajalla arvioita ja suunnitelmia. Lisäksi koettiin kustannuksia säästäväksi, jos julkinen taho voisi myös toteuttaa pieniä muutoksia omilla työntekijäresursseillaan.

Kanta-Hämeessä on ikääntyneiden palveluiden valmistelusta lähtenyt liikkeelle idea siitä, että esimerkiksi alueellisen apuvälinekeskuksen yhteydessä toimisi alueellinen asunnonmuutostyönkeskus: esteettömyyskartoittajakoulutuksen saaneet kuntoutuksen asiantuntijat kartoittavat ja suunnittelevat muutoksia ja keskuksessa työskentelisi joko suunnittelu-, koordinointi- ja/tai toteutustehtävissä myöskin rakentamisen ammattilaisia.

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirissä toimii alueellinen **apuvälinekeskus**, ja sen alaisuudessa maakunnassa lainaamoita. Käytössä ovat yhteiset apuvälineiden luovutusperusteet. Maakunnassa koetaan yksikön toiminta ja järjestelyt hyvinä.

Käytännön arjen suunnitelmallisen toiminnan haasteena voidaan nähdä, että lainaamoihin asiakas tulee ilman ajanvarausta, mikä johtaa siihen, että lainaajia voi olla yhtä aikaa useita odottamassa vuoroaan. Kyseltävien apuvälineiden kirjo on laaja. Tämä johtaa siihen, ettei tilanteessa välttämättä ole aikaa muuhun kuin hoitaa akuutti apuvälinetarve: ei voi pysähtyä ja arvioida perusteellisesti muuta asioivan kuntoutumis- tai kartoitustarvetta. Akuutissa apuvälineen luovutustilanteessa ei siis ole aikaa perehtyä asiakkaaseen kokonaisvaltaisesti. Onkin täysin tavanomaista, että asiakkaan palvelutarpeen ollessa muutoin ilmeinen ja hakeuduttaessa esimerkiksi kotihoidon piiriin, alkaa vasta asiakkaan tilanteen kokonaisvaltainen arviointi. Vasta tällöin todennäköisesti asiakkaan käytössä olevien apuvälineiden soveltuvuutta arvioidaan kattavammin ja apuvälineiden käyttö monipuolistuu, koska jatkotoimet tehdään huolellisen kartoituksen perusteella.

Tiedetään tutkimusten perusteella, että tietyt ensimmäiseksi käyttöönotetut apuvälineet ovat vahvoja indikaattoreita asiakkaan kuulumisesta johonkin riskiryhmään, missä tietyn riskin toteutumisen todennäköisyys jollain aikavälillä on merkittävä. Johdonmukaisesti hyödynnettynä tällaisen tiedon tulisi johtaa prosessiin, missä määriteltyjen apuvälineiden käyttöönotosta lähtee heti signaali asiakas- ja palveluohjaukseen palvelutarpeen kartoittamiseksi. Nykymallissa tällaista prosessinomaisuutta tai yhteyttä asiakas- ja palveluohjauksen ja apuvälinelainaamojen välillä ei ole, ja käytännössä siis ennaltaehkäisyn, arjen tukemisen ja kuntoutuksen näkökulmasta menetetään inhimillisiä ja prosessuaalisia mahdollisuuksia tarttua asiaan ajoissa ennen riskin toteutumista. Kyse ei ole pelkästään siitä, että laaja palvelutarpeen arviointi ei käynnisty: ensi askel voisi olla liittää yhteen esimerkiksi tietyn apuvälineen luovutus sekä siihen kytketty tietty jumppaohjeistus (esimerkiksi Janakkalan kunnassa rollaattorilainaajalle annetaan mukaan tietyt jumppaohjeet).

Kanta-Hämeessä ikääntyneiden palveluiden valmistelusta lähti laajempaan käsittelyyn ehdotus apuvälinekeskuksen toiminnan ja asiakas- ja palveluohjauksen toiminnan liittämisestä yhteen

prosessuaalisesti, esimerkiksi ensimmäisen rollaattorilainan osalta. Janakkalan kunta pilotoi toimintamallia jo valmistelun aikana hyvin tuloksin.

6.4 Ikääntyneiden perhehoito

Perhehoidolla tarkoitetaan henkilön ympärivuorokautisen huolenpidon järjestämistä hänen oman kotinsa ulkopuolella yksityiskodissa. Perhehoito voi olla tilapäinen tai pidempiaikainen huolenpidon järjestämisen muoto. Perhehoitaja voi tulla myös asiakkaan omaan kotiin sovituksi ajaksi. Perhehoidosta säädetään laissa 263/2015, jossa säädetään mm. perhehoitopaikan tai perhekodin yleisistä laatuvaatimuksista, hoitajien koulutuksesta, hoidettavien enimmäismäärästä, toimeksiantosopimuksesta, hoitopalkkiosta ja kustannusten korvaamisesta.

Ikääntyneiden perhehoito on hyvin vähäistä Kanta-Hämeessä. Perhehoitoyksikkö Kanerva vastaa maakunnassa perhehoitajien rekrytoinnista sekä koulutuksesta ja kunnat asiakkaiden palvelutarpeen arvioinnista. Kanta-Hämeen kunnat eroavat prosessin jatkon osalta toisistaan siinä, miten tästä eteenpäin toimitaan kunnan toimijoiden ja Kanervan kesken. Koska pääsääntöisesti perhehoitoa käytetään lyhytaikaisena asiakkaan kotiin annettavana palveluna, on sovittu asiakkaiden ja perhehoitajien keskinäisiä tutustumiskäyntejä.

Kanerva on tuottanut ja kehittänyt perhehoitajan tukemiseen ja vierellä kulkuun liittyviä toimintamuotoja: vertaisryhmä on aloittanut toimintansa marraskuussa 2017 ja täydennyskoulutuspäiviä on budjetoitu ensimmäistä kertaa vuodelle 2018. Perustoimintaan ovat kuuluneet perhehoitajien tuki- ja valvontakäynnit sekä puhelinkeskustelut ja sähköpostiviestittely. Tuen kehittämisessä on tullut esille tarve tiiviimmälle kontaktille ja koordinoinnille; perhehoitajat kokevat työnsä yksinäiseksi ja toisaalta kunnan toimijoiden ja Kanervan työntekijän yhteydenpidossa perhehoitajaan voi olla päällekkäisyyksiä. Perhehoitajat kokevat myöskin, että kuntien toimijoiden perhehoitoa koskevan tiedon puute aiheuttaa ongelmia prosesseissa ja vaikuttaa käytännön arjessa siihen, millaisia kokemuksia perhehoitajat saavat yhteistyöstä. Käytännössä perhehoitajien asiakasmäärien ja hoitojaksojen koordinointi on heillä itsellään, koska toimeksiantosopimusten puitteissa ajankohdat sovitaan asiakkaan ja perhehoitajan kesken.

Maakunnallinen yhteinen perhehoidon toimintaohje Kanta-Hämeessä on ollut käytössä pidempään, jo ennen Kanervan koordinointivastuuta.

Ikääntyneiden perhehoidossa on selkeästi potentiaalia ja toisaalta maakunnassa on tarvetta vahvistaa sen asemaa osana palvelurakennetta. Palvelurakenteen pitkäaikaishoito- ja asumispalvelupaikkavaltaisuuteen voidaan vaikuttaa myös perhehoidon keinoin. Maakunnassa tehdyn omaishoidon tuen valmistelun aikana on vahvistunut käsitys siitä, että esimerkiksi omaishoidon tuen tukipalveluna perhehoito on toivottu vaihtoehto niin asiakkaiden kuin omaishoitajien näkökulmasta. Perhehoidon koetaan yksikköjen lyhytaikaishoitojaksoja paremmin tukevan kotona tarvittavaa toimintakykyä ja aktiivisuutta. Lisäksi perhehoidon luonnollinen kodinomaisuus viehättää. Etelä-Savon kokemusten mukaan myös omaishoitajien vapaapäivien pitäminen on suhteellisesti lisääntynyt perhehoitoon tehtyjen panostusten ja kehittämisen kautta. Perhehoidon vankistamisella ja vahvistamisella on siis monia hyötyjä.

Koska perhehoito on maakunnassa vielä vähäistä, Kanta-Hämeessä ei ole asetettu sen kattavuudelle prosenttiosuustavoitteita. Sen sijaan on asetettu tavoitteeksi, että

- vuoteen 2022 mennessä pitkäaikaisessa perhehoidossa on 15 asiakasta, jotka ovat täyttäneet 75 vuotta. Käytännössä tämä tarkoittaa 5–7 perhehoitajaa, jotka työskentelevät näiden asiakkaiden kanssa kotonaan
- vuoden 2022 aikana lyhytaikaisessa perhehoidossa on ollut 100 asiakasta, jotka ovat täyttäneet 75 vuotta.

Rakenteellisesti tunnistettiin sekä omaishoidon kokonaisuuden koordinointi että perhehoito osaksi asiakas- ja palveluohjausta. Tässä kokonaisuudessa on enemmän rajapintoihin liittyviä hyötyjä kuin siinä, että ne erotettaisiin omiksi toiminnoikseen. Asiakas- ja palveluohjauksesta tulee organisoida tämän ajatuksen mukaisesti sekä asiakkaan että hoitajan tuki sovittavalla tavalla. Todennäköisesti asiakas- ja palveluohjauksessa perhehoidon koordinointi on järkevää pääsääntöisesti irrottaa omaksi vastuualueekseen omaishoidon tuen ohella (esim. omaishoidon koordinaatiosta vastaavat ja perhehoidon koordinaatiosta vastaavat). Perhehoidon osalta tavoitteena on sen roolin merkittävä määrällinen ja laadullinen muutos osana palvelurakennetta, joten vastuualueiden jaossa tulee olla joustavia ratkaisuja riippuen resurssitarpeista. Mikäli pitkäaikaisessa perhehoidossa olevia asiakkaita on riittävästi, tällaista asiakaspoolia koordinoivalla henkilöllä pitäisi olla vastuu heidän kokonaispalveluistaan. Sellaiset asiakkaat, jotka käyttävät perhehoitoa lähinnä lyhytaikaisessa muodossa, säilyvät asiakasvastuun osalta sillä palveluohjaajalla, joka muutoinkin koordinoi heidän palvelujensa kokonaisuutta.

Omais- ja perhehoidon osalta tunnistettiin tärkeinä yhteistyökumppaneina muiden asiakasryhmien vastaavia tehtäviä tekevät henkilöt. Tukipalveluiden, koulutusten, virkistystoiminnan, ilmoitusten jne. organisointi yhdessä on järkevää ja kustannustehokasta ja siten lähtökohtana ko. toimintojen yleisten asioiden organisoimiselle yli erilaisten asiakasryhmien.

Perhehoitajille hyvinvointi- ja terveystarkastukset tulee lakisääteisesti järjestää joka toinen vuosi. Tämä toteutuu valmistelussa kerättyjen tietojen perusteella.

Maakunnassa valmisteltu valikko (taulukko 5) omaishoidon tuen tukipalveluista on päätetty laajentaa myös perhehoitajien käyttöön soveltuvin osin.

Tukipalvelut ja -toimet
Lakisääteiset vapaapäivät
Muut vapaapäivät
Omaishoitajien vertaisryhmät
Sähköiset vertaistuen muodot
Neuvonta (puhelin, sähköinen, kasvokkainen)
Hyvinvointi- ja terveystarkastukset
Omaishoitajien jaksamisen arviointimittarit
Virkistyspäivät
Sosiaalityö
Valmennus ja koulutus
Kuntoutuspalvelut
Kuntosalivuorot, uimahallin vapaakäyttö, liikuntakortti
Rokotukset

Taulukko 5. Omais- ja perhehoidon tukipalvelut ja -toimet

Kanta-Hämeen valmistelussa vallinnut tahtotila hyödyntää teknologiaa entistä enemmän ja monipuolisesti näkyi myös omaishoidon ja perhehoidon käsittelyssä. Valmistelussa on hyväksytty linjaus siitä, että omais- ja perhehoitajien käyttöön organisoidaan etäkäyntien tai -tapaamisten

mahdollisuus ja hoitajaryhmien käyttöön sähköisiä alustoja vuorovaikutukselle; kartoitetaan muistioireisille henkilöille kohdennettujen paikanninten käyttöönottoa sekä ovihälytinratkaisuja. Myös erilaisten alustojen mahdollisuudet tiedon jakamiseen (esim. Dreambroker koulutusvideoille) ajasta ja paikasta riippumatta saivat kannatusta.

Maakunnassa on valmisteltu uudistettua maakunnallista ikääntyneiden perhehoidon toimintaohjetta maakunnan omien kokemusten sekä OSSI-hankkeessa valmisteltujen materiaalien pohjalta.

Perhehoidon vahvistaminen maakunnassa vaatii eritoten perhehoitoon liittyvän osaamisen lisäämistä asiakas- ja palveluohjauksessa.

6.5 Asumisen ja palveluiden uusi yhteys

Kanta-Hämeen tavoitteena on, että vähintään 94 % ikääntyneistä asuu kotonaan vuodesta 2022 alkaen. Iäkkäiden palvelujen laatusuosituksen (STM 2017) mukaan tavoitteena on lisätä iäkkään väestön kotona asumisen mahdollisuuksia myös kehittämällä monimuotoisia ratkaisuja asumiselle.

Palvelurakennemuutos vaatii laaja-alaista työtä, jotta tavoitteeseen päästään. Asumisen vaihtoehdot ovat tässä merkittävässä roolissa kuntien alueella. Esimerkiksi Päijät-Hämeessä säännöllisen kotihoidon kattavuustavoitteesta (10 % vuoteen 2020 mennessä ja siitä eteenpäin) on erotettu erikseen yhteisöllisen asumisen kattavuustavoite. Yhteisöllisen asumisen asukkaat käyttävät palvelutarpeeseensa kuitenkin pääsääntöisesti kotihoidon palveluja. Yhteisöllisen asumisen lisääminen prosenttiosuutena 75 vuotta täyttäneiden ikäryhmässä on sidottu Päijät-Hämeen suunnitelmissa tehostetun palveluasumisen suhteellisen osuuden laskemiseen: samassa suhteessa tavoitellaan yhteisöllisen asumisen lisäämistä kuin ympärivuorokautisen asumispalvelun kattavuutta lasketaan. Tällaisen strategian laatiminen ja sillä tavoin asumisen ympäristöjen tarpeen konkretisointi on päätöksenteon arvoinen asia myös Kanta-Hämeessä. Taulukossa 6 hahmotellaan mitä yhteisöllisen asumisen lisääminen asuakasmäärinä kunkin kunnan alueella tarkoittaisi käytännössä, jos sitä vertaa tehostetun palveluasumisen kattavuustavoitteeseen vuoden 2016 tietojen perusteella.

	Forssa	Hattula	Hausjärvi	Humppila	Hämeenlinna	Janakkala	Jokioinen	Loppi	Riihimäki	Tammela	Ypäjä	YHT. paikkoja
2020 *			3				7			16	9	**35**
2022**	54	21	17	6	176	41	13	20	62	15	6	**431**
2025**	62	25	19	6	201	46	15	22	72	18	7	**493**
2030**	70	28	23	8	231	53	17	25	86	21	8	**570**
2035**	75	31	26	9	249	58	19	27	96	23	8	**621**
2040**	77	34	28	9	264	62	20	29	103	25	9	**660**
* pitkäaikaishoidon kattavuustavoite yht 8 %, yhteisöllisen asumisen määrä on muutos suhteessa vuoteen 2016												
** yhteisöllisen asumisen kattavuus 2 %, koska pitkäaikaishoidon katttavuustavoite alenee 6 %:iin												

Taulukko 6. Yhteisöllisen asumisen asukasmäärien hahmottelua Kanta-Hämeessä kunnittain. Suhteutettu tehostetun palveluasumisen kattavuustavoitteeseen, 75 vuotta täyttäneet

Iäkkäiden tulee asua mahdollisimman usein tavanomaisessa asuntokannassa. Asumisen monimuotoisuuden ja esteettömyyden lisääminen tarkoittaa mm. esteettömiä tavallisia asuntoja,

senioritaloja, yhteisöllisiä taloja tai kortteleita sekä palveluasuntoja. (Tikkanen 2018). Asuntojen tulee olla sekä omistus-, osaomistus- että vuokra-asuntoja. Ikäasumisesta puhuttaessa sanalla ”ikä” ei viitata vain ikääntyneille soveltuviin asuntoihin – esteetön asunto sopii ja soveltuu kaikenikäisille ja kaikenlaisissa elämäntilanteissa oleville henkilöille.

Ensisijaisesti kotiin annettavien palveluiden vahvistaminen edellyttää uusien ja kevyiden asumista ja palveluja yhdistävien ratkaisuiden muodostumista kuntien ja yksityisten investorien yhteistyöllä. Tavoitteena on yhden kodin malli, jolloin toimintakyvyn heikentyessä palvelua voidaan lisätä sen hetkiseen kotiin ilman tarvetta muuttaa. (Tikkanen 2018).

Kanta-Hämeessä tätä kutsutaan **asumisen palvelukonseptiksi**, joka laadittiin osana valmistelua. Konsepti koostuu erilaisista komponenteista, joista rakentuu olemassa olevaan ympäristöön tarpeen ja mahdollisuuksien mukaan sopiva yhdistelmä asumista ja tarvittavia palveluja.

Konsepti lähtee kunnioituksesta jokaisen iäkkään oikeuteen saada asua ja ylläpitää omaa sosiaalista ympäristöään: ikääntymisen mukanaan tuoma palveluiden tarve ei ole syy, minkä vuoksi iäkäs lähtökohtaisesti aina erotetaan asuinympäristöstään, usein jopa monta kertaa toimintakyvyn muuttuessa ja palvelutarpeen kasvaessa.

Konseptissa ympäristöä tarkastellaan aina ensin asumisen näkökulmasta (analysoitava sitä kuinka paljon pitäjässä on ikääntyneille sopivaa asumista, tarvitaanko lisää tai korvaavia asumismuotoja), minkä jälkeen pohditaan suhteessa toimintaympäristöön mitä palveluita asumisen ympäristöihin halutaan liittää (fokuksena palveluiden vieminen kotiin), millainen muu ympäristö on ominaisuuksiltaan (mitä palveluita on lähellä, mitä halutaan liittää asumista sisältäviin rakennuksiin) ja miten organisoidaan yhteisöllisyyden mahdollistavat tilat ikääntyneille asukkaille ja muille, jotka käyttävät tiloja myös oma-aloitteisesti (lähtökohtana matala kynnys, avoimet tilat, monikäyttöisyys, muuntuvuus).

Käytännössä pitäjien olemassa olevat toimintaympäristöt asettavat realiteetit ja reunaehdot palveluverkostolle ja -toiminnoille. Palvelusisältöjä tulee kuitenkin kehittää voimakkaasti innovatiivisesti seinistä riippumatta. Kehittämistyössä pitää ottaa huomioon sähköisten ja virtuaalisten palveluiden merkityksen kasvaminen myös ikääntyneiden elämässä.

Asumisen konsepti ei tarkoita yhtä fyysistä yksikköä tai keskusta, koska silloin palveluverkoston lonkerot eivät ulotu riittävän pitkälle pitäjän eri osiin. Palveluverkoston kattavuus pitäjien keskustoiden ulkopuolelle tulee taata, jotta kotona asumisen mahdollisuudet tulevat ylläpidetyiksi myös kauempana keskuksista. Pitäjien palveluiden kokonaisuudessa tulee välttää tasapäistämistä ja hakea tavallisuutta ja arkea tukevia ratkaisuja; sellaisia helppoja ja arkipäiväisiä ratkaisuja, joita muukin yhteiskunta käyttää.

Ikääntyneiden elämän ja yhteen sovitettujen palveluiden pääosassa on kotona asuminen. Ikääntynyt saa kotiinsa erilaisia palveluja tarpeen mukaan vaihdellen. Täten asuntojen ja myös palveluiden käytössä olevien toimitilojen monikäyttöisyys, muunneltavuus ja toimivuus eri vuorokaudenaikoina ovat merkittäviä asioita.

Pitäjissä, kunnissa ja kuntakeskuksissa tulisi olla kaikenikäisille kuntalaisille ja kolmannen sektorin toimijoille avoimia, saavutettavissa ja hyödynnettävissä olevia yhteisiä tiloja, jotta kansalaisaktiivisuutta ja kumppanuuksia voidaan toteuttaa laaja-alaisesti ja sisällöltään monin eri tavoin.

Palveluiden tuottamisessa siirrytään asiakkaan yksinomaisesta palveluihin hakeutumisesta enemmän siihen suuntaan, että palvelut ja henkilökunta liikkuvat aktiivisesti ja/tai käyttöönotetaan virtuaalisia palveluja. On huomattava, että pienetkin välimatkat palveluiden välillä tai palveluihin voivat osoittautua esteeksi palveluiden käytölle tai toimintoihin osallistumiseen. Onkin tarpeen suunnata katse siihen, että pitäjistä, kylistä jne. löytyviin tiloihin tai toimintoihin integroidaan tarpeen ja mahdollisuuksien mukaan ikääntyneiden palveluihin liittyvää toimintaa tai niissä edistetään yhdessä kuntien kanssa hyvinvointia ja terveyttä edistävää harrastus- ja yhdistystoimintaa ja yhdessäoloa. Niihin palveluihin, joita ei voi tai kannata viedä lähelle asiakkaita pitäjiin tai kyliin, tulee organisoida riittävät ja kattavat kuljetuspalvelut, jotka ovat aidosti saavutettavissa tai toimivat etäyhteydet. Usein ikääntyneen mahdollisuus osallistua virkistystoimintaan tai aktiviteetteihin on käytännössä kiinni kuljetuksista; kuljetusten saavutettavuuden helppous on olennaista, jotta niitä käytetään. Kuljetuksissa kutsumismahdollisuus on vakireittien lisäksi tai niiden sijasta tärkeää.

Palvelukorttelikonseptit ovat isompien asutuskeskusten tai kuntien rakenteita, jossa voidaan yhdistää kotona asuminen ja erilaiset palvelut ja tuoda yhdistys- ja järjestötoiminta lähelle arkipäivän elämää ja muita palveluita. Tällaisten monipuolisten ratkaisuiden avulla ikääntyneet integroituvat muun yhteiskunnan keskuuteen eikä heitä palveluiden tarvitsijoina sijoiteta erikseen kauemmas muusta arkielämästä (esimerkkeinä hyvistä olemassa olevista käytännöistä maakunnassa Keinukamari Hämeenlinnan keskustassa ja Sauvolan hyvinvointikeskus Iittalassa). Kanta-Hämeen valmistelukeskusteluiden perusteella tällaisen konseptin keskeiseen sisältöytimeen kuuluu päivätoimintaa ja yhteistyötä erilaisten paikallisten kumppaneiden kanssa, riittävästi varustettu ja toiminnallinen kuntosali, mahdollisuus kotona asumista tukevaan lyhytaikaishoitoon, muunneltavia asuntoja erilaisille asiakasryhmille niihin joustavasti tuotettuine hoivapalveluineen ja ruokailumahdollisuus.

Eri toimijoiden välisessä kumppanuudessa on huomioitava sen vastavuoroisuus: sotetoimijoiden ja kuntien on huolehdittava siitä, että kumppanuus on houkuttelevaa myös järjestöjen ja yhdistysten näkökulmasta (esimerkiksi veloitukseton tilojen käyttö). Samoin asumisen vaihtoehdoista on tehtävä houkuttelevia ikääntyneiden kantahämäläisten näkökulmasta.

Kuntosalitoimintoihin ja niiden välittömässä läheisyydessä olevien palveluiden käyttöön ja hyödyntämiseen kohdistuu laajaa ja kasvavaa kiinnostusta ikääntyneiden parissa. Maakunnan kunnille suositellaan laajasti tätä havaintoa tukevien kehittämistoimenpiteiden edistämistä mutta samalla tulisi muistaa myös ulkoliikuntapaikkojen merkitys Suomen vaihtelevissa vuodenajoissa. Kaiken kaikkiaan erilaisten harrastusmahdollisuuksien luominen, eritoten aktiivisen elämän mahdollisuuksien luominen, on tärkeää kaikissa pitäjissä.

THL (2018) on kuvannut ikäystävällisen kodin ominaispiirteet (kuva 44). Ikäystävällinen koti soveltuu kaikenikäisille eikä ole vain ikääntyneiden henkilöiden asumiseen spesifi ratkaisu. Ikäystävällisessä kodissa korostuu esteettömyys ja turvallisuus; siellä mahtuu käyttämään apuvälineitä. Koti sijaitsee siten, että siitä kykenee saavuttamaan palveluja ja julkista liikennettä. Asuinympäristö, julkiset tilat, liikenne ja palvelut, kaikki huomioivat toimintakyvyn rajoitteet.

Asunnoissa on mahdollista hyödyntää teknologiaa: hyvinvointi-, kiinteistö- ja älyteknologiaa. Esimerkiksi etäyhteydet ovat keinoja ylläpitää sosiaalisia suhteita ja kulun valvonta parantaa muistioireisen turvallisuutta. Ikäystävällinen koti on yhteisöllisessä naapurustossa, jossa asuu kaikenikäisiä. Ikääntyneillä yksinasuminen lisääntyy ja yksinäisyyden tunteeseen voi vaikuttaa yhteisöasumisen ratkaisuilla ja yhteisöllisellä toiminnalla. (THL 2018)

Kunnissa toteutettava kaavoittaminen on tässä asiassa todella olennaisessa roolissa; kuntien tulee kiinnittää erityistä huomiota siihen, miten keskustoihin kaavoitetaan esteettömiä asuntoja.

Kuva 44. Ikäystävällisen kodin ominaisuudet. Lähde: THL 2018.

6.5 Ympärivuorokautinen hoiva

Asumispalveluja järjestetään henkilöille, jotka erityisestä syystä tarvitsevat apua tai tukea asumisessa tai asumisen järjestämisessä. Kotiin annettavat palvelut ovat ensisijaisia suhteessa palveluihin, jotka edellyttävät muuttamista ja sisältävät sekä asumisen että palvelut. Tilapäistä asumista järjestetään henkilöille, jotka tarvitsevat lyhytaikaista, kiireellistä apua. Palveluasumista järjestetään henkilöille, jotka tarvitsevat soveltuvan asunnon sekä hoitoa ja huolenpitoa. Tehostettua palveluasumista järjestetään henkilöille, joilla hoidon ja huolenpidon tarve on ympärivuorokautista. (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014).

Palveluasumisella tarkoitetaan palveluasunnossa järjestettävää asumista ja palveluja. Palveluihin sisältyvät asiakkaan tarpeen mukainen hoito ja huolenpito, toimintakykyä ylläpitävä ja edistävä toiminta, ateria-, vaatehuolto-, peseytymis- ja siivouspalvelut sekä osallisuutta ja sosiaalista kanssakäymistä edistävät palvelut. Tehostetussa palveluasumisessa palveluja järjestetään asiakkaan tarpeen mukaisesti ympärivuorokautisesti. (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014).

Pitkäaikaisen hoidon ja huolenpidon toteuttamista ohjaavat periaatteet määritellään laissa ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012). Kunnan on toteutettava iäkkään henkilön arvokasta elämää tukeva pitkäaikainen hoito ja huolenpito ensisijaisesti hänen kotiinsa annettavilla ja muilla sosiaali- ja terveydenhuollon avopalveluilla. Palvelut on sovitettava sisällöltään ja määrältään vastaamaan iäkkään henkilön kulloisiakin palveluntarpeita. Hoito ja huolenpito voidaan toteuttaa pitkäaikaisena laitoshoitona vain, jos siihen on lääketieteelliset perusteet tai asiakasturvallisuuteen tai potilasturvallisuuteen liittyvät perusteet.

Sosiaali- ja terveysministeriö asettaman Valtakunnallisen hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon perusteiden työryhmän tehtävänä oli muiden tehtävien ohella tehdä ehdotus iäkkäiden henkilöiden pitkäaikaisen laitoshoidon yhdenmukaisista lääketieteellisistä perusteista. Alatyöryhmän

näkemyksen mukaan laitoshoitoa ei pääsääntöisesti voida ennakoida yksittäisten diagnoosien perusteella ja 75 vuotta täyttäneestä väestöstä 0-1 % tarvitsee pitkäaikaista laitoshoitoa lääketieteellisillä perusteilla. Sairaudesta tai sairauksista johtuva laitoshoidon tarve voi muodostua alatyöryhmän näkemyksen perusteella esimerkiksi tilanteissa joissa asiakkaalla on useita samanaikaisia sairauksia, jotka edellyttävät vaativia, usein toistuvia ja ennakoimattomia lääketieteellisiä hoitoja; kun asiakas on vaikeasti liikuteltava, hän tarvitsee vaikeasti järjestettävissä olevaa tai erityisosaamista vaativaa hoitoa ja/tai hoitovälineistöä; tai jos kyseessä on sairaan henkilön oman tai muiden ihmisten vakava terveyden tai turvallisuuden vaarantuminen. Alatyöryhmän mietinnön perusteella laitoshoidon tulee pääasiassa olla määräaikaista, vaikka se joissain tilanteissa voi muodostua pitkäaikaiseksi. (Valtakunnallisen hoidon saatavuuden ja yhtenäisen hoidon perusteiden työryhmä, STM 2017).

Pitkäaikaista hoitoa ja huolenpitoa turvaavat sosiaali- ja terveyspalvelut on toteutettava niin, että iäkäs henkilö voi kokea elämänsä turvalliseksi, merkitykselliseksi ja arvokkaaksi ja että hän voi ylläpitää sosiaalista vuorovaikutusta sekä osallistua mielekkääseen, hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistävään ja ylläpitävään toimintaan. Iäkkäille avio- ja avopuolisoille on järjestettävä mahdollisuus asua yhdessä. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012).

Kunnan on turvattava iäkkään henkilön pitkäaikaisen hoitojärjestelyn pysyvyys, jollei järjestelyä ole aiheellista muuttaa iäkkään henkilön toivomuksen tai hänen palveluntarpeidensa muutoksen johdosta taikka muusta erityisen painavasta ja perustellusta syystä. (980/2012).

Asumispalveluja toteutettaessa on huolehdittava siitä, että henkilön yksityisyyttä ja oikeutta osallistumiseen kunnioitetaan ja hän saa tarpeenmukaiset kuntoutus- ja terveydenhuollon palvelut. (980/2012).

Kanta-Hämeen ikääntyneiden palvelurakenne on raskas: se painottuu asumispalveluihin ja myös pitkä- ja lyhytaikaista laitoshoitoa sekä -palvelua on edelleen. Palvelurakennetavoitteissa tähän problematiikkaan pureudutaan. Edellä on suositeltu myöskin sitä, että maakunnassa otetaan tavoitteeksi nopeasti kehittää ns. yhteisöllistä asumista ja esteettömiä asuinympäristöjä, joissa asiakas saa palvelutarpeensa mukaiset palvelut kotiin.

Pitkäaikaisen asumispalvelun tarve lisääntyy maakunnassa noin 2 000 paikkaan vuoteen 2040 mennessä (ks. taulukko 7). Käytännössä maakunnassa on kuitenkin jo lähes tuon verran asumispalvelu- tai laitospalvelupaikkoja käytössä nyt. Maakunnassa täytyy tehdä iso palvelurakennemuutos, jotta palveluihin ohjautumista saadaan muutettua ja tavoitteissa pysytään.

Taulukossa 7 kunnittain esitetyt vuoden 2017 lukemat kattavuuksista on laskettu maakunnassa 28.2.2017 toteutetun paikkakyselyn maakunnallisen tason kattavuuden perusteella – toki käytännössä kattavuudet kunnittain vaihtelivat (käytännössä 7,4 %:sta lähes 15 prosenttiin). Fakta on kuitenkin se, että maakunnassa oli ko. ajankohtana käytössä yhteensä 1 978 paikkaa, joista 1 759 pitkäaikaisesti. Vuonna 2030 asetetun tavoitteen mukaisesti tulisi olla 75 vuotta täyttäneitä enintään 1 710 henkilöä hoidossa pitkäaikaisesti – määrällisesti 49 henkilöä vähemmän kuin vuonna 2017. Samaan aikaan heidän osuutensa väestöstä on kuitenkin kasvanut 61 % eli 10 830 henkilöllä. Kunnissa onkin menossa kiihkein rakennemuutoksen aika juuri nyt (taulukko 8). Lähinnä rakennetavoitteen toteutumista jo vuonna 2017 on ollut Hattulan kunta. Nykyisellään näyttää siltä, että asiakas- ja palveluohjauksessa pystytään hyvin ohjaamaan asiakkaita pitkäaikaishoitoon, koska paikkoja on käytettävissä hyvin. Tosin aiemmin tehtyjen muutosten seurauksena laitos- ja

asumispalveluyksiköissä asuu edelleen kauan sitten sijoitettuja asiakkaita, jotka eivät välttämättä täytä voimassa olevia pitkäaikaishoidon kriteerejä.

	Pitkäaikaishoidon %-osuus 75 vuotta täyttäneistä													
	2017		2020		2022		2025		2030		2035		2040	
	*10%=	**11%=	6 % =	7% =	6 % =	7% =	6 % =	7% =	6 % =	7% =	6 % =	7% =	6 % =	7% =
Forssa	217	238	142	166	161	188	185	216	211	246	224	261	230	268
Hattula	81	89	57	66	64	75	75	87	85	99	94	110	101	118
Hausjärvi	69	76	45	52	51	60	56	65	69	80	78	91	85	99
Humppila	26	28	16	19	17	20	19	22	24	27	26	30	27	32
Hämeenlinna	728	800	475	554	529	617	604	704	692	807	747	871	792	924
Janakkala	166	183	108	126	123	144	139	162	158	185	173	202	185	215
Jokioinen	55	60	35	40	38	45	44	52	52	61	58	67	60	70
Loppi	81	89	53	62	59	68	66	77	76	89	81	95	88	103
Riihimäki	250	275	166	194	187	218	217	254	259	302	289	337	310	362
Tammela	69	76	42	49	46	54	53	62	62	72	70	82	75	87
Ypäjä	27	29	16	19	17	20	20	23	23	27	25	29	26	31
YHT.	1767	1944	1156	1348	1293	1509	1478	1725	1710	1995	1864	2174	1979	2309
paikkamäärän lisäystarve suhteessa edeltävään kauteen					137	160	185	216	232	270	154	179	116	135
	* Tilanteessa 28.2.2017 pitkäaikaishoitokäytössä olevien paikkojen osuus 75 vuotta täyttäneiden ikäryhmään verraten													
	koko maakunnan tasolla													
	** Tilanteessa 28.2.2017 kaikkien ympärivuorokautisten paikkojen lkm 75 vuotta täyttäneiden ikäryhmään verraten													
	koko maakunnan tasolla													
	Tavoite kattavuudelle - asetettu vuosille 2020 ja 2022													

Taulukko 7. Pitkäaikaishoidon kattavuustavoitteen tarkastelu paikkamäärinä kunnittain Kanta-Hämeessä.

	Pitkäaikaishoivapaikkojen määrä, joka käytössä 28.2.2017	Pitkäaikaishoivapaikkojen määrä tavoitteen mukaan 2020**	Muutostarve lkm	Vähennystarve %
Forssa*	208	166	-42	-20,2
Hattula	61	66	5	8,2
Hausjärvi	79	52	-27	-34,2
Humppila*	43	19	-24	-55,8
Hämeenlinna	732	554	-178	-24,3
Janakkala	148	126	-22	-14,9
Jokioinen*	61	40	-21	-34,4
Loppi	72	62	-10	-13,9
Riihimäki	235	194	-41	-17,4
Tammela*	92	49	-43	-46,7
Ypäjä*	32	19	-13	-40,6

* vuoden 2017 tieto koskee käytössä olleita pitkäaikaispaikkoja, ei kannanottoa minkä kunnan asukkaan käytössä
** laskettu ko. kunnan 75 vuotta täyttänyttä väestöä koskevan ennusteen mukaan

Taulukko 8. Kuntien pitkäaikaishoidon palvelurakenteiden muutostarve vuoteen 2020 mennessä Kanta-Hämeessä kunnittain.

Valmisteluaikana kunnat raportoivat jo tehneensä rakennemuutoksia: laitospaikkoja on vähennetty ja/tai muutettu tehostetuksi palveluasumiseksi. Lyhytaikaispaikkojen määrää lisätty, kotikuntoutusta kehitetty ja pitkäaikaishoivaa edeltäviä kuntoutumis- ja arviointijaksoja organisoitu pakolliseksi interventioksi ennen päätöksentekoa.

Valmistelussa oltiin yksimielisiä siitä, että paikkojen käytön vähentäminen tulee tehdä aktiivisesti: ikääntyneiden määrän kasvu ja arjen todellisuus eivät ole muuttumassa siten, että ne johdattaisivat muutosten äärelle luonnollista tietä. Myöskään olemassa olevat toimintatavat eivät sellaisinaan välttämättä edistä muutoksen toteutumista vaan muutos vaatii tietoista ja johdonmukaista toimintaa. Vähentämiseen liittyvät tilaisuudet kannattaa hyödyntää kokemusten mukaan esimerkiksi laitospaikkoja asumispalvelupaikoiksi muutettaessa ja muutostilanteissa, jotka liittyvät henkilöstömitoitukseen ja ennustettuun henkilöstön saatavuuteen. Eritoten haasteelliseksi on muodostunut muutoksen toteuttamisessa se, että pitäjien olemassa olevat vanhat hoivakiinteistöt määrittelevät koko kunnan ikääntyneiden palvelurakennetta niihin sitoutuneen resurssin vuoksi.

Tehostetun asumispalvelun ja laitospalvelun yhteydessä toteutetaan myös lyhytaikaishoitoa. Sillä tarkoitetaan lyhytaikaista sosiaalihuoltolain mukaista asumista ja hoitoa. Lyhtyaikaishoidolla vastataan suunnitelmallisesti asiakkaan palvelutarpeeseen tai sitten satunnaiseen tarpeeseen (kriisipaikat, kotiutumisen ja kuntoutumisen tukeminen). Kanta-Hämeessä on päätetty, että lyhytaikaishoito yksiköissä on kuntoutumista tukeva interventio, sen tehtävä on kotona asumisen tukeminen. Toki palvelun tulee vastata myös akuutteihin tilanteisiin tai saattohoitotarpeisiin. Maakunnassa on linjattu, että perhehoitoa kehitetään ensisijaiseksi omaishoitajien vapaiden järjestämismuodoksi, mutta osin vapaapäivien järjestäminen toteutunee myös jatkossa lyhytaikaishoidossa.

Lyhytaikaishoito sitoo paljon resursseja eikä ole hinnaltaan huokeimmasta päästä palveluvalikkoa. Siksi siihen liittyy vaikuttavuusvaatimus. Tämä korostaa sitä, että lyhytaikaishoidon tulee aidosti tukea kotona asumisen mahdollisuutta. Palvelun sisällön ja laadun tulee ottaa iso harppaus siihen suuntaan, että jakso kuntouttaa tai tukee asiakkaan kuntoutumista kotonaan arjessaan kykeneväksi. Palvelulla tulee olla selkeä tavoite, tehtävä ja sen toteutumista tulee mitata ja seurata.

Lyhytaikaishoidon sisällön vaatimukset määrittelevät vaaditun osaamisen ja fasiliteetit. Maakunnassa on innostavaa kokemusta mm. Hämeenlinnan kaupungin LYHTY-yksiköstä, jossa seurannan perusteella asiakkailla on kyetty siirtämään tavoitteellisella kuntoutuksella ja asiakkaan suunnitelmallisella tukemisella keskimäärin kuusi kuukautta pitkäaikaishoitopäätöstä siitä miten asiat aiemmalla toimintamallilla olisivat menneet. Koska aika on keskiarvo, tarkoittaa se sitä, että joillakin ikääntyneillä kotona asuminen on mahdollistunut mm. tämän intervention ansiosta pidempään, joillakin vain vähän aikaa tai ei lainkaan. LYHTY-yksikön interventio on laadittu myös turvalliseksi – kotiutuvalla henkilöllä on tietyn aikarajan sisällä mahdollista palata yksikköön mihin kellonaikaan vain mikäli tilanne kotona näyttäytyy käytännössä mahdottomaksi.

Lyhytaikaisen hoivan tavoitteellisuuden tulee korostua jatkossa ja sille on asiakaskohtaisesti asetettava mitattavat tavoitteet. Kuntouttavaa hoitotyötä ja kuntoutusta edistävästä työotteesta koskevista puheista on aika siirtyä tavoitteellisiin ja tuloksia aikaansaaviin toimintamalleihin. Tällöin myös lyhytaikaishoidon rakennetta ja sen käytön logiikkaa tulee muuttaa – omaishoidon tuen vapaapäivät esimerkiksi tulee järjestää muulla tavoin. Tämä edesauttaa myös palvelurakenteen uusimista ympärivuorokautisen hoivan puolella. Lyhytaikaishoivan mahdollisuuksien nähtiin olevan jatkossa myös yksiköiden ulkopuolella: yksiköistä voidaan tehdä esimerkiksi virtuaalikäyntejä kuntoutuksen osalta asiakkaan kotiin, jos prosesseissa ja vastuissa niin sovitaan.

Lyhytaikainen asumispalvelu kuntoutumis- ja arviointijaksona edeltää aina pitkäaikaishoitopäätöstä. Kanta-Hämeessä halutaan keskittää pitkäaikaishoivapäätöstä edeltävät kuntoutumis- ja arviointijaksot tiettyihin yksiköihin ja niiden toiminnan tulee olla tiiviissä yhteydessä asiakas- ja palveluohjaukseen. Näin saadaan taattua palvelun sisällön ja laadun kehittyminen palvelurakenteen vaatimusten mukaisesti ja palvelun pysyminen tasalaatuisena, luotettavana ja vertailukelpoisena.

Maakunnassa on tavoite purkaa pitkäaikainen laitoshoito pois kokonaan vuodesta 2022 alkaen. Tavoitteena on muuttaa kaikki sellaiset laitoshoitoyksiköt, jotka siihen soveltuvat, vähintään tehostetuksi palveluasumiseksi. Siten myös lyhytaikaista laitoshoitoa halutaan johdonmukaisesti vähentää.

I&O-valmistelussa on maakuntaan alustavasti koottu palvelukuvaukset sekä tehostettuun palveluasumiseen että laitospalveluun. Valmistelussa on myös tehty linjausehdotuksia henkilöstömitoitukseen ja sen koostumukseen sekä tehty ehdotus resurssipoolin käyttöönotosta.

Tarve saada aikaan uudentyyppistä asumista laitospalvelun ja hoivan ympärille rakennettujen tehostettujen asumispalveluyksiköiden sijaan on todellinen. Sekä maakuntatoimijan että kuntien intresseissä tämän pitäisi olla korkealla prioriteeteissa, huolimatta sotepalveluiden järjestämisvastuun muutoksista, kun tavoitteena on ikääntyneiden asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ja omatoimisuuden tukeminen. Tiedossa on rahoitustukea myönnettävän mm. vuokra-asuntojen ja ns. hybridiasuntojen rakennuttamiseen. Tuen saaminen vaatii aktiivisuutta ja ennakointia, ajoissa liikkeellä olemista.

6.6 Terveyspalvelut

ikääntyneitä henkilöitä koskevat samat terveydenhuoltolain mukaiset hoitoon pääsyn kriteerit kuin muitakin väestönosia.

Riitta Suhonen (2013) Turun yliopistosta on todennut tutkimuksissaan, että ikääntyneet ihmiset ovat selkeästi terveydenhuollon suurin asiakasryhmä, myös akuuttihoidossa. Heidän terveysongelmansa ovat usein monimuotoisia ja toimintakykyyn nopeasti vaikuttavia. Suhosen näkökulmasta huolestuttavaa on, että joidenkin sairauksien määrän ennustetaan lisääntyvän ikääntymisen myötä. Tällaisia ovat perinteiset kansansairaudet, mutta erityisesti muistihäiriöt. Suomessa todetaan vuosittain noin 13 000 uutta sairastumista muistihäiriöihin.

Ikääntyneillä olevien monimuotoisten terveydellisten ja toimintakykyyn liittyvien haasteiden vuoksi ikääntyneiden muiden palveluiden ja terveyspalveluiden yhteistyötä käsiteltäessä palattiin useasti keskustelemaan tiedon siirtymisestä portaattomasti, systemaattisesti ja ajantasaisesti. Tämä on erittäin merkittävä solmukohta, jonka ratkaiseminen mahdollistaa toimijoiden ja palveluketjujen sujuvuuden sekä asiakkaan näkökulmasta ymmärrettävän palvelujen kokonaisuuden muotoutumisen pirstaloituvassa ja yhä enemmän erikoistuvammassa sote-palveluiden toimintakentässä.

Kanta-Hämeessä nähdään yhteensovittamisen näkökulmasta olennaisena päästä eroon sellaisista ajatuksista missä pidetään jonkin yksikön toimintaa niin erityisenä, että yksikkö tarvitsee erityisiä lomakkeita tai käytänteitä, jotka eivät toisille näy tietojärjestelmistä. Tämä aiheuttaa ongelmia asiakkaan palveluiden kokonaisuudessa, koska asiakkaat liikkuvat eri toimijoiden palveluissa ja tietokatkokset muodostavat aina riskin.

Ikääntyneiden muiden palveluiden ja terveyspalveluiden yhteistyön ytimessä on usein se, mitä missäkin yksikössä tai toiminnossa kuuluu perustehtävään, mitä siihen pitäisi kokonaisuuden sujuvuuden näkökulmasta kuulua ja miten toiminnot voivat tukea toisiaan sen sijaan, että ne sijaitsevat ikään kuin pelkkinä ketjun osasina peräkkäin ja asiakas liikkuu niiden välillä tilanteensa vaatimalla tavalla.

Valmistelukeskusteluissa tunnistettiin, että tällä haavaa hoidon tarpeen arviointien ja palvelutarpeen arviointien tekemisessä on paljon päällekkäisyyttä, mikä osaltaan lisää riskejä ja väärin tulkintojen määrää. Toimintamallien halutaan muuttuvan siten, että tehtyihin arviointeihin luotetaan, mikäli ne ajallisesti ja/tai sisällöllisesti ovat tilanteessa relevantteja.

Toisaalta keskusteluissa kävi ilmi, ettei esimerkiksi lääkäreille tuoteta välttämättä tarpeeksi eikä riittävästi olennaista tietoa ikääntyneen tilanteesta (koskee keskusteluiden perusteella myös yksikön tai tiimin oman tarpeeseen kerättävän tiedon vähäisyyttä): esimerkiksi ortostaattista testiä ei tehdä automaattisesti aina vaikka epäilyjä olisi, eikä painoa punnita vaikka huoli olisi ikäihmisen laihtumisesta. Valmistelukeskustelua kuvasikin selkeä vaatimus kiinnittää huomiota työntekijöiden arkitason havainnointiosaamiseen ja sen varmistamiseen sekä toisaalta huoli havainnointien tekemisen vähyydestä.

Kanta-Hämeessä on geriatrian osaamista sairaanhoitopiirissä (1 hlö), Riihimäen seudulla (2+1 erikoistuva hlö), Hämeenlinnan kaupungilla (5 hlöä), Janakkalassa (1 hlö) ja Hattulassa (osa-aikainen hlö). Forssan seudulla geriatrinen osaaminen hankitaan ostopalveluna, mutta kuntayhtymässä toimii kokoaikainen psykogeriatri.

Lääkehoidon toteuttaminen ja lääkehoidon moniammatillinen arviointi

Maakunnan ikääntyneiden palveluita valmistelleissa kaikissa ryhmissä käytiin keskustelua lääkehoidon moniammatillisista arvioinneista, tehtiin toimintamallia tutuksi ja pohdittiin sen tärkeyttä ja vaikuttavuutta eri kanteilta.

LMA-prosessissa hoitava lääkäri tekee lääkehoitoa koskevat päätökset ja siksi valinnanvapauslakiehdotuksen mukaisten sotekeskusten osalta on olennaista vaatia LMA-liittyviä vastuita ja tehtäviä toteutettavaksi osana niiden perustehtävää.

Kotiin annettavien palveluiden osalta linjattiin asiaa siten, että monituottajamarkkinoilla annosjakelupalvelun käyttöä tullaan jatkossa vaatimaan kaikilta palveluntuottajilta, mikäli asiakkaan lääkehoito siihen soveltuu. Annosjakeluprosessiin kuuluu tiiviisti lääkehoidon kokonaisuuden arviointi ja farmaseuteilta tulisi vaatia em. tehtävään liittyvää erityisosaamista. Asiakkaiden lääkäripalveluihin halutaan allokoida vuosikontrollit ja vastuuttaa niistä huolehtiminen selvästi, jotta ne toteutuvat ja siten ollen myös asiakkaan lääkehoidon osalta on kerran vuodessa selkeä kontrollipiste, johon myös LMA voidaan luonnikkaasti kytkeä. Lisäksi tehtiin ehdotus siitä, että sellaisten uusien asiakkaiden kohdalla, jotka eivät siirry kotiin annettavissa palveluissa annosjakeluun, tulee neljän kuukauden sisällä asiakkuuden alkamisesta olla LMA tehtynä ja sen jälkeen vähintään vuosittainen tarkistus.

Omais- ja perhehoidon osalta keskusteluissa todettiin, että asiakkaiden lääkehoidon arvioinnista uupuu systemaattisuus nykyisellään, ellei asiakas ole samalla kotihoidon asiakas ja jostain syystä lääkehoito on kotihoidon vastuulla. Täten lääkehoidon turvallisuus ja ajantasaisuus riippuu pitkälti omaishoitajista tai mahdollisesti asiakas- ja palveluohjauksen interventioista asiaan liittyen. Usein

lyhytaikaishoidon aikana saatetaan toteuttaa lääkehoidon kokonaisuuden tarkistelu. Keskustelujen päätteeksi tehtiin linjausesitys siitä, että LMA tehdään kaikille uusille ikääntyneille omaishoidon tuen ja perhehoidon asiakkaille, minkä jälkeen asiaa tarkastellaan vuosittain.

Maakunnan alueella Forssan seudulla on jo kokemusta siitä, että LMA on sekä yhteiskunnallisesti että yksilöllisesti vaikuttavaa toimintaa. Näistä kokemuksista päätellen LMA tulee sitoa kiinteäksi osaksi sekä palveluiden alkamisprosessia että asiakkaiden vuosikelloa toteutuakseen oikeasti. Tunnistettiin LMA:n tarkistuspisteiksi em. lisäksi esimerkiksi ympärivuorokautiseen palveluasumiseen siirtymiset, kaatumismittarin huolestuttavat tulokset asiakkaan kohdalla, useat erikoissairaanhoidon tai päivystyksen käynnit, pyöröoviasiakkaat ja asiakkaan kunnon äkillisen romahtamisen tilanteet. Sovittiin, että LMA toimintamallia ryhdytään laatimaan maakuntaan.

Valmistelun aikana käytiin keskustelua turvallisesta lääkehoidosta. Keskustelua siivittivät mm. keskusteluihin osallistuneen esimiehen kokemukset turvallisen lääkehoidon systemaattisesta johtamisesta asumispalveluyksiköissä. Haasteeksi todettiin, että usein lääkehoidon odotetaan toteutuvan pätevän henkilökunnan rekrytoinnin ja LOVEn suorittamisen varmistuksen jälkeen olemassa olevan ajantasaisen lääkehoitosuunnitelman perusteella kuin automaationa. Sovittiin, että maakunnassa on syytä ryhtyä suunnittelemaan laajaa lääkehoidon yhtenäistämisen kokonaisvalmistelua.

Kotisairaalatoiminta vahvana yhteistyökumppanina

Kotisairaalahoito on sairaalatasoisen hoidon viemistä potilaan kotiin määräaikaisesti. Terveydenhuoltolain perusteella kotisairaalahoidon yhteydessä annettavat lääkkeet ja hoitosuunnitelman mukaiset hoitotarvikkeet sisältyvät hoitoon.

Useissa tilanteissa kotisairaalapalvelu määritellään samaksi asiaksi kuin tehostettu kotihoito tai tehostettu kotisairaanhoito. Tai että tehostettu kotihoito on yläkäsite, joka sisältää akuutin kotihoidon ja kotisairaalan. Toisaalta saatetaan asiat hahmottaa siten, että kotihoidon palvelukokonaisuuden muodostavat kotipalvelu, kotisairaanhoito ja kotisairaala. Keskusteluissa todettiin, että näiden toimintojen kesken olennaista on löytää niiden omat roolit, organisoida niiden keskinäinen verkostoyhteistyö ja vältettävä monikerroksisuutta ja päällekkäisyyttä. Esimerkiksi saattohoidon kohdalla on tärkeää sopia yhteistyöstä, rooleista ja vastuista kotihoidon ja kotisairaalan kesken, koska ne ovat usein hallinnollisesti eri osissa organisaatiota tai eri organisaatioissa.

Kanta-Hämeessä kaikkien kuntien alueella ei ole kotisairaalapalvelua saatavissa. Kotisairaalatoiminta on organisoitu myös joko osaksi erikoissairaanhoitoa tai perusterveydenhuollon yhteyteen.

Eritoten Riihimäen seudulla on saatu hyviä kokemuksia kotisairaalatoiminnan kehittämisestä tiiviimmäksi yhteistyökumppaniksi ikääntyneiden asumispalvelujen kanssa: hoitopäivien määrä sekä erityissairaanhoidossa että perusterveydenhuollon puolella on saatu vähenemään ko. yksiköiden asukkaiden kohdalla. Sama koskee asumispalveluiden asiakkaiden päivystyskäyntien määrää. Pelastuslaitoksen raporttien mukaan vuonna 2016 Riihimäellä ambulanssikuljetukset asumispalveluista hoitoon vähentyivät 30 %.

Kanta-Hämeessä on käyty monipuolista pohdintaa kotisairaalatoiminnan ja ikääntyneiden palveluiden yhteistyöstä, tulevaisuudesta ja mahdollisuuksista. Todettiin yhteisesti, että kotisairaala toimii joka tapauksessa terveydenhuollon erilaisilla rajapinnoilla joustavasti. Valmistelusta tehtiin

esitys, että kotisairaalan toiminnassa tulee kaikissa tilanteissa taata yhteys peruspalveluihin ja joustava sekä nopea yhteistyö esimerkiksi muiden kotiin annettavien palveluiden ja asumispalveluiden kanssa. Edelleen täsmennettiin ikääntyneiden yhteensovitettujen palveluiden näkökulmasta kotisairaalan yhteistyöroolia koskemaan muiden toimijoiden työntekijöiden ohjausta, opettamista, osaamisen varmistamista ja kannustamista. Kotisairaalan tehtävää suhteessa yhteistyökumppaneihinsa värittävät ko. toimijoiden tarpeet. Osaamista tulee olla kaikissa perusyksiköissä, mutta haasteeksi nousevat esimerkiksi erilaisten tapahtumien tai hoitojen toteutumisen frekvenssi (esim. iv-hoitoja kerran vuodessa, jolloin osaamisen ylläpitäminen on ongelmallista) tai toisaalta resurssien riittävyys vaikka tapahtumia tai toimenpiteitä olisikin yksikössä jatkuvasti tai hyvin usein.

Perusvaatimus kotisairaalatoiminnan näkökulmasta on se, että lääkäriresurssia on oltava riittävästi peruspalveluissa ja heillä osaamista lähettää sairaalan sijaan kotisairaalaan. Hoitohenkilökunnan tekemä havainnoiminen on myös erityisen tärkeää: perushenkilöstön merkittävä tehtävä osata havainnoida ja analysoida ja välittää tietoa tilanteista, huomata esimerkiksi kotisairaalan avun tarve ja mahdollisuuksien mukaan suoraan ottaa yhteyttä kotisairaalaan päivystyksen sijaan. Keskusteluissa puhuttiinkin uudesta asennoitumisesta ja prosessien perustamisesta sille lähtökohdalle, että ikääntyneiden palveluissa asiakkaan päivystykseen tai sairaalaan lähettäminen tai siirtyminen olisi toissijainen vaihtoehto, ensisijaisesti kontaktoidaan kotisairaalaa.

Monitoimijaisessa ympäristössä myös kotisairaalatoiminnan osalta tulee huomioida sopimuksellisuuden näkökulmat.

Lääkäripalvelut ja konsultointikäytänteet

Ikääntyneiden palveluissa olevien asiakkaiden lääkäripalvelut on organisoitu hyvin eri tavoin maakunnan alueella ja jopa saman kunnan eri alueilla. Maakunnan ikääntyneiden palveluiden valmistelun yhteinen viesti valmistelusta on se, että 24/7 konsultointimahdollisuuden organisoiminen yksiköille ja kotihoidolle vähentää päivystykseen lähettämistä ja sitä seuraavia prosesseja. Lisäksi hoitohenkilökunnan arviointiosaamisen kehittäminen ja ylläpitäminen on erityisen tärkeää.

Kotiin annettavien säännöllisten palveluiden osalta valmistelun linjaus on, toimintaympäristön sen salliessa, että palveluilla tulee olla oma lääkäri. Hoitajien ja lääkärin välinen virtuaali- /kuvayhteys nopeuttaa ja joustavoittaa toimintaa. Lisäksi lääkärin vaihtuvuus tulee minimoida yhteistyön sujuvuuden ja johdonmukaisen asiakastyön toteutumiseksi. Lääkäreiltä kaivataan motivoituneisuutta ikääntyneiden hoitoon. Palveluiden laatutason nostamiseksi halutaan ottaa käyttöön koko maakunnassa vuosittaiset kontrollikäynnit säännöllisten palveluiden asiakkaille. Hämeenlinnan kaupungin malliin kotikäyntien määrää tulee lisätä ja asettaa se perusvaatimukseksi. Hämeenlinnassa lääkäripalveluissa on kehitetty säännöllisiin vuosikontrolleihin omat lomakkeensa asumispalveluiden, kotisairaanhoidon ja kotihoidon asiakkaille, missä on etukäteen täytettävä esitieto-osa. Lääkäri kirjaa lomakkeelle kotikäyntistatuksen ja hoitosuunnitelman. Vuosittain asiakkaan osalta arvioidaan seuraavan vuoden terveysriskit ja toimet niiden estämiseksi. Eritoten kotihoidossa, jossa hoitohenkilökunnan vaihtuvuus on suurta, on relevanttia organisoida yhteydenotot lääkäriin keskitetysti, esimerkiksi sairaanhoitajien toteuttamina. Tämä lisää toiminnan tehokkuutta ja sujuvuutta.

Asumis- ja laitospalveluiden lääkäripalveluiden osalta valmistelun linjaus on, että lääkäreiden käyntien yksiköissä tulee toteutua kahdesti kuussa puhelinkonsultaatiomahdollisuuksien lisäksi.

Käyntien hyvä ennakkovalmistelu yksiköissä on olennaista: lääkärillä tulee olla vaadittavat tiedot käytössään, kun hän saapuu paikalle mikä vaatii yksiköiden välineistön yhtenäistämistä ja tarkoituksenmukaista monipuolistamista. Olennaista on saada prosessit sellaisiksi, että jokaisen ammattikunnan osaaminen käytetään tarkoituksenmukaisesti.

Akuuttitilanteet

Kanta-Hämeessä ei ole yhden ammattihenkilön nopean toiminnan päivystysyksikköä Päijät-Hämeen tai Eksoten malliin. Ikääntyneiden palveluiden valmistelusta tehtiin esitys ”päivystys olohuoneessa” -tyyppisen toiminnan kehittämisestä myös Kanta-Hämeeseen.

Akuuttitilanteiden osalta valmistelussa käytiin keskustelua hoitolinjausten tekemisestä, yksiköiden kyvykkyyksistä vastata asiakkaidensa tilanteessa tapahtuviin muutoksiin ja tiedon kulkuun liittyvistä haasteista eri toimijoiden kesken.

Ikääntyneiden päivystyspalveluiden jatkopolkujen osalta kokemus on, että ikääntyneet enenevissä määrin siirtyvät suoraan kotiin, koska sinne on saatavissa tarvittava palveluiden jatko. Tätä helpottaa yhteinen asiakastietojärjestelmä, josta löytyvät tiedot palveluista. Ikääntyneitä on edelleen sairaaloiden ja asumispalveluyksiköiden osastoilla vaikka he järjestelmän ideaalisti toimiessa olisivat voineet siirtyä koteihinsa. Tällaiset tilanteet ovat vähentyneet mutta niissä on kehittämisen varaa. Yhteinen tahtotila onkin jatkossa edelleen kehittää peruspalveluiden joustamiskykyä reagoida vastaaviin tilanteisiin nopeasti ja paremmin.

Muistioireisten asiakkaiden hoitopolut haltuun

Maakunnan alueelta löytyy muistihoitajia ja/tai -koordinaattoreita. Yleensä muistihoitajien ja -koordinaattoreiden välillä työnjako perustuu asiakkaan suunnitelmassa sovittuun seurantavastuuseen. Koordinaattorin työssä korostuu palvelujärjestelmän tuntemus, muistihoitajalla diagnostiikka ja lääkehoidollinen osaaminen.

Todettiin yhteisesti edelleen olevan järkevää, että muistihoitajat toimivat asiantuntijasairaanhoitajina suhteessa tiettyyn lääkäriverkostoon. Nämä tulee uudistuvassa toimintaympäristössä sopia. Muistihoitajan on järkevää toimia myös ensisijaisena vastaajana kysymyksiin perustason muilta toimijoilta ja toimia väylänä lääkärikonsultaatioihin. Käytännössä on huomattu, että hoitajien väliset konsultaatiot arjen asioissa ovat usein kaikista toimivimpia.

Valmistelun aikana maakunnan geriatrien yhteistyökokouksissa laadittiin seuraavat suositukset muistisairauksien diagnosoinnin ja seurannan suhteen:

- mitoituksissa sovelletaan Käypä Hoito -suosituksia
    - perusterveydenhuollon muistipoliklinikkatiimi organisoidaan 20000–30000 väestöpohjille
        - tiimiin kuuluu 1 geriatri
        - 1 muistikoordinaattori / 20 000 väestöpohja
        - 2 muistihoitajaa / 40 000 väestöpohja
    - muistiasiakkaiden seuranta toteutetaan muistipoliklinikalla muistihoitaja ja -koordinaattorivetoisesti
        - hoitaja ja koordinaattori varaavat lääkäriaikaa sen tarpeen esiin tullessa

- päällekkäisen työn poisto: jos kotihoidon geriatri ja hoitaja ottavat vastuun seurannasta, ei muistipoliklinikalla ole tätä roolia
- hoitosuunnitelmaan tehdään aina kirjaus hoitavasta tahosta

- asiakkuuden alkuun tulee suunnitella johdonmukainen prosessi, joka huomioi läheisten osuuden, yleislääkärien vastaanottojen roolin, kotiin annettavat palvelut, asumispalvelut ja erikoissairaanhoidon
- monituottajamallissa palveluille tulee olla yhdenmukaiset kriteerit osaoptimoinnin välttämiseksi muistioireisten osalta
- maakuntaan tulee laatia yhdenmukaiset toimintatavat

Maakunnan geriatrien yhteistyöfoorumi on ottanut vastuulleen prosessien yhtenäistämisen.

Maakunnassa on tehty muistisairaiden osalta työnjakoa geriatrian ja neurologian välillä. Perusterveydenhuollon lääkäreiden osaaminen ja keskittyminen muistioireisiin asiakkaisiin keskustelutti, koska näkemys valmistelussa oli se, etteivät kaikki muistioireiset asiakkaat voi olla neurologin tai geriatrin vastuulla asiakasmäärän runsaudesta ja sen kasvamisesta johtuen. Yleislääkäreiden roolit on mietittävä aivan kuten muiden somaattisten (esim. diabetes) sairauksien kohdalla.

Yhteenvedon omaisesti todettiin, että muistioireisen ja hänen läheistensä näkökulmasta korostuu sellaisen tutun henkilön olemassa olo, johon ottaa asioissaan yhteyttä. Toisaalta muistioireisten osalta monialainen yhteistyö on tärkeää arjen tukemiseksi (mm. ravitsemus, lääkkeet).

Psykogeriatria

Kanta-Hämeessä kerättiin laajalti tietoa maakunnan psykogeriatrisista prosesseista, asiakkaista ja heidän määristään sekä palvelutoimijoiden kokemuksista. Yhteenvetona voidaan todeta, että prosessi näyttäytynee kautta koko maakunnan hauraalta ja ei-toimivalta asiakkaiden, omaisten ja läheisten näkökulmasta. Jo pelkkä psykogeriatrisen asiakkaan määrittely oli epäselvää ja -yhtenäistä. Erityisiä hyväksi todettuja työkaluja kukaan ei raportoinut kehittäneensä. Valmistelun esitys onkin, että psykogeriatristen asiakkaiden hoitopolku tulee määritellä ja prosessia kehittää erillisenä omana kehittämistyönään. Tavoitteena siinä tulee olla lääkkeettömän yksilöllisen hoidon lisääminen sekä asiakkaan elämänhistorian mukaan laaditut yksilölliset suunnitelmat.

Ikääntyneet masennusasiakkaat

Kanta-Hämeessä kokemus on se, että useilla kotiin annettavien palveluiden ikääntyneillä asiakkailla on masennuslääkitystä. Masennus kotiin annettavien palveluiden toimijoiden kokemuksen mukaan juontaa usein toimintakyvyn huonontumiseen. Myös muistipoliklinikoilla asiakkailla masennusasiat ovat keskusteluissa usein esillä. Keskusteluista välittyi kuva siitä, että nykytoiminnassa lääkkeet korostuvat ikääntyneiden masennuksen hoidossa, koska kevyestä psykoterapiasta on puutetta. Arvio on, että myös ikääntyneiden masennusasiakkaiden osalta volyymi tulee muuttumaan suuremmaksi. Tämän vuoksi valmistelun esitys on, että peruspalveluissa, esim. sotekeskuksissa, tulee olla mielenterveys- ja päihdeosaamisen asiantuntijoita, joiden tulee tunnistaa mm. ikääntyneiden masennusongelmia ja toteuttaa interventioita myös ikääntyneille. Mielen hyvinvoinnilla on merkittävä vaikutus arjen elämän onnistumiselle.

Saattohoidon käytännöt ja sen kehittäminen

Valmistelussa todettiin yhteisesti, että saattohoidon osalta on erityisesti tärkeää sopia yhteistyöstä, rooleista ja vastuista eri toimijoiden kesken. Kotona tapahtuvan saattohoidon tai kuolemaan saakka kotona hoitamisen tulee valmistelukeskusteluiden näkökulmasta olla mahdollista perustoimijoiden osaamisen avulla, ellei tilanteeseen liity erityisiä osaamisvaateita, jotka on keskitetty tai jollei tukea tarvita joissakin vaativimmassa hoidoissa.

Saattohoidossa on yhteistyön ja roolien lisäksi muutakin haasteita:

- lääkärin sitoutuminen ja osallistuminen saattohoitoon kotihoidossa ja asumispalveluyksiköissä tulee saada osaksi perustoimintaa ja -vaatimuksia
- tarvittavien lääkkeiden nopea saatavuus kotisaattohoitoon ja asumispalveluyksiköihin tulee organisoida: toistaiseksi asia ratkaistu kotisairaalatoiminnan kautta.

Maakunnan keskussairaalassa on ryhdytty palliatiivisen verkostotoiminnan kautta selvittämään saattohoidon tasoa maakunnan alueella. Verkoston tehtävänä on kartoittaa saattohoidon toteutusta erikoissairaanhoidossa, palvelukeskuksissa, kotona jne. Osana työskentelyä selvitetään myös millaista koulutusta on olemassa henkilökunnalle ja mitä ajatellaan siitä millaista koulutusta tulisi jatkossa olla.

Keskussairaalaan perustetaan palliatiivinen poliklinikka ja yhteistyötä tehdään maakunnan alueen ainoa saattohoitokodin, Koivikkokodin, kanssa. Poliklinikan rooli on käytännössä toimia siltana tilanteessa, jossa syöpähoidot lopetetaan ja yhteys ko. erikoisalaan asiakkaalta päättyy. Nykytilanteessa asiakas siirtyy tällöin oman terveysasemansa asiakkaaksi. Jatkossa ajatus on, että kun tehdään päätös hoitojen lopettamisesta, varataan aika palliatiiviselle poliklinikalle. Siellä selvitetään missä asioissa asiakas tarvitsee apua kotonaan, sovitaan hoidon linjaukset, saattohoidon toteutus ja neuvotaan asiakasta yhteydenottotarpeissa. Palliatiivisen poliklinikan palvelu osuu asiakkaan elämässä vaiheeseen ennen saattohoitoa.

Valmistelukeskusteluissa pohdittiin niitä ikääntyviä, joilla ei ole syöpäsairautta ja siten yhteyttä palliatiiviseen poliklinikkaan ja todettiin heitä olevan paljon. Tämä vuoksi tulee miettiä myös niiden asiakkaiden prosessit, jotka eivät ole palliatiivisen poliklinikan asiakkaita. Hoitolinjausten ja saattohoitopäätösten tekeminen on edelleen haasteena arjen toiminnassa. Todettiin lisäksi ettei palliatiivisen ja saattohoidon toisistaan erottaminen ei ole selkeää asiakkaille.

Valmistelu kokosi näkemyksekseen, että saattohoidon osalta on välttämätöntä, että lääkäri on käytettävissä päätöksen tekoon ja että lääkärikunta on valmis tekemään saattohoitoa koskevia päätöksiä ja linjauksia. Lääkäreille tulee organisoida konsultointikanavat saattohoitotilanteita varten. Valinnanvapausympäristössä sotekeskuksista tulee löytyä saattohoidon vastuutoimija, jolle voi ilmoittaa asiakkaasta, ja kaikilla tulee olla yhtenäinen ohjeistus siitä, mitkä asiat pitää olla kunnossa saattohoidon toteutumiseksi ja keston ajan, esim. lääkereseptiikka. Eritoten kivun hoidon tulee onnistua. Saattohoitoprosessin osalta päävastuu tulee ulottaa odotuksina sote-keskuksiin: prosessit, saattohoitokriteerit, minkä tasoista hoitoa, valvonta, konsultointi ja vähimmäisehdot tulee määritellä valmiiksi. Tällöin kotona ja asumispalveluyksiköissä asuvat ikääntyneet tulevat huomioiduksi saattohoidossa.

Lisäksi todettiin, että saattohoidon kehittämisessä myös vapaaehtoistyön ja tukihenkilöiden koordinointi on tärkeää.

Lyhyesti

- Ikääntynyt on aktiivinen toimija
- enemmän laaja-alaista hyteä, vähemmän sotea
- asiakas- ja palveluohjaus keskiössä
- sotepalveluiden tehtävä on tukea kotona asumista
- hyvinvointiteknologian hyödyntäminen monipuolisesti korostuu
- kuntoutumisen tukemiseen uusi kokonaisvaltainen palveluvalikko
- asumisen vaihtoehtojen ja asuinympäristöjen kehittäminen olennaista
- maakunnassa resursseja sidottuna ympärivuorokautiseen hoivaan
- yhteistyökäytännöissä positiivista kehittämispotentiaalia terveydenhuollon kanssa
- tiedon kulku, ajantasaisuus ja saatavuus kaikkien edun ytimessä

7. KAIKENIKÄISTEN OMAISHOITO

Omaishoidolla tarkoitetaan vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön hoitamista omaisen tai muun läheisen avulla. Omaishoidon tuki on kokonaisuus, joka muodostuu hoidettavalle annettavista tarvittavista palveluista sekä hoitajalle maksettavasta hoitopalkkiosta, vapaapäivistä ja omaishoitotehtävää tukevista palveluista. Omaishoito on harkinnanvarainen sosiaalipalvelu, jota järjestetään sitä varten varattujen määrärahojen puitteissa. Lain omaishoidon tuesta (937/2005) tarkoituksena on edistää hoidettavan edun mukaisen omaishoidon toteuttamista turvaamalla riittävät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut sekä hoidon jatkuvuus ja omaishoitajan työn tukeminen.

Valtakunnallisesti on todettu, että omaishoidon nykyinen palvelujärjestelmä on monimutkainen ja vastaa puutteellisesti omaishoitoperheiden tarpeisiin. Omaishoitajat kokevat mahdollisuutensa vaikuttaa palveluihin vähäisiksi. Omaishoidon tukemiseen tarvitaan uudenlaisia, monimuotoisia, perhekohtaisesti suunniteltuja ja paremmin eri-ikäisten omaishoitoperheiden tarpeita vastaavia toimintamalleja. Omaishoidon tukea uudistamalla voidaan parantaa omaishoitajien ja hoidettavien elämänlaatua. Samalla vaikutetaan sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaiskäyttöön ja hillitään väestön ikääntymisestä aiheutuvaa palveluiden kustannusten kasvua. (STM 2016:41).

Kanta-Hämeen maakunnassa on jokaisella toimijalla omat omaishoidon tuen myöntämiskriteerinsä. Omaishoidon tuki on organisoitu pääsääntöisesti joko yhdeksi kokonaisuudeksi tai sitten jaettu ikääntyneiden palveluiden ja vammaispalveluiden kesken.

Maakunnassa on valmisteltu laaja-alaisessa yhteistyössä eri julkisten toimijoiden ja järjestö- sekä yhdistystoimijoiden keskuudessa omaishoidon tukeen yhteinen tietopaketti, joka koskee kaikkia asiakas- ja ikäryhmiä. Tietopaketti palvelee yhteiselle maakunnalliselle toimintaohjeelle asetettuja vaateita, mutta koska se on sisällöltään suunnattu kaikille asiasta kiinnostuneille, omaishoidon tuen piirissä oleville tai sitä hakeville ja sitä toteuttaville, pidettiin nimitystä ”toimintaohje” tässä kohtaa epäsopivana. Tietopaketin koostamisessa on maakunnan käytäntöjen ja kokemusten lisäksi hyödynnetty vahvasti Etelä-Savon OSSI-hankkeessa tehtyä työtä.

Maakuntavalmistelussa on linjattu jo (ikääntyneiden palveluiden esityksestä), että omaishoidon tukea myönnetään jatkossa Kanta-Hämeessä riippumatta määrärahasidonnaisuudesta, jos hakija täyttää omaishoidon tuelle asetetut kriteerit. Tämä toimintamalli on käytössä joissakin kunnissa valmiiksi.

Ikääntyneiden palvelurakenteeseen liittyvien kehittämistavoitteiden osalta omaishoito kuuluu olennaisimpien joukkoon. Kanta-Hämeessä on valmisteluaikana hyväksytty kunnianhimoinen tavoite saavuttaa 75 vuotta täyttäneiden ikäryhmässä 6,5 %:n kattavuus omaishoidon tukea saavien joukossa vuoteen 2022 mennessä (ks. taulukot 2 ja 3).

Moniosaisessa omaishoidon tuen kokonaisuuden valmisteluprosessissa vuosina 2017–2018 saatiin aikaiseksi yhteinen näkemys siitä miten ja millaiseksi omaishoidon tulisi muotoutua Kanta-Hämeessä. Nämä linjaukset on koottu liitteeseen 2.

Rakenteellisesti tunnistettiin sekä omaishoidon kokonaisuuden koordinointi että perhehoito osaksi asiakas- ja palveluohjausta. Asiakas- ja palveluohjauksesta tulee organisoida tämän ajatuksen mukaisesti sekä asiakkaan että hoitajan tuki sovittavalla tavalla. Todennäköisesti asiakas- ja palveluohjauksessa perhehoidon koordinointi on järkevää pääsääntöisesti irrottaa omaksi vastuualueekseen omaishoidon tuen ohella (esim. omaishoidon koordinaatiosta vastaavat ja perhehoidon koordinaatiosta vastaavat). Omaishoidon tuen osalta näin on jo tehtykin valmiiksi

joidenkin kuntien osalta. Myös jatkossa maakunnassa omaishoidon tuen asiakkaiden määrä lasketaan satoina henkilöinä (ks. taulukko 3). Omaishoidon tuen osalta koordinaatiovastuussa olevalla henkilöllä on kokonaisvastuu asiakkaittensa koko palvelukirjosta omaishoidon lisäksi.

Omais- ja perhehoidon osalta tunnistettiin tärkeinä yhteistyökumppaneina muiden asiakasryhmien vastaavia tehtäviä tekevät henkilöt. Tukipalveluiden, koulutusten, virkistystoiminnan, ilmoitusten jne. organisointi yhdessä on järkevää ja kustannustehokasta ja siten lähtökohtana ko. toimintojen yleisten asioiden organisoimiselle yli asiakassegmenttien.

Maakunnassa toteutetaan tällä haavaa hyvin eri tavoin omaishoitajille lakisääteisiä hyvinvointi- ja terveystarkastuksia. Tarkastusten toteuttamisesta vastaa perusterveydenhuolto ja omaishoitajien tavoittamiseksi tehdään pääsääntöisesti yhteistyötä asiakas- ja palveluohjauksen kanssa. Hyvinvointi- ja terveystarkastukset kohdistetaan eri alueilla eri tavoin, kutsuminen tapahtuu eri tavoin ja niiden frekvenssi vaihtelee tästä syystä. Valmistelussa linjattu toimintamalli on se, että maakunnassa kaikille omaishoitajille tarjotaan vähintään joka toinen vuosi mahdollisuutta hyvinvointi- ja terveystarkastukseen. Tämä tulee ottaa huomioon perusterveydenhuollon resursoinnissa ja esimerkiksi sote-keskuksilta vaadittavissa palvelutuotteissa. Terveydenhuollon edustajien kanssa hyvinvointi- ja terveystarkastuksia koskien nostettiin esiin tapaamisten tarkoitus: keskustella hoitajan hyvinvoinnista ja mahdollisesta tuen tarpeesta, esimerkiksi intervallijaksojen tarpeesta hoidettavalle. Lähtökohtana tapaamisissa tulee olla omaishoitajan hyvinvointi eikä niiden tule muodostua sairauslähtöisiksi käynneiksi ellei omaishoitaja itse ohjaa keskustelua siihen suuntaan. Edelleen ajateltiin, että tapaamisiin voisivat sisältyä myös kausirokotukset, mikä edistäisi asiakkaan näkökulmasta palvelujen jouhevuutta. Rokote voisi olla myös yksi motivaatiotekijä omaishoitajalle tulla tarkastukseen. Todettiin myöskin täsmennyksenä organisoinnin osalta, että tarkastukset tulee toteuttaa terveydenhoitajien toimesta. Tähän liittyen terveydenhoitajien osaamista ja tuntemusta ikäihmisten terveyden- ja hyvinvoinnin edistämisestä tulee lisätä.

Valmistelussa käydyssä keskustelussa kävi selväksi, että omaishoitajien vapaapäivien järjestelyissä on eroavaisuuksia kuntien välillä, tai ainakin omaishoitajat kokevat ettei heitä jokaisessa kunnassa avusteta apua pyytämättä alkuun vapaapäivien organisoinnissa. Sovittiin, että omaishoitajat saavat aina matalan kynnyksen apua vapaapäivien järjestelyyn maakunnan alueella eikä heidän odoteta automaattisesti olevan itse asian kanssa aktiivisia. Tämä ei tarkoita sitä, etteikö etsittäisi uusia helppoja tapoja omaishoitajien koordinoida vapaapäivien pitoaan sitä halutessaan ja jaksaessaan yhdessä sen tahon kanssa, joka on sovittu vapaapäivien pitopaikaksi, kun yhteistyö ja toimintatavat ovat tulleet tutuiksi.

Maakunnan alueella omaishoitajien vapaapäivien kertymisen määrä vaihtelee. Joillain alueilla omaishoitajille kertyy kolme vapaapäivää huolimatta siitä, mikä on heidän hoidettavansa arvioitu hoitoisuus ja toisaalla taas vapaapäiviä saattaa kertyä kaksi tai kolme kuukaudessa riippuen hoidettavan hoitoisuudesta ja sen perusteella määräytyvästä palkkioluokasta. Maakunnan omaishoidon tuen tietopaketissa asiaa linjataan siten, että kaikille myönnetään kolme vapaapäivää kuukaudessa. Sama linjaus koskee sosiaalihuoltolain 27 b §:ssä säädettyä velvollisuutta järjestää vapaita omaistaan tai läheistään hoitavalle muulle henkilölle. Näitä vapaapäiviä maakunnassa ei ole järjestetty paljoa.

Vapaapäivien lisäksi omaishoidossa sijaistuksen tarvetta aiheuttavat koulutukset ja sairastumiset. Valmistelussa todettiin, että Omaishoitajaliitto tuo esiin omaishoitajien toivetta saada apua kotiin, jotta voi olla kotona itsekin ja joku auttaa arjessa. Tähän liittyen esimerkiksi siivouspalvelut koetaan kaikista auttavimmiksi palveluiksi. Omaishoitajat toivovat myös apua ja mahdollisuuksia irrottautumiseen muutoinkin: tarvitaan järjestelmältä joustavuutta ja räätälöintejä. Keskeinen asia

I&O-kärkihankkeessa, ja sellaiseksi se muodostui myös Kanta-Hämeen omaishoidon tuen yhteisessä valmistelussa, on omaishoitajien tueksi myönnettyjen palveluiden kehittäminen monipuolisimmiksi kautta maakunnan. Käytössä olleiden palveluiden kykyä vastata omaishoitajien arjen tarpeisiin tulee kehittää.

Maakunnassa on hyviä kokemuksia erilaisista tavoista: virkistyspäivistä, sesonkiin liittyvistä ruokailuhetkistä, vertaistukiryhmästä, liikuntaseteleistä jne. Myös yhdistykset järjestävät monipuolisesti omaishoitajille virkistyspäiviä ja vertaistoimintaa, mikä on huomattava voimavara. Lisäksi suurimpaan osaan KELAn järjestämistä kuntoutuksista omaishoitaja ja -hoidettava voivat osallistua molemmat yhtä aikaa. Valmistelussa tehtiin koonti kaikista niistä tukimuodoista, joita maakunnan kunnissa tarjotaan omaishoitajille nykyään. Ensivaiheen linjauksena päätettiin, että niistä kaikki otetaan käyttöön maakunnan laajuisina (ks. taulukko 5).

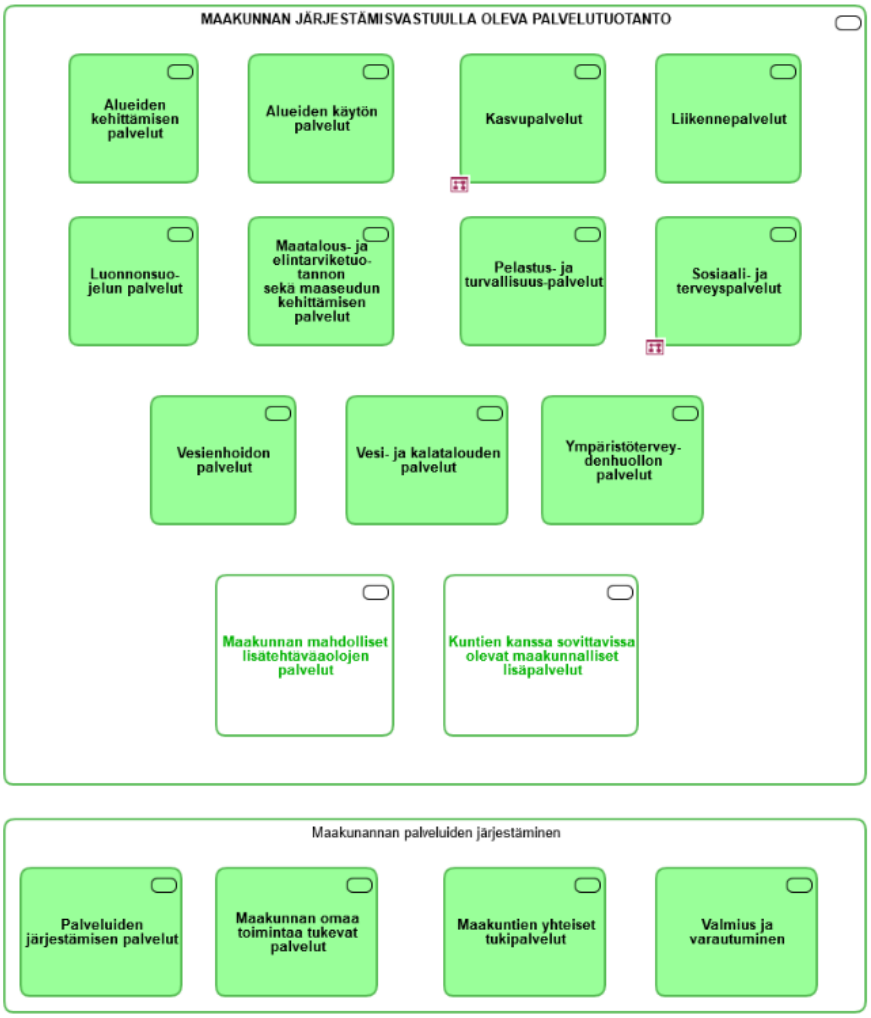
Kanta-Hämeen valmistelussa ollut tahtotila hyödyntää teknologiaa entistä enemmän ja monipuolisesti näkyi myös omaishoidon käsittelyssä. Valmistelussa on hyväksytty linjaus siitä, että omais- ja perhehoitajien käyttöön organisoidaan etäkäyntien tai -tapaamisten mahdollisuus ja hoitajaryhmien käyttöön sähköisiä alustoja vuorovaikutukselle; kartoitetaan muistioireisille henkilöille kohdennettujen paikanninten käyttöönottoa sekä ovihälytinratkaisuja. Myös erilaisten alustojen mahdollisuudet tiedon jakamiseen (esim. Dreambroker koulutusvideoille) ajasta ja paikasta riippumatta saivat kannatusta kuten myös vapaapäivien varaamisen sähköinen alusta.

Lyhyesti

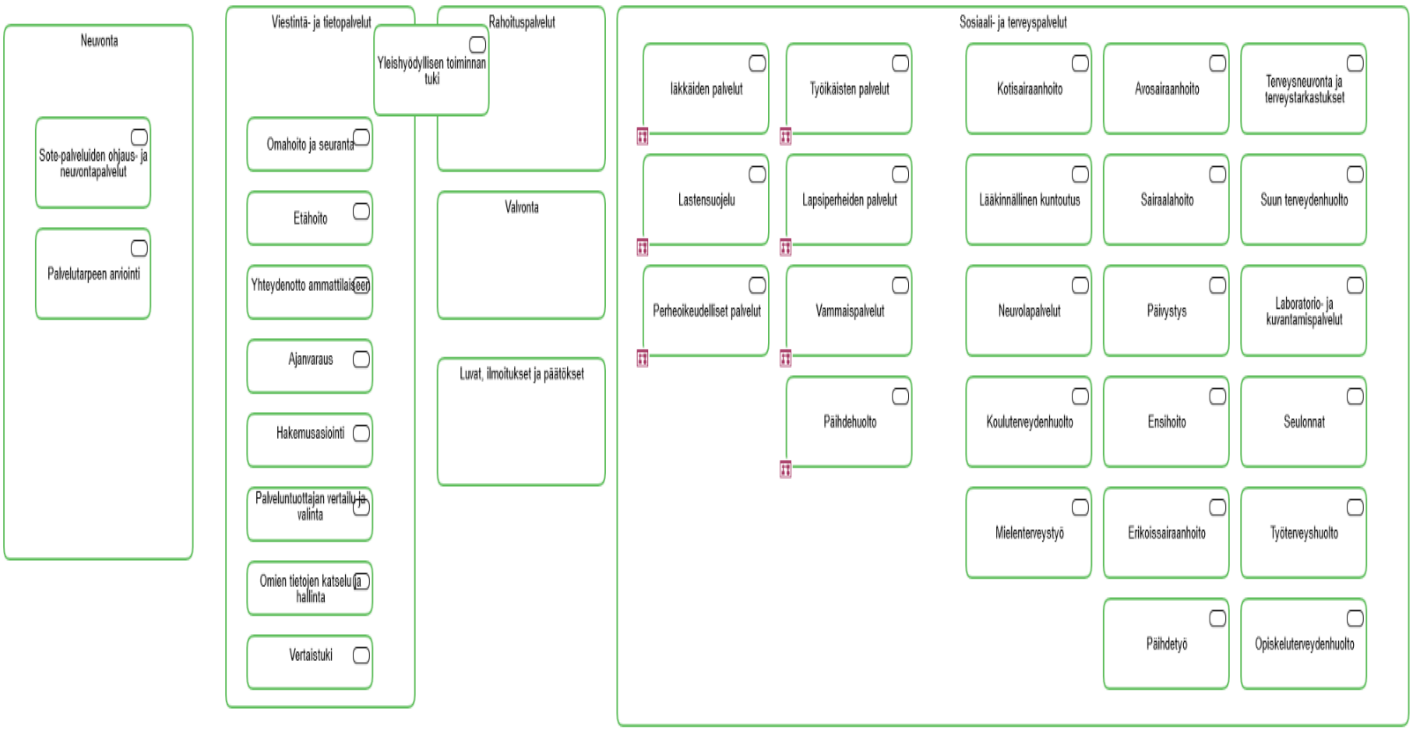
- omaishoidon kokonaisuuden vastattava paremmin omaishoitoperheiden tarpeisiin
- maakuntaan suunnitellaan omaishoidon tuen myöntämiseen pelkkää kriteeriperusteisuutta; määrärahat eivät sitoisi myöntämistä

8. KOKONAISARKKITEHTUURI JA TIETOJÄRJESTELMÄT

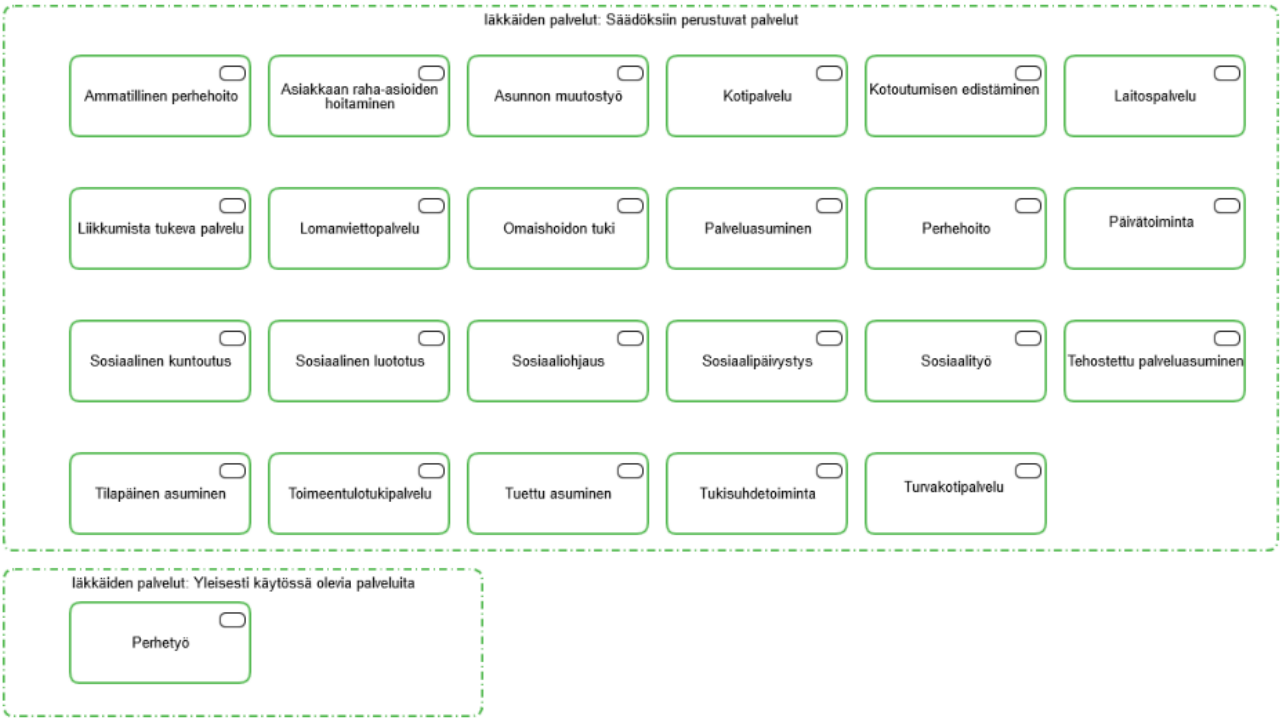
Kanta-Hämeen maakunnan kokonaisarkkitehtuurityössä on edetty maakunnan järjestämisvastuulla olevan palvelutuotannon kartan pohjalta (kuva 45). Sosiaali- ja terveydenhuollon osuutta kokonaisarkkitehtuurista työstetään kuvan 46 kaavion pohjalta. Sosiaalihuollon osalta on kuvattu THL:n antaman palvelutehtävämääräyksen pohjalta eri palvelutehtäviä sekä niissä tarjottavia sosiaalipalveluja (ks. kuva 47 ikääntyneiden palveluiden osalta). Kokonaisarkkitehtuurityössä on kuvattu myös tietojärjestelmät, joita eri palvelutehtävissä tällä hetkellä käytetään. Iäkkäiden palvelutehtävää sekä niissä tällä hetkellä käytössä olevia asiakastietojärjestelmiä on kuvattu yhteyskehäkaavioilla (kuva 48).



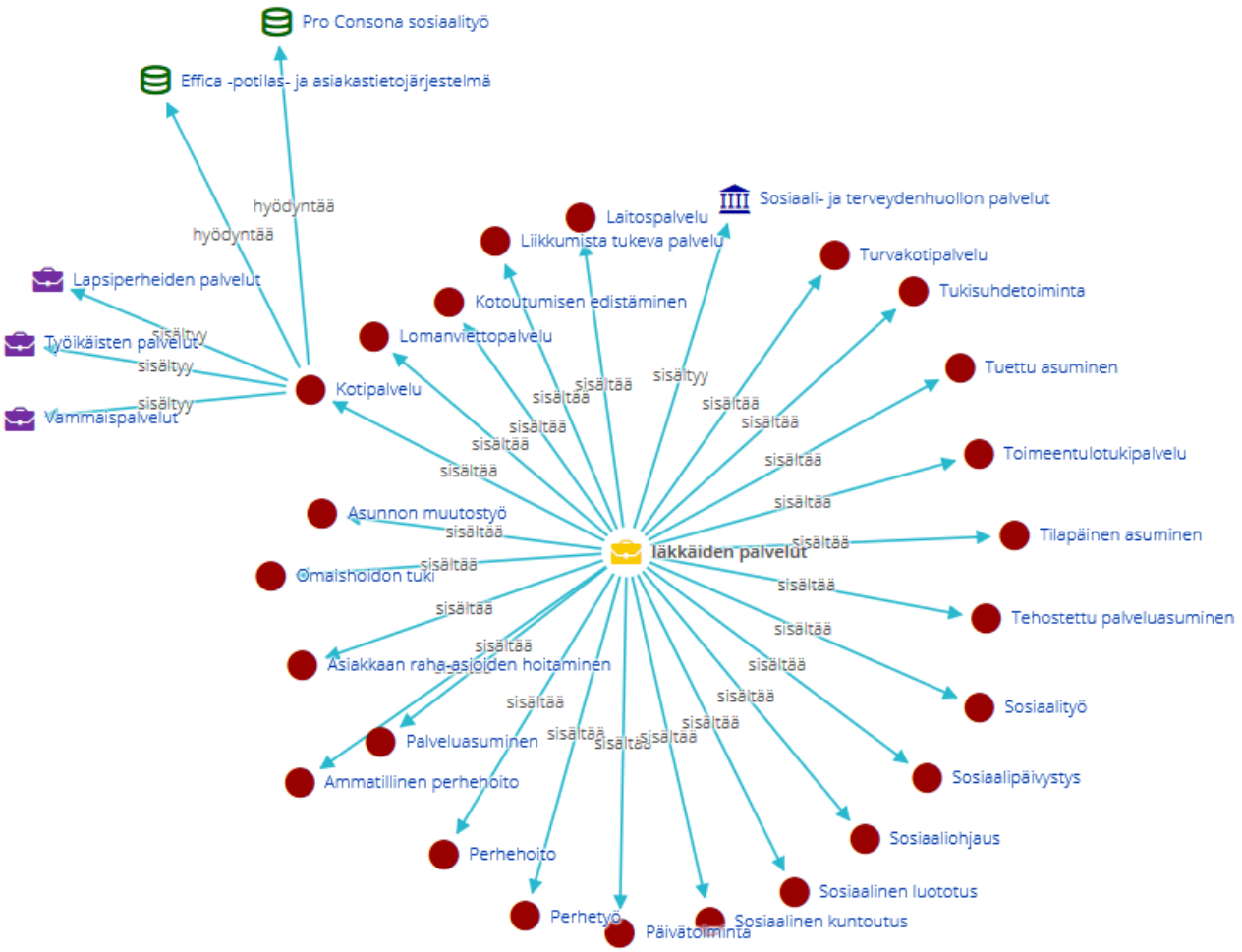
Kuva 45. Maakuntien järjestämisvastuulla oleva palvelutuotanto. Lähde: Oma Häme ICT-valmistelu.



Kuva 46. Sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisarkkitehtuurin lähtökohdat. Lähde: Oma Häme ICT-valmistelu.



Kuva 47. Ikääntyneiden palvelutehtävät sekä niissä tarjottavat sosiaalipalvelut. Lähde: Oma Häme ICT-valmistelu.



Kuva 48. Iäkkäiden palvelutehtävää sekä niissä tällä hetkellä käytössä olevia asiakastietojärjestelmiä on kuvattu myös yhteyskehäkaavioilla. Lähde: Oma Hämeen ICT-valmistelu.

Ikääntyneiden palveluiden **asiakastietojärjestelmien** suhteen kehitys on johtanut Kanta-Hämeen maakunnan alueella siihen, että kaikkialla ikääntyneiden palvelut hyödyntävät samaa asiakastietojärjestelmää kuin terveydenhuolto. Jos kunnassa on käytössä sama järjestelmä sekä terveydenhuollossa että sosiaalipalveluissa, ikääntyneiden palvelut käyttävät terveydenhuollon versiota (esimerkiksi Effica vs. YPH Effica), jos taas kunnassa on käytössä eri järjestelmä sosiaalipalveluissa kuin terveydenhuollossa, ikääntyneiden palvelut käyttävät terveydenhuollon ohjelmistoa (esimerkiksi Effica vs. Pro Consona). Tämä sen vuoksi, että vaikka ikääntyneiden palvelut luokitellaan pääsääntöisesti sosiaalipalveluiksi (mm. kotihoito ja ympärivuorokautiset asumis- ja laitospalvelut), niissä olennaisen tärkeää on ikääntyneen terveyteen, toimintakykyyn ja hyvinvointiin liittyvien ajantasaisten tietojen välittyminen reaaliajassa. Tähän liittyvät mm. ajantasaiset lääkelistat, mahdollisesti tehdyt tutkimukset tuloksineen (mm. laboratoriovastaukset) ja tehdyt kirjaukset kertomustietoihin. Forssan seutu tekee tästä pääsäännöstä sikäli pienen poikkeuksen, että siellä hyödynnetään myös Pro Consonaa sekä päätösten tekoon että omaishoitoa ja sosiaalihuoltolain mukaisia liikkumista tukevia palveluita koskeviin kirjauksiin.

Kanta-Hämeessä kaikilla julkisen sektorin ikääntyneiden palveluiden toimijoilla on siis käytössään terveydenhuollon Effica asiakkaan hoitosuunnitelmassa sekä päivittäisessä kirjaamisessa. Ikääntyneiden palvelut ovat yhteisessä kannassa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kanssa, jolloin asiakkaasta on käytettävissä asiakkaan hoidon ja hoivan sekä kuntouttavan näkökulman kannalta olennainen ajantasainen tieto.

Kanta-Hämeen maakunnan ICT-valmistelun osalta ikääntyneiden palveluiden edustajissa ja Effica pääkäyttäjien ryhmässä nousi esille huoli siitä, tunnistetaanko valmistelussa tämä välttämätön yhteys ikääntyneiden palveluiden ja terveydenhuollon tietojärjestelmän välillä. Kanta-Hämeessä katsotaan, vaikka ikääntyneiden palvelut tietoluokituksissa kohdistuvat lainsäädännölliseltä perustaltaan sosiaalipalveluiksi, ettei käytännön toiminnassa hyvin merkittävää ja annettavien palveluiden sisällön laadun, turvallisuuden ja oikeellisuuden osaltaan varmistavaa yhteyttä tule purkaa eikä vaarantaa tiedontuotannon luokitusten vuoksi. Itse asiassa yhteyttä pitää vahvistaa hyvin käytännönläheisellä ja käytännön elämän vaatimalla ratkaisulla.

Ikääntyneiden palveluissa valinnanvapauslainsäädännön käsittelyssä olevien ehdotusten perusteella monituottajamalli tulee olemaan sellaisissa mittasuhteissa, ettei tällaista kokonaisuutta ole missään julkisella sektorilla Suomessa vielä koordinoitu ja hallinnoitu. Suunnitellaan, että pääsääntöinen tapa järjestää asiakkaalle tunnistettuihin palvelutarpeisiin vastaavat palvelut toteutuu joko henkilökohtaisella budjetilla tai asiakassetelillä. Arjessa tämä merkitsee sitä, että palveluntuottajien määrä lisääntyy maakunnan tasolla; yhden asiakkaan kohdalla palveluntuottajia voi olla jopa useita, riippuen miten hän on halunnut esimerkiksi henkilökohtaisella budjetilla palvelukokonaisuutensa muodostaa.

Kysymykseksi jää miten tieto tässä järjestelmässä siirtyy. Miten arjessa toteutuu asiakkaiden tilanteiden ja palveluiden koordinointi, tunnistettuihin palvelutarpeisiin annettujen palveluiden toimivuuden ja tavoitteisiin pääsemisen koordinointi sekä palveluiden sisältöjen laadullinen ja määrällinen valvonta? Kun lakiehdotusta lukee, siinä toistuvasti palataan siihen että loppujen lopuksi maakunnalla on aina vastuu ja velvollisuus huolehtia asukkaidensa palveluista ja niiden koordinoinnista, oikein kohdentumisesta. Asiakas- ja palveluohjaukseen ladataan siis hyvin paljon odotuksia ja vastuita, velvoitteita niin asiakkaan yksilötasosta talouden kokonaisuuden rakentumiseen ja koordinointivastuun toteuttamiseen ja palveluiden oikein kohdentamiseen.

Maakunnassa pidetään hyvänä käytäntönä Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymän alueelle vuoden 2005 tienoilla luotua järjestelmää, missä terveydenhuollon kuntayhtymän käyttämä Effica laajentui käsittämään peruskuntien ikääntyneiden palvelut asiakastietojärjestelmänä (myös kehitysvammayksiköt). Samalla alueen yksityiset palveluntuottajat (ja kolmannen sektorin toimijat), jotka tuottivat sosiaali- ja/tai terveyspalveluja, velvoitettiin hankkimaan lisenssit ja käyttöönottamaan Effican asiakastietojärjestelmänä kertomuksien käytön osalta. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että palveluohjaajat voivat olla jatkuvasti tietoisia vastuullaan olevien asiakkaiden tilanteista huolimatta siitä, missä heidän palvelunsa seudun alueella tuotetaan (julkinen tai yksityinen toimija). Samoin kaikki palveluntuottajat voivat luottaa siihen, että näkevät itse ilman välikäsiä ja puhelinsoittoja ja viiveitä vastuullaan olevien asiakkaiden tutkimustulokset, voivat tutustua annettujen oikeuksien puitteissa asiakkaan terveystietoihin ja historiaan, siltä osin mikä on relevanttia tietoa asiakkaan kokonaisvaltaisen hoidon ja huolenpidon tai hänen asioidensa koordinoinnin vuoksi tietosuojamääräysten puitteissa.

Tämä käytännön arjen kannalta välttämätön järjestelmä lienee ainoa laatuaan Suomessa. Järjestelmän puuttuminen merkitsee arjessa hoitajien, sairaanhoitajien, fysioterapeuttien, laboratoriotyöntekijöiden, lääkäreiden, palveluohjaajien ja lukemattomien muiden sote-

ammattilaisten välisiä toimintamalleja, jotka pyrkivät paikkaamaan tiedon kulkemattomuutta ja estämään virheiden tapahtumisen mahdollisuutta sen vuoksi. Tiedon kulkemisen puute viivästyttää asioita, aiheuttaa virheitä ja tuhlaa resursseja.

Maakunnan ikääntyneiden palveluiden johtajat ovat esittäneet maakunnan ICT-valmistelulle kannanottonaan odottavansa, että valmistelussa varmistetaan se että

1) ikääntyneiden palveluiden perusasiakastietojärjestelmänä on terveydenhuollon asiakastietojärjestelmä
2) terveydenhuollon asiakastietojärjestelmän käytettävyys ja laajentaminen toteutetaan niin, että se toimii yhteisenä kertomusjärjestelmänä ikääntyneiden monituottajamarkkinoilla
3) terveydenhuollon tietojärjestelmän kehittämisessä vahvana kehittämisen lähtökohtana ovat myös ne tarpeet, jotka tietojärjestelmään kohdistuvat ikääntyneiden palveluiden kokonaisuudesta.

Nämä odotukset ovat alisteisia valtakunnalliselle tietojärjestelmäarkkitehtuuri- ja tietoluokitusjärjestelmille. Ne kuitenkin kuvastavat käytännön arjen tarpeita ja niiden järkiperäistä ratkaisuvaihtoehtoa, josta on erinomaisia kokemuksia.

Kotihoidon toiminnanohjausjärjestelmien suhteen Kanta-Hämeessä lähdettiin vuoteen 2017 tilanteessa, jossa maakunnan kuntien alueella oli käytössä kolme erilaista järjestelmää, joita käytettiin esimerkiksi optimointipriorisointien osalta eri tavoin. Hämeenlinna-Janakkala alueella käytössä oli Hilkka, Hattulassa Tiedon toiminnanohjausjärjestelmä, Forssan seudulla eHoiva. Riihimäen seutu oli toteuttamassa ensimmäistä toiminnanohjausjärjestelmän hankintaprosessia Riihimäen kaupungin toimiessa vetovastuussa.

OmaHäme valmistelussa tietohallinnon kokonaiskoordinaatiosta vastaava tietohallinnon ohjausryhmä pyysi ikääntyneiden palveluiden valmistelulta keväällä 2017 kotihoidon toiminnanohjausjärjestelmän kannalta oleellisia ja haluttuja ominaisuuksia koskevan koonnin. Tarkoitus oli saada kerättyä yhteen tietoa eri toiminnanohjausjärjestelmistä saatujen kokemusten ja siten ollen myös kertyneiden näkemysten pohjalta siitä millaisia vaatimuksia maakunnan mittakaavan toiminnanohjausjärjestelmältä halutaan.

Syksyyn 2018 mennessä tilanne maakunnassa toiminnanohjausjärjestelmän osalta oli kuntien ja kuntayhtymien tekemien linjausta johdosta kehittynyt siihen suuntaan, että Hämeenlinnan ja Janakkalan rinnalle sekä Riihimäen seudun kunnat että Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymä ovat käyttöönottamassa Hilkka-järjestelmää. Kuntien tekemiä optimointiprioriteetteja ei ole yhtenäistetty.

Asiakas- ja palveluohjauksessa ei ole käytössä **toiminnanohjausjärjestelmää**. Sellaista pilotoitiin talvella 2017–2018. Tarve toiminnanohjausjärjestelmän käyttöönotolle osana asiakas- ja palveluohjauksen tiedolla johtamista ja prosessien hallintaa sekä kehittämistä on ilmeinen. Tästä näkökulmasta on I&O-kärkihankkeen KAAPO-osion alahankkeita (Ikäneuvo, Ikäopastin,. KomPassi) seurattu Kanta-Hämeessä tiiviisti.

Lyhyesti

- sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio, monituottajamalli sekä tilaajan ja tuottajan eriyttäminen haastavat tietojärjestelmien sekä asiakkuushallinnan ratkaisuiden kehittämistä

9. KEHITTÄMISOHJELMA

Iäkkäiden palvelukokonaisuutta on rakennettu suunnitelmatasolla ja osin se on jo juurtumassa kuntien toimintoihin. Jatkossa maakuntajärjestäjän on olennaista sisällyttää valmistelussa esiin tulleita seikkoja osaksi palveluntuotantoa koskevia hallintopäätöksiä ja sopimuksia ja valvoa niiden toteutumista. Kehittämistyön ja jatkuvan parantamisen paradigman tulee olla kaikkien palveluntuottajien kohdalla osa normaalia toimintaa. On tärkeää pitää huoli henkilöstön koulutuksen toteutumisesta yhden- ja johdonmukaisesti.

Liitteessä kolme esitellyn kehittämisohjelman tarkemman sisällön ovat laatineet pääosin maakunnan vanhusneuvostot vuosien 2017–2018 aikana suunnitelmallisen työstämisprosessin kautta. Tavoitteena oli tehdä tähän suunnitelmaan tavoitetaulukko, mutta tulos on niin laaja ja kattava, ettei tavoitetaulukosta puhuminen ole relevanttia.

Kehittämisohjelman ajatuksena on ollut tuoda esiin asioita, joita kantahämäläisten ikääntyneiden elinympäristöjen ja palveluiden sekä yksittäisten iäkkään kantahämäläisen arjen ja palveluiden näkökulmasta nähdään tarpeelliseksi kehittää. Ohjelmaa tehtiin osana I&O-kärkihankkeen toimintaa ja siten osana maakunta- ja soteuudistusta, mutta sen sisällöt eivät ole tiukasti sidoksissa pelkästään järjestämisvastuun siirtymiseen maakunnille, sen aikaan, paikkaan ja tapaan. Kehittämisohjelman osa-alueet ovat soveltamiskelpoisia olosuhteisiin sovitettuina vaikka heti vuoden 2019 alusta maakunnan toimijoille.

Kehittämisohjelma jakautuu seuraaviin sisältöihin, joille on tunnistettu tavoitteita, toimenpiteitä ja mittareita (ks. liite 3):

Ihmislähtöisyys ja asiakkaan tarpeiden huomiointi palveluissa

Eriarvoisuuden estäminen

Ennaltaehkäisevien toimien lisääminen

Uudenlaisia yhteisöllisiä asumismuotoja ikääntyneille

Tiedon saannin helppous

Palveluiden saatavuuden helppous ja palveluiden laatu

Panostus kokonaisvaltaiseen kuntoutumisen tukemiseen

Toimiva asiakas- ja palveluohjaus

Omaishoidon lisääminen ja tukeminen tasapuolisesti

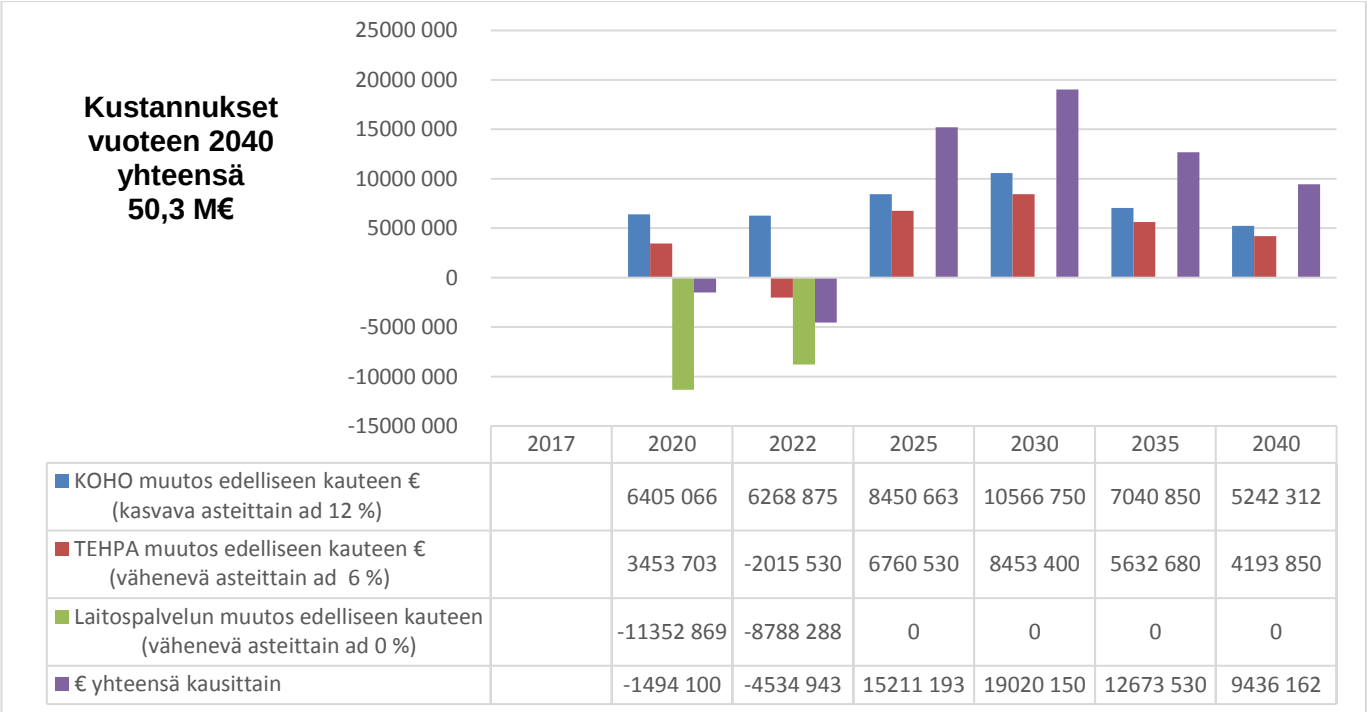
Henkilöstö

Resurssien käytön hyödyllisyys ja tehokkuus

10. KUSTANNUSVAIKUTTAVUUDEN ARVIOINTI

Väestön hyvinvoinnin ja terveyden säilyminen hyvänä pitkälle vanhuuteen on avainasemassa iäkkäiden toimintakyvyn säilymisen ja palvelutarpeen näkökulmasta. Ennaltaehkäiseviin toimiin kannattaa panostaa. (Tikkanen 2018). Tästä huolimatta palveluntarve lisääntyy, koska iäkkäiden määrä ja erityisesti 85 vuotta täyttäneiden määrä kasvaa maakunnassa (130 % vuoden 2017 tasosta vuoteen 2040). Painotuksilla, joita tehdään kotona asumisen onnistumisen tukemiseksi, kuntoutumisen tukemiseksi, kotona asumista tukeviin uusiin sotepalveluihin (kuten päivystyspalvelut), perhehoitoon, pystytään toteuttamaan rakennemuutosta, missä pitkäaikaisen asumispalvelun osuus suhteessa vähenee, palvelurakenne kevenee ja investointeja voidaan tehdä nimenomaan mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen tukemiseen korjaavien palveluiden painottumisen sijasta.

Kustannusvaikuttavuutta ei Kanta-Hämeessä pystytä arvioimaan I&O-kärkihankkeen aikaisena muutoksena, koska laaditut toimintamallit ja yhdessä sovitut prosessit eivät ole keskeisiltä osiltaan ja sisällöiltään maakunnassa käytössä. Arvio kustannusvaikuttavuudesta voidaan kuitenkin laskea palvelurakennetavoitteiden kattavuuslinjausten perusteella. Arvio toki sisältää ajatuksen siitä, että palvelurakenne ja kustannukset arvioidaan nykytietämyksen valossa ja ulotetaan sellaisinaan tulevaisuuteen. Se kertoo kuitenkin nykytietämyksen ja -ajatusten valossa siitä, miksi muutoksia tulee tehdä.



	2017	2020	2022	2025	2030	2035	2040
KOHO muutos edelliseen kauteen € (kasvava asteittain ad 12 %)		6405 066	6268 875	8450 663	10566 750	7040 850	5242 312
TEHPA muutos edelliseen kauteen € (vähenevä asteittain ad 6 %)		3453 703	-2015 530	6760 530	8453 400	5632 680	4193 850
Laitospalvelun muutos edelliseen kauteen (vähenevä asteittain ad 0 %)		-11352 869	-8788 288	0	0	0	0
€ yhteensä kausittain		-1494 100	-4534 943	15211 193	19020 150	12673 530	9436 162

Kuva 49. Palvelurakenteen muutos (€) vuoteen 2040 jaksotettuna Kanta-Hämeessä.

Taulukossa 3 on kuvattu palvelurakenteen suunniteltua muutosta asiakasmäärien näkökulmasta. Kuvaan 49 on laskettu kotihoidon, tehostetun palveluasumisen ja laitospalveluiden näkökulmasta

palvelurakenteen keventämisen kustannusvaikutuksia. Laskennassa on käytetty kotihoidon nettokäyntihintana 25 € ja laskettu kotihoidon käyntejä 2,5 kpl jokaiselle asiakkaalle vuoden jokaiselle päivälle. Tehostetun palveluasumisen nettohintana on käytetty 100 €/vrk ja laitospalvelun 125 €/vrk. Palvelurakenteen keventämisestä huolimatta kustannusvaikutus koko Kanta-Hämeen maakunnan alueella on 50,3 M€. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että em. summan verran kustannukset kasvavat maakunnassa palvelurakenteen keventämisestä huolimatta. Luku ei sisällä muita kustannusarvioita, esimerkiksi terveydenhuollon menoja.

Kanta-Hämeessä on resursseja sidottuina palvelumuotoihin, joita tulee ohjata toisaalle, jotta kasvavasta palveluntarpeesta selvitään taloudellisesti. On myös otettava rohkeasti käyttöön uusia innovatiivisia kokeiluja; tehtävä TKI-yhteistyötä laajalla rintamalla, jotta uusia innovatiivisia palveluratkaisuja syntyy; ja panostettava ennakoiviin sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimenpiteisiin (Olkkonen-Nikula 2018).

Asumisen ja asuinalueiden kehittäminen on kuntien vastuulla. **Asumisen ratkaisujen merkitys** yksinäisyyden poistamisessa ja yhteisöllisyyden kehittämisessä on keskeistä. Ikääntyneiden palvelujen näkökulmasta asumisen ja asuinalueiden ja sillä tuotettavien palveluiden merkitys korostuu. Tällä sektorilla tarvitaan nyt ja tulevaisuudessa kuntien kanssa tiivistä yhteistyötä.

Kuntalaisten oma vastuu hyvinvoinnista korostuu. Kuntalainen asuu kunnassa, elää elämäänsä kunnassa. Kunta on keskeinen yksikkö tästä näkökulmasta. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut tulee ajatella niin, että ne käyvät kuntalaisen luona ”kylässä” silloin, kun niitä tarvitaan. Ikääntymisen myötä vierailut saattavat kasvaa, mutta sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävä on auttaa siten, että normaali elämä voi jatkua edelleen (Olkkonen-Nikula 2018).

Tulevaisuudessa kolmannen sektorin rooli ja vapaaehtoistyön merkitys korostuvat entisestään. Tilastojen valossa **ikääntyvä väestö on voimavara** (ks. kuva 7). Sillä on jo nyt ja lähitulevaisuudessa entistä monipuolisempi ja laajempi koulutustausta kuin tämän hetken 75 vuotta täyttäneellä väestöllä keskimäärin. Eläköityvässä ja jo eläkkeelle jäävässä ikäryhmässä on paljon käytettävissä olevaa potentiaalia, jota tällä hetkellä ei ehkä vielä osata riittävästi huomioida. Heillä on myös toisenlainen kyky ja tieto huolehtia itsestään ja hyvinvoinnistaan. (Olkkonen-Nikula 2018).

Lyhyesti

- ennaltaehkäiseviin toimiin on panostettava vaikka palveluiden tarve lisääntyy
- palvelurakennemuutos on välttämätön investointien uudelleen suuntaamiseksi mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen tukemiseen
- asumisen ratkaisuja on ryhdyttävä laatimaan ja toteuttamaan nyt
- ikääntyneiden oma vastuu hyvinvoinnistaan korostuu ja he muodostavat merkittävän voimavaran yhteiskunnalle

11. VIESTINTÄSTRATEGIA VÄESTÖLLE

Ikääntyneen väestön tietoisuus tulevista uudistuksista lisääntyy vain, jos heille tarjotaan selkokielistä tietoa sekä mahdollisuuksia keskustella heräävistä kysymyksistä. Maakunnan ja kuntien vanhusneuvostot ovat keskeisessä roolissa tiedon välittämisessä ja yhteistyö näiden neuvostojen kanssa onkin olennaista. Osa ikääntyneistä toimii hyvin aktiivisesti erilaisissa järjestöissä ja heidän kauttaan tieto siirtyy muillekin. Myös asiakas- ja palveluohjauksen rooli on viestinnän näkökulmasta keskeinen. Sosiaali- ja terveyspalveluissa työskentelevien henkilöiden rooli on keskeinen oikean tiedon välittämisessä ja sen vuoksi tulee varmistaa että heillä on käytössään ajantasaista tietoa valmistelun etenemisestä ja mahdollisuuksia keskustella asioista. (Tikkanen 2018).

Oma Häme-hankkeen viestintää ohjaavat Kanta-Hämeen maakunta- ja sotevalmistelun toimintasuunnitelmassa määritellyt tavoitteet ja arvot. Viestinnän tehtävänä on toteuttaa Oma Häme -valmistelun avoimuutta ja vuorovaikutteisuutta, taata viestinnän selkeys ja ymmärrettävyys sekä varmistaa tiedon jakaminen valmistelun etenemisestä. (Oma Hämeen viestintäsuunnitelma 2016−2019.)

Iäkkäälle väestölle viestittäessä tärkeää on kielen selkeys ja ymmärrettävyys. Jotta viestit tavoittavat niin maakunnan asukkaat, henkilöstön, asiakkaat kuin muut sidosryhmät, tulee viestinnän olla monikanavaista ja vuorovaikutukseen kannustavaa. Oleellinen ja ajantasainen tieto maakunta- ja sote-uudistuksen valmistelusta ja sen etenemisestä on oltava tasapuolisesti – eri kohderyhmien tarpeet ja saavutettavuus huomioiden – kaikkien saatavilla.

Maakunnan ja kuntien vanhusneuvostot ovat keskeisessä roolissa tiedon välittämisessä. Tulevassa maakunnassa toimii osallisuusverkosto, johon on pohdittava vanhusneuvostojen edustusta.

LÄHTEET

ATH, Aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus, THL 2017.

De van der Schueren, M., Elia M., Gramlich, L., Johnson, M. P., Lim, S. L., Philipson, T., Jaferi, A., ja Prado, C. M., Clinical and economic outcomes of nutrition interventions across the continuum of care. Ann. N. Y. Acad. Sci. 2014.

Hussi ym. 2017. Ikääntyvä väestö ja toimintakyvyn ylläpito. KAKS – Kunnallisalan kehittämissäätiö.

Ikääntyminen voimavarana, Raportti, Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004.

I&O kärkihankkeen hankesuunnitelma, STM 206:41.

Kaipainen T, Tiihonen M, Hartikainen S, Nykänen I. Prevalence of risk of malnutrition and associated factors in home care clients. Jour nursing Home Res 2015.

Kanta-Hämeen maakuntaprofiili, THL 2018.

Kuntalaki (410/2015).

Kuva –indikaattorit, Sotkanet tietokanta.

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019, 2017:6, STM.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012).

Laki omaishoidon tuesta (937/2005).

Lappalainen K., Hiltunen M., Leppänen S., Kivilinna-Minkkinen J., Kela-Korhonen N., Kettunen R., Kämäräinen P., Kokkonen K., Jokinen H. Kaapo-malli. I&O Kärkihankkeen mukainen toimintamalli Posote alueella. 2018.

Mattila H., Farin J., Kurola J., Eskelinen J., Hartikainen T., Eskelinen P., Laitinen K., Hartikainen J., Tiitta P., Pulkka A., Jussila T., Kämäräinen P. sekä Antikainen M., Rossinen T., Heimonen T., Mattila H., Mentula-Hyvärinen R., Kämäräinen V., Riekkinen-Tuovinen S., Kärkkäinen S., Hynninen M., Mönkkönen A. ja Paso-Mankinen S. I&O akuuttitilanteiden teematyöryhmän ja sote-tike –alatyöryhmän loppuraportti, Pohjois-Savo, 2018.

Mäkelä, M. 2018. Palvelukriteereistä tarpeiden ratkaisukirjoihin. THL.

Olkkonen-Nikula Anu 2018. Iäkkäiden yhteen sovitettujen palvelujen kokonaisuus Päijät-Hämeessä.

Oma Hämeen viestintäsuunnitelma 2016−2019.

Paronen E ym. Ikäinnovaatio 2012-2014 –hankkeen kuntaraportti. Ikääntyminen ja hyvinvointi Pohjois-Savossa (IKIPOSA) –tutkimus ja toimintakykyisyyden toimintamalli. Itä-Suomen yliopisto ja Savonia-ammattikorkeakoulu 2014.

Perhehoitolaki (263/2015).

Sosiaalihuoltolaki (1301/2014).

STM 2018, I&O kärkihankkeen materiaalia.

Sotkanet- tietokanta.

Suhonen Riitta. Tutkijalta: Ikääntyneiden hoitoa on muutettava.
http://www.utu.fi/fi/Ajankohtaista/Artikkelit/Sivut/ikaantyneiden--hoitoa-on-muutettava.aspx. 2013

Sulkava ja Viramo, 2006. Keskivaikean ja vaikean muistisairauden esiintyvyys Mini-Suomi –tutkimuksen (30-84 –vuotiaat), vantaan vanhimmat –tutkimuksen (85 vuotta täyttäneet) ja Kuopio 75+ -tutkimuksen mukaan. SUMU.

Tiedosta arviointiin, Sosiaali- ja terveyspalvelut Kanta-Häme, THL 2018.

THL tilastotiedot 2017.

THL tilastotiedot 2018.

THL 2018, THL https://thl.fi/fi/-/kuntien-varautuminen-ikaantyneiden-asumisen-tarpeisiin-viela-vahaista .

Tikkanen P. 2015. Physical Functioning among Community-Dwelling Older People. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences, number 277.

Tikkanen Päivi 2018. Iäkkäiden yhteen sovitettujen palvelujen kokonaisuus Pohjois-Savossa.

Valtakunnallisen hoidon saatavuuden ja yhtenäisen hoidon perusteiden työryhmä: Iäkkäiden pitkäaikaisen laitoshoidon perusteiden alatyöryhmän muistio: Iäkkäiden laitoshoidon perusteet, Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:30.

LIITE 1

THL:n terveys-, hyvinvointi ja palvelututkimus, 75- vuotta täyttäneet %

	2015, ATH		2017–2018, FinSote	
	Koko maa	Kanta-Häme	Koko maa	Kanta-Häme
HYVINVOINTI				
Elinolot				
Kotitalouden menojen kattaminen tuloilla hankalaa (%)	25.7	27.2		
Joutunut tinkimään ruoasta, lääkkeistä tai lääkärikäynneistä rahan puutteen vuoksi, osuus (%)	8.3	6.1	8.3	7.7
Pelännyt ruoan loppuvan ennen kuin saa rahaa ostaakseen lisää, osuus (%)	2.5	2.3	2.7	3.7
Niiden osuus, joita huonot julkiset liikenneyhteydet haittaavat vähintään jonkin verran (%)	24.9	33.8	29.2	38.5
Asuntonsa kustannuksiin vähintään melko tyytymättömien osuus (%)	10.6	16.9		
Niiden osuus, jotka ovat tyytyväisiä asuinalueensa olosuhteisiin (%)	86.1	80.7	83.6	84.2
Niiden osuus, joita asuinalueen rumuus haittaa vähintään jonkin verran (%)	5.1	6.2		
Internetiä sähköiseen asiointiin käyttävien osuus (%)	23.1	17.9	41.7	38.3
Koettu hyvinvointi				
Elämänlaatunsa (WHOQOL-8) keskimäärin hyväksi tuntevien osuus (%)	44.1	37.5	41.7	44.4
Elämänlaatunsa (WHOQOL-8) keskimäärin paremmaksi kokevien osuus (%)	56.5	46.6	57.5	60.6
Itsensä suurimman osan aikaa 4 viime viikon aikana onnelliseksi kokeneiden osuus (%)	50.5	45.2	49.8	48.9
Niiden osuus, jotka ovat tyytyväisiä ihmissuhteisiinsa (%)	84.7	79.4	81.1	80.9
Osallisuus				
Aktiivisesti osallistuvien osuus (%)	22.9	17.1	26.2	23.2
Itsensä yksinäiseksi tuntevien osuus (%)	11.2	20.1	9.1	8.2
Vähintään kerran viikossa kotitalouden ulkopuolisiin ystäviin ja sukulaisiin yhteyttä pitävien osuus (%)	78.8	78.4	77.1	76.5
Niiden osuus, jotka ovat osallistuneet aktiivisesti (vähintään 1-3 krt/kk) kulttuuriyhdistysten toimintaan (%)	21.1	15.4		
Niiden osuus, jotka ovat osallistuneet aktiivisesti (vähintään 1 krt/vko) liikunta- tai urheiluseurojen toimintaan (%)	14.9	10.1		

Aktiivisesti (vähintään 1-3 krt/kk) sosiaali- ja terveysalan järjestöjen toimintaan osallistuvien osuus (%)	19.3	13.7		
Sosiaali- ja terveysalan järjestöjen toimintaan osallistuvien osuus (%)	32.9	28.9		
Niiden osuus, jotka ilmoittivat äänestäneensä viime kunnallisvaaleissa (%)	81.2	77.4		
Keskimääräinen luottamus julkiseen terveydenhuoltoon asteikolla 1-5 (1= en luota ollenkaan, 5=luotan täysin)	4	4.1		
Keskimääräinen luottamus julkiseen sosiaalihuoltoon asteikolla 1-5 (1=en luota ollenkaan, 5= luotan täysin)	3.3	3.2		
Keskimääräinen luottamus oman kunnan päätöksentekoon asteikolla 1-5 (1=en luota ollenkaan, 5=luotan täysin)	3.4	3.2		
Osallistuminen järjestötoimintaan				
Järjestötoimintaan osallistuneiden syyt: halu auttaa muita ihmisiä (%)	13.8	12.2		
Järjestötoimintaan osallistuneiden syyt: oppia uusia asioita ja saada tietoa (%)	20.2	18.9		
Järjestötoimintaan osallistuneiden syyt: tutustua uusiin ihmisiin (%)	22.8	25		
Järjestötoimintaan osallistuneiden syyt: kuulua johonkin ryhmään (%)	35.8	34.2		
Järjestötoimintaan osallistuneiden syyt: tapaa muita samassa tilanteessa olevia ja saada vertaistukea (%)	33.5	38.1		
Järjestötoimintaan osallistuneiden syyt: vaikuttaa yhteiskunnallisiin asioihin (%)	8.9	8.6		
Järjestötoimintaan osallistuneiden syyt: saa apua ja/tai tukea elämäntilanteeseen (%)	13.3	12.1		
Järjestötoimintaan osallistuneiden syyt: mielekäs kiva ja/tai kehittävä tekeminen (%)	35.7	38.2		
Ei mukana järjestötoiminnassa, syyt: ei koe tarvetta (%)	48	44.6		
Ei mukana järjestötoiminnassa, syyt: kiinnostavaa toimintaa ei järjestetä lähiympäristössä (%)	6.4	7.5		
Ei mukana järjestötoiminnassa, syyt: ei riittävästi tietoa lähiympäristön järjestötoiminnasta (%)	3.9	1.7		
Ei mukana järjestötoiminnassa, syyt: ajanpuutteen takia (%)	3	3.6		
Ei mukana järjestötoiminnassa, syyt: huonojen kulkuyhteyksien takia (%)	6.4	6.5		
Ei mukana järjestötoiminnassa, syyt: oma tai läheisen terveys tai toimintakyky estää (%)	26.6	34.5		
Kulttuuri				
Vähintään kerran viikossa kulttuuripalveluita käyttävien osuus (%)	1.5	0		
Kulttuuripalveluita 1-3 kertaa kk käyttävien osuus (%)	2	4.9		

Museoissa tai taidenäyttelyissä vähintään kerran kk käyvien osuus (%)	3.4	2.8		
Niiden osuus, jotka ovat saaneet tarpeeseensa nähden riittävästi kulttuuripalveluita (%)	84	81.6		
Niiden osuus, jotka eivät ole saaneet tarpeeseensa nähden riittävästi kulttuuripalveluita (%)	16	18.4		
Niiden osuus, jotka ovat saaneet tarpeeseensa nähden riittävästi kirjastopalveluita (%)	94.3	89.8		
Niiden osuus, jotka eivät ole saaneet tarpeeseensa nähden riittävästi tietoa kirjastopalveluita (%)	5.7	10.2		
Niiden osuus, jotka eivät ole saaneet riittävästi tarpeeseensa nähden kansalais- työväenopiston palveluita (%)	11.8	33.3		
Niiden osuus, jotka ovat saaneet tarpeeseensa nähden riittävästi kunnan tietoa kulttuuripalveluista (%)	88.3	90.5		
Niiden osuus, jotka ovat saaneet tarpeeseensa nähden riittävästi tietoa kunnan kirjastopalveluista (%)	91.5	95.1		
Niiden osuus, jotka ovat saaneet tarpeeseensa nähden riittävästi tietoa kunnan liikuntapalveluista (%)	83.4	83.9		
Elinympäristön turvattomuus ja väkivalta				
Asuinalueensa turvattomaksi koskevien osuus (%)	1.2	1.7		
Niiden osuus, jotka ovat tyytyväisiä asuinalueensa turvallisuuteen (%)	92.2	89.5		
Väkivallan tai uhkailun kohteeksi joutuneiden osuus (%)	1.7	3.4	2.4	2.3
Fyysistä uhkaa 12 viime kk aikana kokeneiden osuus (%)	1	1.9	1.1	1.6
Uhkailun ta kiristyksen kohteeksi 12 viime kk aikana joutuneiden osuus (%)	1.5	4.1		
Jalankulkuväylien liukkauden vähintään jonkin verran haittaavaksi kokevien osuus (%)	56.8	59.6	55.7	55.1
Tapaturmat				
Niiden iäkkäiden osuus, jotka ilmoittivat kaatuneensa kävellessä 12 viime kk aikana (%)	31.5	30.4	38.3	35.7
Niiden osuus, jotka ilmoittavat käyttävänsä pyöräilykypärää aina pyöräillessään (%)	33.7	31.3	36.1	35.5
TERVEYS				
Terveydentila				
Terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi kokevien osuus (%)	66	73	57.9	61.7
Vähintään kaksi viikkoa jatkunut masennusoireilu 12 viime kk aikana, osuus (%)	25.8	25.1		
Unettomuutta 30 viime päivän aikana kokeneiden osuus (%)	45.1	52.4		
Virtsanpidätysongelmia 30 viime päivän aikana kokeneiden osuus (%)	37.6	44.6		

Jonkin pitkäaikaissairauden tai terveysongelman ilmoittaneiden osuus (%)			78.7	79.8
Toimintarajoituksia terveysongelman vuoksi kokeneiden osuus (%)			55.1	55.1
Mielenterveys ja päihdeongelmat				
Psyykkisesti merkittävästi kuormittuneiden osuus (%)	9.4	11.1	9	8.6
Niiden osuus, joilla on itse raportoituna masennusta (%)	11.9	19.1	6.1	6.5
Niiden osuus, joilla on ollut itsemurha-ajatuksia 12 viime kk aikana (%)	1.7	2.6	2.1	1.1
Alkoholia liikaa käyttävien osuus (AUDIT-C) (%)	4.8	3.5	15.5	16.7
Alkoholia humalahakuisesti käyttävien osuus (AUDIT-1k) (%)	2.1	2.7	1.9	2.2
Rahapelaamisensa ongelmaksi vähintään joskus 12 viime kk aikana kokeneiden osuus (%)	5.8	7		
Terveyspalveluja mielenterveysongelmien vuoksi käyttäneiden osuus (%)			1.9	1.7
Terveyspalveluja päihteiden käyttöön liittyvien ongelmien vuoksi käyttäneiden osuus (%)			0.2	0
Krooniset sairaudet ja ongelmat				
Niiden osuus, joilla on itse raportoituna sepelvaltimotauti (%)	24.3	27.5	17.7	14.9
Niiden osuus, joilla on itse raportoituna kohonnut veren kolesterolipitoisuus (%)	43	52.1	36	34.3
Niiden osuus, joilla on itse raportoituna veranpainetauti tai kohonnut verenpaine (%)	61.7	61.5	61.4	60.8
Niiden osuus, joilla on itse raportoituna nivelreuma tai muu niveltulehdus (%)	23.2	27.1		
Niiden osuus, joilla on itse raportoituna selän kulumavika, iskias tai muu selkäsairaus (%)	43.1	43	31.3	30.7
Suun terveys				
Vähintään kahdesti päivässä hampaansa harjaavien osuus (%)	62.1	58.7	65.6	63.6
Suun terveydenhuoltopalveluita terveyskeskuksessa viime 12 kk aikana käyttäneiden osuus (%)	23.6	32.3		
Yksityishammaslääkäripalveluita viime 12 kk aikana käyttäneiden osuus (%)	35.7	31.9		
TOIMINTAKYKY				
Toimintakyky ja arjessa selviytyminen				
500 metrin matkan kävelemisessä suuria vaikeuksia, osuus (%)	23.7	25.8	22.9	21.4
Arkiaskareissa (ADL+IADL) suuria vaikeuksia kokevien osuus (%)	25	23.3		
Itsestä huolehtimisessa vähintään suuria vaikeuksia kokevien osuus (ADL) (%)	11.9	14.7	11.6	-

Arkitoimissa vähintään suuria vaikeuksia kokevien osuus (IADL) (%)	35.2	36.9	34.9	33.5
Muistinsa huonoksi kokevien osuus (%)	9.8	12.5	8.7	6.8
Toimintakyvyltään heikentynyttä puolisoaan säännöllisesti kotona selviytymään auttavien osuus (%)	16.8	14.5	2.1	2.3
Apua riittämättömästi saavien osuus apua tarvitsevista (%)	22.8	28.7	25.9	20.8
Apua riittämättömästi saavien osuus koko väestöstä (%)	10.3	14.7	11.7	8.9
Vakava toimintarajoite (%)			40.2	38
Sanomalehtitekstin lukemisessa suuria vaikeuksia kokeneet, osuus (%)			7.3	6.5
Keskustelun kuulemisessa suuria vaikeuksia kokeneet, osuus (%)			11	9.7
Toimintakyvyltään heikentynyttä henkilöä säännöllisesti kotona selviytymään auttavien osuus (%)			8	6.1
ELINTAVAT JA RISKITEKIJÄT				
Elintavat ja riskitekijät				
Lihavien osuus (kehon painoindeksi BMI>=30 kg/m2) (%)	17.6	13.7	18.8	19.1
Ylipainoisten osuus (kehon painoindeksi BMI >= 25 kg/m2) (%)			60.2	62.8
Päivittäin tupakoivien osuus (%)	3.2	3.4	2.5	3.2
Vapaa-ajan liikuntaa harrastamattomien osuus (%)	32.9	37.1	35	35
Vakituisesti useita tunteja viikossa vähintään kuntoliikuntaa harrastavien osuus (%)			10.1	9.6
Niukasti tuoreita kasviksia ravinnossaan käyttävien osuus (%)	38.4	43.1	63.9	65.1
Niukasti tuoreita että kypsennettyjä kasviksia ravinnossaan käyttävien osuus (%)	30.8	34.5		
Ravitsemus				
Ei kertaakaan viikon aikana hedelmiä tai marjoja syöneiden osuus (%)	2.5	0.5		
Ei kertaakaan viikon aikana kalaa syöneiden osuus (%)	9.1	6.9		
Ei kertaakaan viikon aikana tummaa leipää syöneiden osuus (%)	5.7	3.7		
Päivittäin rasvaisia juustoja syövien osuus (%)	13.4	12.4		
Voita tai voi-kasviöljyseosta päivittäin käyttävien osuus (%)	50.1	46.7	64.5	65.1
Ei kertaakaan viikon aikana kasviöljyä tai juoksevaa kasviöljyvalmistetta käyttävien osuus (%)	27.8	22.1		
Päivittäin sokeroituja mehuja tai virvoitusjuomia juovien osuus (%)	7.6	10.2		
Pullaa, viineriä, keksejä, kakkuja ym. leivonnaisia päivittäin syövien osuus (%)	17	18.6		

Suklaata tai muita makeisia päivittäin syövien osuus (%)	7.1	10.4		
Kasviksia ja hedelmiä ravitsemussuositusten mukaisesti käyttävien osuus (%)			30.4	29.2
Niukasti hedelmiä tai marjoja ravinnossaan käyttävien osuus (%)			47.9	47.2
PALVELUT				
Palveluiden tarve ja käyttö				
Vähintään kerran 12 viime kk aikana terveyskeskuslääkäripalveluita käyttäneiden osuus (%)	81.5	88.5		
Vähintään kerran 12 viime kk aikana yksityislääkäripalveluita käyttäneiden osuus (%)	48.8	56		
Niiden osuus, jotka ilmoittavat etteivät ole saaneet riittävästi tietoa kuntansa palveluista (%)	23.1	20.6		
Niiden osuus, jotka eivät ole saaneet tarpeeseensa nähden riittävästi terveyskeskuslääkärin palveluita (%)	19.3	16.7		
Terveyskeskuslääkärin palveluita riittämättömästi saaneiden osuus koko väestöstä (%)	14.9	13.4		
Niiden osuus, jotka ovat saaneet tarpeeseensa nähden riittävästi liikuntapalveluita (%)	84.1	85.6		
Liikuntapalveluita riittämättömästi saaneiden osuus koko väestöstä (%)	6.2	4.7		
Sosiaalitukeen liittyviä palveluita riittämättömästi saaneiden osuus koko väestöstä (%)	1.8	2.6		
Lääkärin vastaanottopalveluita riittämättömästi saaneiden osuus, (%) tarvinneista			17.2	20.9
Hoitajan vastaanottopalveluita riittämättömästi saaneiden osuus, (%) tarvinneista			14	16
Hammaslääkärin palveluita riittämättömästi saaneiden osuus, (%) tarvinneista			18.7	17.6
Vanhusten kotihoitopalveluita riittämättömästi saaneiden osuus, (%) tarvinneista			31.5	
Muita vanhusten palveluja riittämättömästi saaneiden osuus, (%) tarvinneista			38.3	
Vammaispalveluja riittämättömästi saaneiden osuus, (%) tarvinneista			38.2	
Sosiaalityön palveluita riittämättömästi saaneiden osuus, (%) tarvinneista			43.5	
Kelasta toimeentulotukea riittämättömästi saaneiden osuus, (%) tarvinneista			63.6	
Kunnan toimeentulotukea riittämättömästi saaneiden osuus, (%) tarvinneista			81.3	
Terveyden edistäminen ja sairauksien ennaltaehkäisy				
Niiden osuus, jotka ovat saaneet influenssarokotuksen 12 viime kk aikana (%)	53.2	62.6	62.8	63.7

Niiden osuus, joilta terveydenhuollon ammattilainen on mitannut verenpaineen 12 viime kk aikana (%)	77.5	79.4	71.5	66.7
Niiden osuus, joilta terveydenhuollon ammattilainen on mitannut sokeripitoisuuden 12 viime kk aikana (%)	67.8	71.4	65.8	64.6
Niiden osuus, joilta terveydenhuollon ammattilainen on mitannut kolesterolipitoisuuden 12 viime kk aikana (%)	62.8	62.2	62.9	64
Niiden osuus, joilta terveydenhuollon ammattilainen on mitannut vyötärön ympäryksen 12 viime kk aikana (%)	16.5	10.6		
Terveyspalvelujen saatavuus ja saavutettavuus				
Koki terveyspalvelujen saatavuuden hyväksi (%)			31.6	37.8
Hoitopaikkaan riittävän nopeasti yhteyden saaneiden osuus (%)			36.7	43
Vastaanottoajan riittävän nopeasti terveydenhuollossa saaneiden osuus (%)			29.2	33.6
Tutkimuksiin ja hoitoihin riittävän nopeasti terveydenhuollossa päässeiden osuus (%)			39.8	39
Hankalat aukioloajat haitanneet hoidon saantia, (%) terveyspalveluja käyttäneistä			31.3	32.4
Hankalat matkat haitanneet hoidon saantia, (%) terveyspalveluja käyttäneistä			34.1	37
Korkeat asiakasmaksut haitanneet hoidon saantia, (%) terveyspalveluja käyttäneistä			20.5	23.3
Sosiaalipalvelujen saatavuus ja saavutettavuus				
Odotusaika sosiaalipalveluun alle viikon tai ei yhtään, (%) sosiaalipalveluja käyttäneistä			45.2	36.8
Sosiaalipalveluun riittävän nopeasti päässeet, (%) sosiaalipalveluja käyttäneistä			36.9	31.4
Hankalat aukioloajat haitanneet palvelun saantia, (%) sosiaalipalveluja käyttäneistä			35.6	43.6
Hankalat matkat haitanneet palvelun saantia, (%) sosiaalipalveluja käyttäneistä			38.3	34.6
Korkeat asiakasmaksut haitanneet palvelun saantia, (%) sosiaalipalveluja käyttäneistä			29.4	31.5
Palvelujen yhdenvertaisuus				
Luottaa terveyspalveluiden tasavertaisuuteen ja oikeudenmukaisuuteen (%)			78.8	80.2
Luottaa sosiaalipalveluiden tasavertaisuuteen ja oikeudenmukaisuuteen (%)			73.8	74.2
Oma taloudellinen tilanne vaikeuttanut hoidon saantia, (%) terveyspalveluja käyttäneistä			15.1	16.7
Oma taloudellinen tilanne vaikeuttanut palvelujen saantia, (%) sosiaalipalveluja käyttäneistä			27.5	25.5
Palvelujen toimivuus				
Luottaa terveyspalveluiden toimintaan (%)			84.7	84.1

Luottaa terveyspalveluiden henkilöstöön (%)			88.3	90.6
Luottaa sosiaalipalveluiden toimintaan (%)			71.9	72.1
Luottaa sosiaalipalveluiden henkilöstöön (%)			76.1	77.2
Asioi aina tai usein saman lääkärin kanssa (%)			47.7	51.6
Asioi aina tai usein saman hoitajan kanssa (%)			40.1	48.5
Halukkuus käyttää verovaroja terveyden- ja sairaanhoitoon vähintään nykyinen määrä (%)			97.6	97
Halukkuus käyttää verovaroja sosiaalipalveluihin vähintään nykyinen määrä (%)			94	91.6
Halukkuus käyttää verovaroja tulonsiirtoihin vähintään nykyinen määrä (%)			85.7	81.9
Palvelujen integraatio				
Koki palvelun sujuvaksi, (%) terveyspalveluja käyttäneistä			60	61.7
Koki palvelun sujuvuudessa ongelmia, (%) terveyspalveluja käyttäneistä			40	38.3
Koki palvelun tiedonkulun sujuvaksi, (%) terveyspalveluja käyttäneistä			49.9	53.2
Hoidon saantia haittasi pompottelu palvelupisteestä toiseen, (%) terveyspalveluja käyttäneistä			27.5	27.2
Hoidon saantia haittasi tietojen kysely useaan kertaan, (%) terveyspalveluja käyttäneistä			43.9	43.9
Hoitosuunnitelma tehty, osuus pitkäaikaissairaista (%)			42.9	40.5
Koki palvelun sujuvaksi, (%) sosiaalipalveluja käyttäneistä			54.9	52.1
Koki palvelun sujuvuudessa ongelmia, (%) sosiaalipalveluja käyttäneistä			45.1	47.9
Koki palvelun tiedonkulun sujuvaksi, (%) sosiaalipalveluita käyttäneistä			42.7	40.6
Palvelun saantia haittasi pompottelu palvelupisteestä toiseen, (%) sosiaalipalveluja käyttäneistä			32.5	35.4
Palvelun saantia haittasi tietojen kysely useaan kertaan, (%) sosiaalipalveluja käyttäneistä			44.1	49.3
Valinnanvapaus				
Tietää mahdollisuudesta valita terveysasema (%)			60.1	54.9
Tietää mahdollisuudesta valita erikoissairaanhoidon hoitopaikka (%)			44.9	42.4
Tietää mahdollisuudesta valita terveydenhuollon ammattihenkilö (%)			43.7	44.4
Tietää mahdollisuudesta hakeutua hoitoon toiseen EU-maahan (%)			24.4	19.2
Kokee, että on vaihtoehtoja valita terveysasema (%)			41.6	39.4

Kokee, että on vaihtoehtoja valita sairaala (%)			35.3	35.5
Kokee, että on vaihtoehtoja valita lääkäri (%)			47.3	47
Kokee, että on vaihtoehtoja valita hoitaja (%)			41.3	43
Riittävästi vertailutietoa palveluntuottajista (%)			53.7	46.9
Riittävästi tietoa hoitopaikkojen lääketieteellisestä laadusta (%)			45.1	37.5
Riittävästi tietoa asiakastyytyväisyydestä (%)			51.8	46.6
Riittävästi tietoa hoitopaikkojen jonotusajoista (%)			40.9	34.8
Riittävästi tietoa hoitopaikkojen palveluvalikoimasta (%)			39.8	33.9
Riittävästi tietoa, miten toimia jos vaihtaa terveyssemaa (%)			33	28.5
Riittävästi tietoa, miten toimia jos vaihtaa sairaalaa (%)			29.2	24.6
Terveysasemaa vaihtaneet, osuus väestöstä (%)			2.8	2.6
Terveysasemaa vaihtaneet, osuus käyttäneistä (%)			3.4	3.2
Sairaalaa vaihtaneet, osuus käyttäneistä (%)			4.4	4.5
Palvelujen asiakaslähtöisyys				
Myönteinen asiakaskokemus terveyspalveluissa (%)			47.4	49.8
Riittävä vastaanottoaika terveyspalveluissa (%)			46.9	51.4
Riittävästi aikaa kysyä terveydentilasta ja hoidosta (%)			47	49.9
Asiat selitettiin ymmärrettävästi terveyspalveluissa (%)			52.9	53.6
Sai osallistua omaa hoitoa ja tutkimuksia koskeviin päätöksiin (%)			40.2	39.7
Myönteinen asiakaskokemus sosiaalipalveluissa (%)			41.9	46.1
Riittävä vastaanottoaika sosiaalipalveluissa (%)			46.5	51.3
Riittävästi aikaa kysyä omasta sosiaalipalvelustaan (%)			45.7	53.3
Asiat selitettiin ymmärrettävästi sosiaalipalveluissa (%)			54	57.6
Sai osallistua itseä koskeviin päätöksiin sosiaalipalveluissa (%)			39.4	47
Palvelujen omarahoitus				
Koki asiakasmaksun kohtuulliseksi sosiaalipalveluissa, osuus palveluista maksaneista (%)			72.2	71.5
Hankkinut yksityisen sairausvakuutuksen (%)			3.6	4.5
Sähköiset palvelut				
Asioinut sosiaali- ja terveyspalveluissa internetin välityksellä (%), palveluja tarvinneista			36.2	35.2
Asioinut lääkärin kanssa internetin välityksellä (%)			13.3	12.8
Asioinut hoitajan kanssa internetin välityksellä (%)			18.1	17.7

Asioinut muun terveydenhuollon ammattilaisen kanssa internetin välityksellä (%)			10.2	7.8
Asioinut sosiaalityöntekijän tai -ohjaajan kanssa internetin välityksellä (%)			1.9	1.5

LIITE 2

Monialaisen Kanta-Hämeen omaishoidon tuen valmisteluprosessin aikana tunnistetut omaishoidon tuen osa-alueet, jotka halutaan toteutuvan maakunnan toiminnassa

OMAISHOITOSUHTEEN TUKEMINEN

Omaishoitajaa tukemaan on

- nimetty oma osaava työntekijä, jonka tavoitettavuus on hyvä, yhteydensaantikeinot tiedossa ja joka tuntee perheen tilanteen hyvin
- muodostettu sellainen tuen, ohjauksen, neuvonnan ja palveluiden kokonaisuus, joka on yksilöllisiä tilanteita palveleva (mm. perhehoidon roolia ja tunnettuutta on lisätty)
- valjastettu omaishoitoperheen asioissa mukana olevien työntekijöiden aito kiinnostus, kuunteleva, auttava ja positiivinen asenne

Asiakassuunnitelman rooli ja sisältö omaishoitotilanteessa on

- hyödyntää monipuolista osaamista: tehdä kattava taustojen selvitys, hoidettavan toimintakyky ja avun tarve on siihen kirjattu ja kaikkien osapuolten sitoutuminen järjestelyyn varmistettu
- yksilöllisyyden huomioimisen varmistaminen

Vaikka toimeksiantosuhdetta omaistaan hoitavaan ei solmittaisi, Kanta-Hämeessä

- kerrotaan mahdollisista perheen tilanteeseen sopivista tukitoimista ja työntekijä kyselee jatkossa perheen kuulumisia vähintään kerran vuodessa
- tehdään tiedotustyötä: muistutetaan asukkaita siitä, minkä vuoksi on tärkeää pyytää apua ennen kuin uupuu

OMAISHOIDON KOKONAISUUDEN KEHITTÄMINEN

Kehittäminen onnistuu parhaiten ottamalla mukaan omaishoitajat ja järjestöt.

Omaishoidon tuen palveluiden järjestämiskeinoina käytetään

- vertaistukea, kuuntelua
- yksilöllisten ratkaisuiden toteuttamista
- palveluiden piiriin pääsemisen madaltamista
- säännöllisiä useamman kerran vuodessa toteutuvia työntekijän tukikäyntejä / muita yhteydenottotapoja

Laadun valvonta ja seuraamista toteutetaan

- säännöllisillä usein toistuvilla kotikäynneillä
- asiakastyytyväisyyskyselyillä
- mahdollisuudella tehdä ilmoituksia, reklamaatioita ja muistutuksia

Palautetta kerätään

- helposti vastattavilla koordinoiduilla kyselyillä, joissa monenlaisia kanavia ja vaihtoehtoja vastaamistavalle
- vuosittaisilla käynneillä
- tiedottamalla etukäteen aikeista kerätä palautetta, jotta vastaajat ehtivät jäsentää ajatuksiaan

OMAISHOIDON TUEN KOKONAISUUDEN TOIMINTAMAAILMAN KESKEISET ELEMENTIT

Tiedolla on keskeinen rooli:

- käytetään monikanavaista viestintää: on verkkosivut, chat, lehti-ilmoituksia. Omaishoitoa käsitellään medioissa. Erilaisissa sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä ja toiminnoissa henkilöstö osaa neuvoa ja niistä löytyy asiaa koskevia esitteitä ja oppaita
- omaishoitoa koskevassa vuoropuhelussa sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden kesken
- helposti saavutettavissa olevassa asiakas- ja palveluohjauksessa ja matalan kynnyksen palvelupisteissä
- yhteystiedot ovat helposti löydettävissä
- Omaishoidon valmennus on sillä tavoin avointa, että kuka vaan kiinnostunut voi osallistua – ei tarvita ensin päätöstä omaishoidon tuen myöntämisestä

Maakunnalla on yhteiset myöntämiskriteerit,

- jotka on avattu ja tehty ymmärrettäviksi mm. erilaisin esimerkein asiakkaille ja ammattilaisille
- jotka ovat niin selkeät, että oman tilanteensa pystyy tarkistamaan niiden pohjalta
- jotka ovat yhdenvertaiset mutteivät tasapäistävät, ottavat yksilöllisyyden huomioon ja ovat joustavat
- jotka linjaavat, mitä tapahtuu, kun tilanne muuttuu omaishoitosuhteessa
- joiden muutoksista viestitään hyvissä ajoin

Maakunnalla on yhteinen omaishoidon tukea koskeva tietopaketti,

- joka helpottaa omaishoitajien tilannetta vaikka he muuttaisivat maakunnan sisällä
- joka auttaa uusien työntekijöiden perehdyttämisessä varmistaen yhtenäisen toimintatavan

Omaishoidon tuen hakeminen

- käynnistetään kaikissa niissä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa, jossa tilanne huomataan / tunnistetaan ilman että aluksi odotetaan omaishoitoperheen kirjallisen hakemuksen saapumista
- ei ole riippuvainen kaikkia koskevista vaatimuksista toimittaa lääkärinlausunto
- huomioi muutokset: jos joskus on hakija on saanut kielteisen päätöksen, se ei lannista, vaan asia jää ikään kuin vireille ja odottamaan; esim. puolen vuoden välein joku soittaa ja kysyy onko tilanne perheessä muuttunut

Ensimmäinen palvelutarpeen arviointi sisältää parhaimmillaan…

- yksilöllisten, oikea-aikaisten palvelujen suunnittelemisen keskustelun pohjalta
- kaikkien osallistamisen keskusteluun ja sen sisältöihin: myös lähipiirin huomioimisen, esim. muu perhe, aikuiset lapset, isovanhemmat
- perheen kokonaistilanteen huomioimisen (esim. tukiverkostot alueella)
- omaishoitajan ja perheen resurssien huomioimisen (piilevät voimavarat, tarve koulutukseen, omaishoitajan terveydentila)
- vapaapäiväkäytänteiden läpikäymisen
- luottamuksen ja keskusteluyhteyden syntymisen

Päätös palvelutarpeen arvioinnin jälkeen

- on sellainen mitä omaishoitaja tietää odottaa keskustelujen pohjalta ja tietää koska odottaa
- sisältää selkeät tiedot yhteyshenkilöstä
- ollessaan kielteinen sisältää ohjeet siitä mitä vaihtoehtoisia palveluja olisi mahdollista olla käytössä ja niiden yhteystiedot
- sisältää paikallisen omaishoitoyhdistyksen yhteystiedot

Toimeksiantosuhteen aikana yhteistyö sisältää

- säännölliset terveystarkastukset omaishoitajalle (joka toinen vuosi)
- tapaamiset vähintään kerran vuodessa oman työntekijän kanssa
- koulutusta/valmennusta
- oman työntekijän saavutettavuutta, helppoutta ottaa yhteyttä
- ohjeet miten toimia muutostilanteissa
- vapaapäivien käytön seurantaa

Toimeksiantosuhteen aikana yhteistyötä on myös

- suhteessa perhehoitoon
- säännöllisin omaishoitokirjein (kertovat palveluvaihtoehdoista)
- hoitopaikkojen tutustumisilloissa
- virkistyspäivinä

Omaishoitosuhteen päättyessä

- toteutuu hallittu ja ennakoiva siirtymä
- rakennetaan tukiverkosto omaishoitajalle (siirtymäaika)
- käytetään järjestöjen oppaita
- tuetaan omaishoitajan kuntoa
- omaishoitaja saa vertaistukea

OMAISHOIDON TUEN RESURSSIT

Omaishoidon organisoiminen vastuutyöntekijöille on toimivin keino, vaikkakin haavoittuvainen.
Työntekijän omaishoitoperheiden määrän tulisi suhteutua siihen mitä muuta työtä hänellä on ja millaisia tilanteita perheissä on, koska henkilökohtainen tuttuus on olennaista.

Omaishoidon seurannan osalta

- isoon alueelliseen kokonaisuuteen tulee luoda ne hyvät käytännöt ja tuntumat perheisiin, jotka ovat totta nyt pienemmillä alueilla
- tarvitaan tilastoanalyysia
- tiedon keräämisen tapana ensisijassa puhelin ja henkilökohtaiset kontaktit perheeseen, myös verkostot mahdollistettava sähköisissä järjestelmissä

Kumppanuudessa järjestöjen ja yhdistysten kanssa ominaista on, että

- järjestöjen keskinäinen yhteistyö toimii
- asiakas- ja palveluohjaus on niiden kontaktina maakuntaan
- järjestetään yhteisiä koulutuksia ja hyödynnetään tyhjiä tiloja
- järjestöjen rahallinen tuki on ratkaistu

Omaishoidon tukea saavat ja omaishoitajat ovat myös osa kokonaisuuden resursseja

- vertaistuen ja kerhojen, yhdistystoiminnan kautta
- osallisina uuden suunnittelussa ja toiminnan kehittämisessä

Maakunnan kattavat yhteiset palkkiokäytännöt …

- on yhdenmukaistettu keskitason tai vähän sen yli mukaisesti
- vaikuttavat johdonmukaisesti siihen tehdäänkö päätökset toistaiseksi voimassaolevina vai määräaikaisina
- tarkoittavat kaikille samoja hoitopalkkioluokkia vaikka harkinnanvaralle on jätetty tilaa

Omaishoidon tuen osalta budjetoidaan palkkiomäärärahat, mutta varaudutaan myös

- vapaiden järjestämiseen joustavasti
- riittäviin henkilöstöresursseihin
- muihin tukipalveluihin
- matkakustannuksiin
- hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen liittyviin asioihin jaksamisen tueksi
- kriisiapuun
- valmennuksiin
- hyvinvointi- ja terveystarkastuksiin
- kuntoutukseen ja tilapäisjärjestelyihin
- markkinointiin ja tiedotukseen

LIITE 3

Kanta-Hämeen ikääntyneiden yhteen sovitettujen palvelujen kehittämisohjelman sisältö.

Ihmislähtöisyys ja asiakkaan tarpeiden huomiointi palveluissa

Tavoite: Ikääntyneen rooli palveluissa on oman elämänsä asiantuntijan rooli

Toimenpiteet	Seuranta
Asiakkaan näkemyksen kirjaaminen ja hänen omien tavoitteidensa asettaminen on pakollinen toiminto sähköisissä suunnitelmalomakkeissa ja palvelutarpeen arvioinnissa	Toteutunut kaikissa lomakkeissa ja arvioinneissa
Automaattisia hälytyksiä em. kirjausten puutteesta seurataan yksiköittäin / tiimeittäin puolivuosittain osana suunnitelmatyöskentelyä	Asiakkaan näkemys ja tavoitteet on kirjattu palveluja koskeviin suunnitelmiin 3 kk sisällä palvelun aloittamisesta ja heti palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä

Tavoite: Ikääntyneen itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen

Toimenpiteet	Seuranta
Seurataan asiakastietojärjestelmiin tehtyjen kirjausten tilastoinnin ja sisällön käsittelyn kautta yksiköittäin / tiimeittäin tilanteita, joissa asiakkaan itsemääräämisoikeuteen on jouduttu puuttumaan / vaikuttamaan	Toteutunut puolivuosittain
Kootaan vuosittain hyviä käytäntöjä, joita yksiköissä / tiimeissä on kehitetty itsemääräämisoikeuden toteutumisen varmistamiseksi ja sitä koskevien konfliktitilanteiden vähentämiseksi	Käytännöt on koottu ja levitetty toimijoiden tietoon

Tavoite: Asiakkaat ovat mukana palveluiden kehittämisessä

Toimenpiteet	Seuranta
Maakunnassa toimii säännöllisesti kokoontuva ikääntyneiden asiakasraati; asiakastyytyväisyyskysely- ja asiakaspalautejärjestelmät on organisoitu sekä johdonmukaisessa käytössä; ja ikääntyneiden palveluiden kehittämisessä hyödynnetään erilaisia asukas- ja omaisryhmiä.	Asiakasraadin kokousten määrä / vuosi
	Raatilaisten kokemukset työskentelyn hyödyllisyydestä valtuustokausittain
	Asiakastyytyväisyyskyselyt toteutetaan vuosittain ja asiakaspalautejärjestelmät sekä palautteiden käsittelytavat on organisoitu ja ne toteutuvat sovitusti
	Kehittämiseen osallistuneiden asukas- ja omaisryhmien määrä / vuosi

Kokemusasiantuntijuutta käytetään vuosittain ikääntyneiden palveluiden kehittämisessä, arvioinnissa ja suunnittelussa	Kokemusasiantuntijoiden kanssa tehtyjen kehittämisprojektien määrä / v
	Kokemusasiantuntijoiden kokemukset työskentelytavan hyödyllisyydestä projekteittain
Palvelumuotoilun menetelmiä sovelletaan kehittämistyössä	Palvelumuotoilutekniikoita soveltavien kehittämisprojektien määrä / v

Tavoite: Panostetaan ohjaukseen apuvälineiden käytössä ja helpotetaan niiden saatavuutta

Toimenpiteet	Seuranta
Apuvälineiden käyttöön on saatavilla eri tavoin toteutettuja ohjeistuksia (kirjalliset tekstilomakkeet, videot, kuvat) henkilökohtaisen opastuksen lisäksi	Apuvälineiden opastuksen toteuttamisen vastuut on määritelty selvästi eri toimijoiden välillä
	Toteutuu: seurataan asiakaspalautetta siitä miten helposti ohjeet ovat apuvälinettä käyttävän asukkaan saatavilla
Apuvälineisiin tutustumisen mahdollisuuksia varten on organisoitu erityisiä tiloja	Seudullinen tasa-arvoisuus toteutuu
	Kävijämäärien seuranta / v / yksikkö
Välineiden saatavuus järjestetään nopeaksi ja joustavaksi asiakkaan näkökulmasta	Apuvälineprosessi on suunniteltu em. kriteerien perusteella
	Myöhemmin määriteltävin apuvälineluokin seurataan keskimääräistä aikaa, missä asiakas saa tarvitsemansa tai haluamansa välineen / v

Eriarvoisuuden estäminen

Palveluiden siirtyminen kauemmas estetään

Tavoite: Maakuntaan organisoidaan kattavat ja helposti saavutettavat neuvontapalvelut

Toimenpiteet	Seuranta
Neuvontapalveluiden fyysisessä saavutettavuudessa lähdetään vähintään seudullisuuden toteutumisesta. Lisäksi neuvontapalvelut ovat tavoitettavissa puhelimitse ja sähköisesti (viestit, chat-palvelu).	Seudullisuus toteutuu, puhelinkontaktit ja chat-palvelut ovat käytettävissä. Neuvonnan lähipalveluominaisuutta toteutetaan myöhemmin sovittavalla tavalla.
Käyttöönotetaan takaisinsoittojärjestelmä ja laatulupaus sähköisten palveluiden vasteajasta	Takaisinsoittojärjestelmä käytössä. Laatulupauksen seuranta asetettujen tavoitevasteaikojen mukaisesti.

Tavoite: Kotona asumisen tukemiseksi kiinnitetään erityistä huomiota lähipalveluiden pysymiseen kunnissa ja ikääntyneiden saatavilla

Toimenpiteet	Seuranta
Maakunnan oman toiminnan osalta palveluverkossa sitoudutaan ikääntyneiden arjessa olennaisten lähipalveluiden ylläpitoon koko maakunnan alueella	Lähipalvelut on määritelty ja ne ovat saavutettavissa jokaisen kunnan ikääntyneille asukkaille
Maakunnan toiminnassa viranomais-, poliittisella ja vaikuttamistoimielinten tasolla ja toimesta yhdessä kuntien kanssa vaikutetaan siihen, että asukkaiden arjessa tarvittavat lähipalvelut ovat saavutettavissa koko maakunnan alueella (esim. kauppa- ja apteekkipalvelut)	Vuosittain tehdyt toimenpiteet asian edistämiseksi
Kartoitetaan ikääntyneiden kantahämäläisten näkemyksiä lähipalveluiden saatavuudesta määräajoin	Kartoitus toteutetaan valtuustokausittain ja sitä hyödynnetään vaikuttamistyössä ja maakunnan toiminnan kehittämisessä

Tavoite: Kotona asumista tukevia palveluita kehitetään maakunnassa laajakatseisesti

Toimenpiteet	Seuranta
Kotona asumista tukevien palveluiden maakunnan kaikkia toimialoja (esim. sote ja pelastuslaitos) koskeva yhteinen määritelmä laaditaan	Määritelmä on tehty ja sitä tarkastellaan valtuustokausittain
Koko sote-sektorin palvelurepertuaaria kehitetään siitä näkökulmasta miten se paremmin ja tehokkaammin tukee ikääntyneen arkea kotiolosuhteissa	Vuosittain tehdyt kehittämistoimenpiteet sote-sektoreilla, joiden tavoite on tukea ikääntynyttä kotona asumisessa uudella tavalla

Sähköiset palvelut

Tavoite: Sähköisten palveluiden turvallisuutta, saatavuutta ja saavutettavuutta kehitetään koko ajan

Toimenpiteet	Seuranta
Varmistetaan, että sähköiset palvelut toimivat turvallisesti ja häiriöttömästi. Erityisesti mikäli osa palveluista tarjotaan vain sähköisenä, tietoturvan tulee olla aukoton.	Palvelunestohyökkäysten aiheuttamien palvelukatkojen lukumäärä / v
Varmistetaan, että kokeiltavaan tai käyttöönotettavaan palveluun tarvittavat verkkoyhteydet ovat maakunnassa laajalti olemassa, jotta palvelun käyttö on aidosti mahdollista ikääntyneille	Asian varmistusten prosenttiosuus kokeilluista / käyttöönotetuista palveluista / v
Selvitetään millaisia kokonaiskustannuksia / investointeja kokeiltava tai käyttöönotettava palvelu vaatii ollakseen mahdollista ikääntyneille käyttää (mm. tarvittava laitteisto, yhteydet jne.) ja miten laitteiston turvallisuutta ylläpidetään (vrt. virustorjunnan ylläpito)	Selvitysten prosenttiosuus kokeilluista / käyttöönotetuista palveluista / v

Tavoite: Suunnittelussa ja käytännöissä huomioidaan erilaiset sähköisten palveluiden käyttäjäryhmät: vakiokäyttäjät, potentiaaliset käyttäjät, digitaidottomat

Toimenpiteet	Seuranta
Palveluiden käyttöönotossa tai kokeiluissa on arvioitu mitä ko. ratkaisu tarkoittaa, vaatii ja miten huomioi mainitut käyttäjäryhmät. Arvioiden perusteella tehdään suunnitelma palvelun kokeiluun tai käyttöönottoon eri käyttäjäryhmät huomioon ottaen	Tehtyjen arviointien ja suunnitelmien määrä / v
	Tehtyjen arviointien ja suunnitelmien %-osuus kaikista kokeiluiden ja käyttöönottojen kokonaismäärästä (ikääntyneille kohdistuneet)

Tavoite: Panostetaan ikääntyneiden tukemiseen, neuvomiseen, opastamiseen eriarvoistuvan kehityksen välttämiseksi

Toimenpiteet	Seuranta
Asiakas- ja palveluohjauksessa varaudutaan joka vuosi toimenpiteisiin, jotka kohdistuvat tukemisen, neuvomisen ja opastamisen keinoin digitaalisen eriarvoisuuden välttämiseen	Vuosittaiset toimenpiteet on tunnistettu ja niiden toteutumisesta raportoidaan

Tavoite: Viheralueilla asuvien ikääntyneiden tavoittamiseen erilaisin keinoin kiinnitetään erityistä huomiota

Toimenpiteet	Seuranta
Palveluiden kehittämisessä ja monipuolisuuden ylläpitämisessä kautta maakunnan maantieteellisen laajuuden otetaan huomioon teknologisten ratkaisuiden keinot	Vuosittain toteutettujen eritoten viheralueille kohdistettujen digitaalisten toimintojen ja palveluiden määrä ja sisältö

Digitalisaatio

Tavoite: Ikääntyneillä on käytössään tarvittavia laitteita digitalisaation mahdollisuuksien ja sähköisten palveluiden hyödyntämiseen

Toimenpiteet	Seuranta
Kartoitetaan ikääntyneillä olemassa olevien laitteiden yleisyys kehittämisen pohjaksi	Kartoitus tehty
Käyttöönotettavien ratkaisuiden osalta arvioidaan niiden käytännön hyödyntämismahdollisuus ikääntyneiden käytössä olevan laitteiston näkökulmasta sekä mahdollisesti uuden laitteiston hankkimisen / käyttöönoton kustannusten jakoperiaatteet ja siten ollen resurssitarpeet	Tehdyt arvioinnit / v
	Vuosittain tehtyjen linjausten määrä ja sisältö (millaisia linjauksia käyttöönotettujen ratkaisuiden kohdalla on tehty mahdollisten kustannusten kattamisesta ja jakamisesta)

Tavoite: Digitalisaatio ei aiheuta ikäihmisten syrjäytymistä palveluista ja yhteisöistä

Toimenpiteet	Seuranta
Kaikki ikääntyneet eivät osaa käyttää internetiä tai sähköisiä palveluja ja siksi niiden lisäksi on käytössä kattavasti muita tiedottamisen kanavia kuten lehti-ilmoituksia ja kirjeitä	On olemassa tiedottamisohje ja sovitut kanavat, joilla tiedottamista tehdään. Ikääntyneiden palveluiden tiedottamisen keinojen ja sisältöjen moninaisuutta seurataan vuosittain
Palveluita koskien on mahdollista saada ihmiskontakti puhelimitse tai tavaten sähköisten keinojen lisäksi	Täysin sähköisten palveluiden tai täysin sähköisen ohjauksen ja neuvonnan osuus toiminnasta / v
Syrjäytymisen estämiseksi tehdään yhdessä ikääntyneiden ja muiden asiaan vihkiytyneiden toimijoiden kanssa toimenpideohjelma ikääntyneiden käyttöosaamisen varmistamiseksi ja ylläpitämiseksi. Tämän toteutus resursoidaan vuosisuunnitelmiin. Ohjelmassa huomioidaan erilaiset käyttäjäryhmät sekä käyttökertojen taajuuden vaikutukset käyttöosaamiseen. Erityisfokuksessa ovat myös muistihäiriöitä sairastavat.	On koottu monitoimijainen ryhmä (ikääntyneiden lisäksi kunnat, nuoret, järjestöt ja yhdistykset) keräämään tietoa toteuttamistavoista ja -keinoista sekä laatimaan Kanta-Hämeen ikääntyneiden digitaalisen käyttöosaamisen ylläpidon ja varmistamisen ohjelma. Ohjelman valmistuttua sen ylläpitämisestä, päivittämisestä ja toteutumisesta raportoidaan vuosittain

Tavoite: Tekniset välineet, laitteet sekä sähköiset palvelut ovat ikäihmisten näkökulmasta helppokäyttöisiä ja turvallisia

Toimenpiteet	Seuranta
Välineiden, laitteiden ja sähköisten palvelujen käyttöönoton kokeiluihin eri toimintasektoreilla sisältyy kokemuksiin pohjautuva arvio niiden helppokäyttöisyydestä ja turvalisuudesta ikäihmisten kertomana, mikäli kokeiltava asia on aiottu ohjata ikääntyneiden käyttöön	Ikääntyneiden osallistumisen toteutuminen kokeiluissa, osuus ikääntyneisiin kohdistuneista kokeiluista / v. Ikääntyneiden helppokäyttöisyyttä koskevien arviointien vaikutus kokeilua koskeviin päätöksiin: vuosittainen raportointi
Varmistetaan välineiden, laitteiden ja sähköisten palvelujen samankaltaisuuden säilyminen ajassa osana kehittämistyötä - isot muutokset visuaalisessa ulkomuodossa, käyttölogiikassa tai käytettävyydessä vaikeuttavat niiden hyödyntämistä ikääntyneiden näkökulmasta	Osuus niistä ikääntyneiden käyttöön vuosittain tulevista ratkaisuista, joissa tämä näkökulma on huomioitu ja toteutettu käytännössä / v
Vaikutetaan siihen, että kehittäminen ja uudistukset ovat johdonmukaisia ja omaavat tuttuja elementtejä ikääntyneille kohdennettujen ratkaisuiden osalta	Ikääntyneille täysin uusien tai kokonaan uusittujen ratkaisuiden määrä (johdonmukaisuus ja tutut elementit puuttuvat) / v, osuus kaikista käyttöönotetuista ratkaisuista

Tavoite: Digitalisaation kehittämisessä ollaan tulevaisuusorientoituneita: tehdään digitalisaatio mahdolliseksi ja turvalliseksi ammattilaisten avulla mahdollisimman monille

Toimenpiteet	Seuranta
Ikääntyneiden palveluiden kokonaisuudessa haetaan proaktiivisesti ja tavoitteellisesti digitalisaation antamia mahdollisuuksia parempiin toimintamalleihin, ottaen huomioon edellä esitetyt vaatimukset osaamisen ylläpidolle, helppokäyttöisyydelle sekä johdonmukaisuudelle	Uusien digitalisaatioon liittyvien kokeiluiden tai toimintamallien käyttöönottojen määrä / v
	On olemassa ja voimassa pidemmän aikavälin päivitettävä tavoitteellinen suunnitelma digitalisaation hyödyntämiseksi ja kehittämisen keihäänkärjiksi ikääntyneiden palveluiden kokonaisuudessa
Huolehditaan siitä, että jokaisella työntekijällä on riittävät digitaidot ja palveluhenkisyys tukea asiakasta missä tahansa digiasiassa ja korostetaan kohtaamisen tärkeyttä	Työyksiköihin on nimetty digiagentit, jotka kouluttavat muita digiasioissa
	Maakuntaorganisaatiossa on lanseerattu digikoulutus (esim. digipassi tai vastaava), jonka suorittavat kaikki työntekijät
	Asiakaskokemusta siitä millaista digitukea ikääntyneet kokevat saaneensa ikääntyneiden palveluiden työntekijöiden toimesta seurataan säännöllisesti

Ennaltaehkäisevien toimien lisääminen

Ennaltaehkäiseviä palveluja on saatavilla

Tavoite: Liikuntaharrastusmahdollisuuksia lisätään, aktiivista kuntoilua ja kuntoutumista ennen sairastumisia (mm. lihaskunnon parantaminen) tuetaan

Toimenpiteet	Seuranta
Voimaa Vanhuuteen -toimintaohjelman kautta ikääntyneiden palveluiden kokonaisuus tekee tiivistä yhteistyötä kuntien liikuntatoimien ja yhdistys- sekä järjestötoimijoiden kanssa	Voimaa vanhuuteen -toiminnan kattavuus maakunnassa
Liikuntamahdollisuudet ovat kaikkien ulottuvilla tulo- ja varallisuustasosta riippumatta.	Ikääntyneille suunnattujen liikuntaharrastus-mahdollisuuksien osallistumismaksut ovat kautta maakunnan matalalla tasolla
Ikääntyneiden palveluiden työntekijöiden työssä toteutetaan kokeiluja, joiden tarkoitus on edistää ikääntyneiden liikkumista	Toteutetut kokeilut /v

Tavoite: Kulttuurin ja taiteen merkitystä ennaltaehkäisevänä toimintana korostetaan ja kartoitetaan niiden mahdollisuuksia ja keinoja toimia ennaltaehkäisevässä roolissa

Toimenpiteet	Seuranta
Kulttuuriin ja taiteeseen ennaltaehkäisevänä toimintana laaditaan oma toimintasuunnitelmansa valtuustokausittain	Laadittu, toteutumista seurataan ja arvioidaan

Tavoite: Erityis- ja riskiryhmät on huomioitu ennaltaehkäisevissä toiminnoissa

Toimenpiteet	Seuranta
Näiden ryhmien tunnistamiseen on toimintamallit olemassa ko. toimintoon sovellettuina	Toimintamallien olemassaolo

Tavoite: Ennaltaehkäisyyn panostetaan riittävät resurssit, ennaltaehkäisyyn liittyvien kustannushyötyjen esiin tuominen

Toimenpiteet	Seuranta
Maakunnallisessa toiminta- ja taloussuunnittelussa on oma ikääntynyttä väestöä koskevia ennaltaehkäiseviä toimia kokoava osionsa, jonka seurannassa ja arvioinnissa toteutuu myös kustannushyötyjen analysointi	Toteutunut

Tavoite: Muun toiminnan kuin sotepalveluiden ennaltaehkäisevän roolin korostaminen ja niiden kohdentamisen suunnittelu

Toimenpiteet	Seuranta
Liikunnan, kulttuurin ja taiteen lisäksi on tunnistettu muut yhteiskunnalliset toiminnot, joilla on ikääntyneiden terveyden ja toimintakyvyn ylläpitämisen ja siihen liittyvien ongelmien ennaltaehkäisyn näkökulmasta rooli	Tehty
Tunnistettujen toimintojen ja niiden edustajien kanssa on tehty vastaavat suunnitelmat kuin kulttuuri- ja taidetoimijoiden kanssa ja Voimaa vanhuuteen -toiminnan puitteissa liikuntatoimijoiden kanssa	Toteutunut

Tavoite: Maakunta ohjaa suunnitelmallisesti resurssejaan tukemaan taloudellisesti ikääntyneiden kulttuuri- taide- ja liikuntatoimintaa osana palvelurepertuaariaan

Toimenpiteet	Seuranta
Analysoidaan ja tehdään päätösehdotukset niistä liikunnallisista / kulttuurisista / taiteeseen liittyvistä toiminnoista, joita tukemalla edistetään ikääntyneiden omaa toimintaa terveytensä ja hyvinvointinsa edistämiseksi ja joilla on ennaltaehkäisevän työn kannalta merkitystä	Päätökset tehty ja voimassa

Tavoite: Panostetaan yhdessä terveyspalveluiden kanssa ikääntyneiden osalta olennaisten ennaltaehkäisevien käytäntöjen kehittämiseen

Toimenpiteet	Seuranta
Osallistetaan ikääntyneitä kertomaan millaisissa terveyspalveluissa ennaltaehkäisevillä toimilla on kehittämisen tarpeita	Toteutuu valtuustokauden alussa, yhteistyö vanhusneuvostojen kanssa
On laadittu asiaa koskeva toimenpideohjelma seurantoineen ja arviointeineen valtuustokaudeksi	Toteutunut

Riittävän aikainen apu

Tavoite: Kattavalla palvelutarpeen arvioinnilla varmistetaan kotona asumisen tukeminen ja järjestetään oikea apu oikea-aikaisesti

Toimenpiteet	Seuranta
Varmistetaan, että asiakkaan palvelutarpeen arviointiin perustuvat palvelut ja tukitoimet alkavat viimeistään 7 päivän sisällä havainnosta ja kiireellisissä tilanteissa välittömästi	Palvelukohtaiset odotusajat, puolivuotisseuranta

Tavoite: Kaikilla on yhteisvastuu ikäihmisistä

Toimenpiteet	Seuranta
Käytössä on luotettavia matalan kynnyksen kanavia tai henkilökohtaisen yhteydenoton mahdollisuuksia nostaa esiin huolta yksilö- tai väestötasolla ikäihmisistä	Kanavien olemassaolo ja niiden kautta tulleet yhteydenotot / v
Käytössä on matalan kynnyksen kanavia tehdä ehdotuksia tai ilmoittautua itse vapaaehtoiseksi mukaan ikäihmisten parissa toteutuvaan toimintaan	Kanavien olemassaolo ja niiden kautta tulleet yhteydenotot / v

Yksinäisyyden torjunta

Tavoite: Kehitetään monimuotoisia keinoja ongelmaksi koetun yksinäisyyden torjumiseksi ja poistamiseksi

Toimenpiteet	Seuranta
"Löytävä työ" -toimintamalli suunnitellaan yhteistyössä vanhusneuvostojen, kuntien, seurakuntien, järjestöjen ja yhdistysten kanssa	Malli valmis ja toiminnassa vuonna 2023
Osana järjestö- ja yhdistystoiminnan säännöllistä yhteistyötä pidetään yllä vuosittaisena kehittämisen teemana motivaation tukemisen keinojen kehittämistä, jotta ikääntyneiden osallistuminen ja osallisuus toteutuisi	Vuosittain teema löytyy yhteistyössä tehtävän kehittämisen sisällöistä
Kotona asumisen tukemiseen kehitetään uusia joustavia keinoja ja välineitä, joiden tavoitteena on yksinäisyyden torjunta	Tavoitteeseen pyrkivien keinojen kehittämisen määrä / valtuustokausi

Digitalisaation keinot yksinäisyyden poistamiseksi otetaan käyttöön: sosiaalisten kontaktien ylläpito erilaisilla kanavilla on mahdollista, kontaktien ottaminen ja ylläpito muihin kuin ammattilaisiin on mahdollista: näitä koskevia erilaisia pilotteja käynnistetään	Digitaalisten keinojen käyttöönoton määrä / valtuustokausi alli valmis ja toiminnassa vuonna 2023
	Ikäihmisillä on käytössään digitaalisia kanavia, joissa he voivat ylläpitää sosiaalisia kontaktejaan läheisiinsä, omaisiin tai toisiinsa
	Asiaa koskevien pilottien määrä / v
Eri ikäryhmien välisen yhteistyön ja -toiminnan muotoja vahvistetaan antamalla koordinointi- ja organisointitukea	Eri-ikäisten yhteistyön kehittämisen koordinointi ja tukivastuu on määritelty

Syrjäytymisen ehkäisy

Tavoite: Tuetaan kuntia kulkemisen mahdollisuuksien ja julkisen liikenteen toimivuuden parantamisen haasteessa

Toimenpiteet	Seuranta
Liikkumista tukevien palveluiden vahva tukeutuminen kuntien palveluliikenteeseen toteutetaan valmistelusuunnitelmien mukaan	Palveluliikenteen %osuus liikkumista tukevien palveluiden järjestämistapana

Uudenlaisia yhteisöllisiä asumismuotoja ikääntyneille

Asuminen edellä

Tavoite: Ikäihmisten erilaiset toimintakyvyn tasot ja taloudelliset mahdollisuudet huomioon ottavia sopivia asumismuotoja on tarjolla kaikissa kunnissa

Toimenpiteet	Seuranta
Kuntien kanssa seurataan tiiviissä yhteistyössä vähintään vuosittain kunnan alueen asuntokantaa ko. näkökulmasta sekä vaikutetaan asuntopolitiikan sisältöihin ja suunnitteluun	Toteutunut
Kunnan ikääntyneiden osallistuminen yhteistyöhön taataan esimerkiksi vanhusneuvostojen kautta	Vanhusneuvoston edustus mukana yhteistyössä

Tavoite: Ikääntyviä kannustetaan ennakoimaan omaa elämäänsä: tekemään ajoissa asumiseen liittyviä ratkaisuja

Toimenpiteet	Seuranta
Teemaa tuodaan esiin johdonmukaisesti tiedotuksessa ja keskusteluissa eri foorumeilla sekä ikääntyneelle väestölle, heidän läheisilleen että yksilökohtaisessa työskentelyssä	Teemaan on laadittu oma brändi oheismateriaaleineen ja oppaineen, jota hyödynnetään jatkuvasti

Tavoite: Ikääntyneiden huomioon ottaminen asuntopolitiikassa konkretisoituu johdonmukaisesti siinä, että toteutettavissa ja olemassa olevissa asumisympäristöissä mahdollistuu arjen sujuminen monenlaisessa elämäntilanteessa ja toimintakyvyn muutoksissa

Toimenpiteet	Seuranta
Ikääntyneiden palvelut yhdessä vanhusneuvostojen kanssa vaikuttavat esteettömyyden toteutumiseen kunnissa toteutettavassa uudisrakentamisessa ja saneerauksen suunnittelussa / toteutuksessa sekä sisätilojen että ympäristöjen osalta	Toteutunut yhteistyöfoorumilla
Ikääntyneiden palvelut yhdessä vanhusneuvostojen kanssa vaikuttavat kunnissa uudisrakentamisen ja saneerauksen suunnitteluun ja toteutukseen, jotta ne noudattavat pitkäjänteisesti ajatusta siitä, että asunnoissa voi asua kuka vaan (esim. kuka vaan ei voi asua keittiöttömässä asunnossa mutta kuka tahansa voi asua keittiöllisessä asunnossa)	Toteutunut yhteistyöfoorumilla
Ikääntyneiden palvelut yhdessä vanhusneuvostojen kanssa vaikuttavat kuntien asuntopolitiikkaan ja hyte-toimintaan tavoitteena varmistaa yhteisöllisyyden toteutuminen asumisympäristöissä sekä lähipalveluiden tavoitettavuus	Toteutunut yhteistyöfoorumilla

Tavoite: Ikääntyneiden asuminen tapahtuu maakunnassa osana muuta yhteiskunnallista elämää teemalla "Ympäristöllä on merkitystä"

Toimenpiteet	Seuranta
Ikääntyneiden palvelut ja vanhusneuvostot vaikuttavat kuntien asuntopolitiikkaan yhteisöllisten tilojen suosimiseksi (esim. yhteiset keittiöt, olohuoneet), piha-alueiden merkityksen korostamiseksi ja kaupunkiympäristöissä monisukupolikortteleiden toteuttamiseksi sekä riittävien palveluiden takaamiseksi asumisympäristöihin	Toteutunut yhteistyöfoorumilla

Tavoite: Pariskunnilla tulee olla mahdollisuus asua yhdessä

Toimenpiteet	Seuranta
Noudatetaan palveluja koskevissa ratkaisuissa	Toteutunut poikkeuksetta vuosittain

Perhehoito

Tavoite: Perhehoidosta tiedottamisen laajentaminen

Toimenpiteet	Seuranta
Perhehoito uutena kasvavana palvelumuotona on erityisesti esillä ikääntyneiden palveluiden tiedottamisessa	Toteutunut osana tiedotussuunnitelmaa

Tavoite: Perhehoidon määrällinen ja sisällöllinen laajentuminen ikääntyneiden palvelurakenteen sisällä

Toimenpiteet	Seuranta
Laaditaan toteuttamissuunnitelma, joka tähtää perhehoidon kattavuustavoitteiden toteutumiseen	Tehty, toteuttamisen vastuut määritelty
Perhehoidon rooli eritoten omaishoitajien tukena on vahva ja tiivis	Pääosa omaishoidon tuen vapaapäivistä toteutuu perhehoidon avulla vuonna 2022 ja siitä eteenpäin
Perhehoidon mahdollisuuksia omaishoidon vapaapäivien lisäksi toimia omaishoitajien tukena kartoitetaan, valmistellaan ja käyttöönotetaan	Uusia toimintamalleja toteutuu vuodesta 2022 eteenpäin

Tavoite: Perhehoitajien riittävästä kouluttamisesta huolehditaan

Toimenpiteet	Seuranta
Perus- ja täydennyskoulutuksen toimintamallit on valmisteltu, hyväksytty ja toteutuvat vuosittain suunnitellusti	Toteutunut

Tiedon saannin helppous, tiedottaminen

Tavoite: Tieto tarjolla olevista toiminnoista ja palveluista tavoittaa kohderyhmänään olevat ikääntyneet ja heidän läheisensä

Toimenpiteet	Seuranta
Laaditaan yhdessä tiedottamisen ja viestinnän ammattilaisen kanssa suunnitelma tiedottamisesta: miten tehdään ja missä vaiheessa, miten kohderyhmät huomioidaan, kielen käytön periaatteet	Tehty ja noudatetaan jatkuvasti
Tiedottamissuunnitelman oheistavoitteena on ikääntyneille tarjolla olevien toimintojen ja palveluiden vetovoimaisuuden lisääminen ja positiivisen imagon ylläpito	Sisältyy suunnitelmaan punaisena lankana, kerätään palautetta onnistumisesta ja tehdään tarvittavia muutoksia
Tiedottamisen kohderyhmänä olevien ikääntyneiden toiveet kartoitetaan ja omaiset huomioidaan osana suunnitelman tekoa ja kehittämistä	Toteutunut
Tiedottamisen eri muotoja hyödynnetään johdonmukaisesti	Toteutunut
Tiedotussisällön selkeyteen panostetaan käyttämällä ammattilaisapua	Toteutunut
Tiedottamista kohdennetaan myös ikääntyneiden kanssa toimiville työntekijöille ja muille toimijoille	Toteutunut
Sovittavalle ikäryhmälle lähetetään palveluopas kerran vuodessa	Ikäryhmä sovittu ja toteutunut vuosittain

Tiedotussisällön selkeyteen panostetaan käyttämällä ammattilaisia. Ikääntyneille kohdennetaan kyselyitä tai itsearviointilomakkeita, joiden kautta myös tiedotusta voidaan kohdentaa	Toteutunut, lkm /v
Asiakas- ja palveluohjauksessa yksilökohtaisen tiedottamisen lisäksi järjestetään avoimia teemapäiviä, ryhmätapaamisia tmv.	Toteutunut vuosittain suunnitelmallisesti

Palveluiden saatavuuden helppous ja palveluiden laatu

Palveluiden saatavuus

Tavoite: Ikääntyneiden palvelut ovat saatavilla asuinpaikasta riippumatta

Toimenpiteet	Seuranta
Palvelurakenne huomioi asuinpaikkariippumattomuuden vähintäänkin palveluiden tuottamisen kirjon avulla	Toteutunut, seurataan asiakaspalautteita ja asiakastyytyväisyyskyselyiden tuloksia tästä näkökulmasta vuosittain

Tavoite: Yhdistysten ja järjestöjen toimintaedellytyksistä huolehditaan niitä tukemalla (mm. korvausten kohtuullisuus / mahdollisuus maksuttomaan toimintaan)

Toimenpiteet	Seuranta
Ikääntyneiden palvelut tekevät matalalla kynnyksellä yhteistyötä järjestöjen ja yhdistysten kanssa maakuntakonsernissa sovittujen pelisääntöjen puitteissa	Toteutunut

Tavoite: Ikääntyneille on tarjolla monipuolisia tapoja hyödyntää erilaisia palveluiden järjestämisen mekanismeja

Toimenpiteet	Seuranta
Ikääntyneiden palveluissa kokeillaan ja käyttöönotetaan innovatiivisesti erilaisia järjestämistapoja, kuullaan niitä koskevaa palautetta ja kehitetään järjestämismahdollisuuksia niiden mukaisesti	Vuosittain seurataan asiaa koskevien kokeiluiden ja käyttöönottojen määrää ja saatuja tuloksia

Palveluiden laatu

Tavoite: Laadunvalvonnan vastuut määritellään ja tehdään läpinäkyviksi (järjestäjän, asiakkaan, tuottajan vastuut)

Toimenpiteet	Seuranta
Vastuiden määrittely ja niiden vaikutukset ovat avattu sekä asukkaille että yhteistyökumppaneille selkokielisesti	Tehty

Toimintojen ja palveluiden laatuun liittyvää palautetta kerätään jatkuvasti ja tehdään sen perusteella tarkennuksia määrittelyihin	Toteutuu, vuosittainen seuranta ja raportointi

Tavoite: Ikäihmisten palveluihin laaditaan järjestelmät, joiden perusteella ikäihmisen on mahdollista arvioida valinnanvapausjärjestelmässä erilaisten palveluiden laatua

Toimenpiteet	Seuranta
Tarjolla olevien palveluiden laatutekijät on määritelty, kartoitettu ja viety asukkaiden käyttöön helppokäyttöisellä ja selkokielisellä formaatilla	Toteutunut
Järjestelmää ylläpidetään ja kehitetään jatkuvasti asukaspalautteen perusteella ja järjestelmässä toimivien yhteistyökumppaneiden kanssa	Toteutunut vuosittain
Luodaan toimintatapa millä asiakaskokemukset voidaan liittää osaksi palveluiden laadun vertailua	Asiakaskokemusta koskevat määritelmät ja mittarit on laadittu sekä prosessi sille, miten ne toimivat osana palveluiden laadun vertailua

Panostus kokonaisvaltaiseen kuntoutumisen tukemiseen

Kuntoutumisen tukeminen

Tavoite: Kuntoutumisen tukeminen perustuu aina kokonaisvaltaiseen toimintakyvyn arviointiin

Toimenpiteet	Seuranta
Kuntoutumista koskeva suunnittelu asiakastietojärjestelmässä varmistaa kokonaisvaltaisen toimintakyvyn arvioinnin toteutumisen	Seurataan jatkuvasti, toteutuu 100 %:sti

Tavoite: Ikääntynyt on yksilö, jonka oma kokemus fyysisestä, psyykkisestä, sosiaalisesta ja kognitiivisesta toimintakykyisyydestä on keskiössä, hänen motivaatioonsa ja haluunsa kuntouttaa itseään kiinnitetään huomiota

Toimenpiteet	Seuranta
Ikääntyneen kokemus toimintakykynsä eri alueista kirjataan kuntoutumissuunnitelmiin ja suunnitelma rakennetaan siten, että se tukee ikääntyneen omaa motivaatiota ja halua vaikuttaa kuntoutumiseensa sitä edistävällä tavalla	Toteutunut 100 %:sti

Tavoite: Ikääntyneiden kokonaisvaltaista kuntoutumisen tukemisen merkitystä korostetaan siten, että se tunnistetaan läpi erilaisten ikääntyneiden hoitoketjujen ja läpi eri organisaatioiden ikääntyneiden itsensä ja heidän läheistensä lisäksi

Toimenpiteet	Seuranta
Teema on mukana tiedotussuunnitelmassa vuosittain	Toteutuu

Tavoite: Kuntoutumisen tukemisen prosesseissa korostuu ihmislähtöisyys organisaatiokeskeisyyden sijasta

Toimenpiteet	Seuranta
Kuntoutumisen tukemisen prosessien toimintamallit on laadittu eri toimijoiden välisten rajapintojen joustavan hyödyntämisen toteutumiseksi	Toteutunut, palautetta eri toimijoiden yhteistyöstä kerätään ja seurataan jatkuvasti
Kuntoutumisen tukemisen prosessien toimintamallit on kytketty asiakkaan palveluketjujen kokonaisuuksiin tiiviisti ja niiden tavoitteena on kotona asumisen tukeminen	Toteutunut, onnistumista seurataan asiakkaan ja toimijoiden palautteiden perusteella jatkuvasti
Muistioireisten kuntoutumisen tukemisen prosessit ovat erityishuomion kohteena	Vuosittain raportointi toteutumisesta
Kuntoutumisen tukemiseen liittyvien järjestöjen ja yhdistysten osallistuminen kuntoutumisen tukemisen prosessien kehittämiseen ja kuntoutusyhteistyöhön toteutuu arjessa	Kehittämistyöhön kutsutaan järjestö- ja yhdistystoiminnan edustajia, raportointi vuosittain

Tavoite: Kuntoutumisen tukemiseen panostetaan riittävät resurssit, ja siihen liittyviä kustannushyötyjä nostetaan esiin

Toimenpiteet	Seuranta
Kuntoutumisen tukemisen resursointi ikääntyneiden palveluihin on suunniteltu ja mitoitettu maakunnan aloittaessa	Tehty
Kuntoutumisen tukemiseen ohjatun resurssin riittävyyttä ja allokointia seurataan jatkuvasti ja verrataan sitä asiakaskuntaa ja palveluiden tarvetta sekä palvelurakenteen kehitystä koskeviin tietoihin	Toteutunut vuosittain
Kuntoutumisen tukemisen toimintamallien kustannushyötyjen tarkastelu on jatkuvaa toimintaa ja siitä raportoidaan vuosittain	Toteutunut

Tavoite: Kuntoutumisen tukemiseen liittyvän osaamisen sisällyttämisestä kaikkien ammattiryhmien osaamisvaatimuksiin huolehditaan

Toimenpiteet	Seuranta
Kuntoutumisen tukemiseen liittyvän osaamisen varmistaminen on erityinen osa koulutussuunnittelussa vuosittain ikääntyneiden palveluissa	Toteutunut vuosittain

Tavoite: Ikääntyneiden ravitsemuksesta huolehtiminen kuuluu olennaisesti kaikkeen toimintaan

Toimenpiteet	Seuranta
Ravitsemuksen arviointiin, ohjaukseen ja seurantaan laaditaan toimintamalli eri palveluihin	Tehty ja toteutetaan joka vuosi
Ravitsemukseen liittyvän osaamisen varmistaminen on erityinen osa koulutussuunnittelussa vuosittain ikääntyneiden palveluissa	Toteutunut vuosittain

Ikäihmisille sopivia aktiviteetteja on tarjolla

Tavoite: Päivätoimintaa, viriketoimintaa ja liikuntaa on monipuolisesti maakunnassa tarjolla

Toimenpiteet	Seuranta
Seurataan kotona asumista tukevien aktiviteettien tarjontaa maakunnan eri alueilla vuosittain	Toteutunut

Tavoite: Lisätään tiedottamista erilaisista liikuntamahdollisuuksista

Toimenpiteet	Seuranta
Liikuntamahdollisuuksista tiedottaminen on huomioidaan painopistealueena tiedottamissuunnitelmissa vuosittain	Toteutunut
Ikääntyneiden palveluiden tiedottaminen tukee kuntien Voimaa vanhuuteen -toimintamallia	Toteutuu

Tavoite: Määritellään sellainen kuntosalilaitteiston valikoima, jolla saa vaikuttavan ja hyvän kokonaisuuden aikaiseksi

Toimenpiteet	Seuranta
Suositus valikoimasta on laadittu ja sen toteutumista ja kehittämistarpeita seurataan ikääntyneiden omien toimintojen osalta	Toteutunut

Kotona tapahtuvaan kuntoutukseen panostaminen

Tavoite: Yksilön vastuun korostamista omasta hyvinvoinnistaan ja terveydestään huolenpitämisestä toteutetaan suunnitelmallisesti

Toimenpiteet	Seuranta
Teemaa tuodaan esiin johdonmukaisesti tiedotuksessa ja keskusteluissa eri foorumeilla sekä ikääntyneelle väestölle, heidän läheisilleen että yksilökohtaisessa työskentelyssä	Teemaan liittyen on käytössä oheismateriaalia ja oppaita, joita hyödynnetään jatkuvasti

Tavoite: Kuntien kanssa tehdään yhteistyötä ikääntyneiden elinympäristöstä huolehtimisen osalta (esim. suunnitelmallinen liikuntapaikkojen tarkastelu)

Toimenpiteet	Seuranta
Toteutetaan kuntien kanssa Voimaa vanhuuteen -ohjelmaan liittyvässä yhteistyössä	Toteutuu

Tavoite: Organisoidaan aktiiviset monialaiset kuntoutumista tukevaa palvelua antavat tiimit osaksi kotiin annettavia palveluita kotona tapahtuvia kuntoutumista tukevia interventioita varten

Toimenpiteet	Seuranta
Kotona tapahtuvat kuntoutumista tukevat interventioprosessit osa-alueineen on koottu, hyväksytty ja resursoitu	Tehty
Toimintaa arvioidaan, seurataan ja kehitetään interventioittain ja niiden kokonaisuuden näkökulmasta jatkuvasti tiedon keruun ja sekä asiakkailta että työntekijöiltä kerätyn palautteen perusteella	Toteutunut vuosittain

Tavoite: Kotihoidon kuntoutumista edistävän työotteen edelleen kehittäminen

Toimenpiteet	Seuranta
Kotona annettavissa palveluissa työskentelevän henkilöstön kuntoutumista edistävän osaamisen varmistaminen on painopistealueena koulutussuunnittelussa vuosittain	Toteutunut

Tavoite: Kotiin annettava kuntoutumista tukevan toiminnan suunnitelmallisuuteen ja resursointiin panostetaan erilaisten toimintakäytäntöjen ja -mallien kokeilemisen ja toteuttamisen kautta

Toimenpiteet	Seuranta
Toimintamalleja kartoitetaan ja kehitetään jatkuvasti aktiivisesti	Vuosittain raportointi toteutumisesta

Oikea-aikainen ja turvallinen kotiuttaminen

Tavoite: Riittävästä kuntoutumisesta ennen kotiutumista huolehditaan kaikissa toiminnoissa

Toimenpiteet	Seuranta
Kuntoutumisen suunnittelun ja toteuttamisen toimintamalli osana kotiuttamistilanteita on kuvattu ja toimeenpantu	Tehty, toimivuutta ja toteutusta seurataan asiakkailta ja henkilöstöltä saadun palautteen perusteella

Tavoite: Turvallinen kotiuttaminen toteutetaan yhteistyössä omaisten ja läheisten kanssa varmistaen että kotiutuvasta ikääntyneestä on tieto tarvittavilla toimijoilla

Toimenpiteet	Seuranta
Varmistetaan asiakastietojärjestelmään liitettävin kirjausvaatimuksin tämän toteutuminen	Toteutunut 100 %:sti

Toimiva asiakas- ja palveluohjaus

Laaja-alainen palvelutarpeen selvitys

Tavoite: Palvelutarpeen arvioinnissa huomioidaan yksilökohtaiset elämäntilanteet: asiakkaan ja läheisen kuunteleminen on etusijalla. Lisäksi asumisturvallisuuden selvittäminen nostetaan keskiöön (esim. onko asiakkaalla palovaroitin, pystyykö hän itse vaihtamaan paristot, tekeekö vaihtamisen omainen vai tarvitaanko esim. kotihoidon apua tai miten asiakas toimii hälytystilanteessa ja osaako toimia; onko asunnossa esteitä, jotka vaikeuttavat poistumista: saako lukot auki, onko poistumisreitti selvä jne.)

Toimenpiteet	Seuranta
Toimintamalli asiakas- ja palveluohjauksen toteuttamassa laajassa palvelutarpeen arvioinnissa on valmisteltu tältä pohjalta ja kirjaukset tukevat tavoitteen toteutumisen arviointia	Tehty

Tavoite: Asiakas- ja palveluohjaus tekee virka-aikana kiireellisissä tilanteissa toimenpiteitä heti, käynti järjestetään viimeistään seuraavalle päivälle asiakkaan luokse

Toimenpiteet	Seuranta
Varmistetaan toimintamallin ja resurssin organisoinnin osalta tämän toteutuminen	Toimenpiteiden ja käyntien toteutumisen seuraaminen suhteessa tietoon tarpeesta: kiireelliset viimeistään seuraavana päivänä 100 %

Tavoite: Paljon palveluita käyttäviin asiakkaisiin kiinnitetään erityistä huomiota

Toimenpiteet	Seuranta
Asiakastietojärjestelmiin on luotu automaattiset hälytys- ja tiedon keruutoiminnot, jotka tuottavat tietoa näistä asiakkaista suoraan ajantasaisesti asiakas- ja palveluohjaukseen	Tehty, toimivuutta ja riittävyyttä arvioidaan jatkuvasti
Paljon palveluita käyttävien asiakkaiden hallintaan on tehty laaja sote-toimijoiden yhteinen toimintamalli, jota ikääntyneiden palvelut noudattavat	Tehty, toteutumista arvioidaan asiakas- ja palveluohjausten yhteistyöfoorumeilla jatkuvasti

Tavoite: Varmistetaan ikääntyneille henkilöiden osalta heille nimetyn vastuuhenkilöroolin toimivuus

Toimenpiteet	Seuranta
Vastuuhenkilöiden toimintamalli ja tehtävien sisältö on määritelty	Tehty
Vastuuhenkilötoiminnasta kerätään asiakaspalautetta ja henkilöstöpalautetta, minkä perusteella sitä kehitetään	Toteutunut vuosittain

Vastuuhenkilöiden asiakasmääriä ja asiakastilanteiden sitovuutta seurataan	Toteutunut vuosittain
Henkilöstön vaihtumisen varalta on laadittu toimintamalli asiakkaiden vastuuhenkilötoiminnan häiriöttömyyden takaamiseksi	Tehty

Tavoite: Maakunta huolehtii toimintakulttuurisesti siitä, että ohjaus ja neuvonta ovat kaikkien toimijoiden vastuulla

Toimenpiteet	Seuranta
Ohjauksen ja neuvonnan vastuut eri toiminnoissa ja toimijoille on määritelty	Tehty
Asiakas- ja palveluohjaus tukee muiden toimijoiden roolia materiaalien avulla ja tarvittaessa konsultaatioiden kautta	Vuosittain asiakas- ja palveluohjaus huolehtii materiaalin ajantasaisuudesta ja saatavuudesta
	Yhteistyöverkostot ja -toimintamallit on kuvattu

Omaishoidon lisääminen ja tukeminen tasapuolisesti

Tavoite: Omaishoidon tuen osuuden lisääminen palvelumuotona tehtyjen linjausten mukaisesti toteutuu

Toimenpiteet	Seuranta
75 vuotta täyttäneistä henkilöistä 6,5 % saa omaishoidon tukea vuoteen 2022 mennessä	Omaishoidon tuen kattavuus 75 vuotta täyttäneiden keskuudessa, %-osuus

Tavoite: Omaishoitajan tukemisen erilaisten muotojen kehittäminen toteutuu linjausten mukaisesti ja niitä edelleen monimuotoistetaan soveltumaan paremmin omaishoitajien tarpeisiin

Toimenpiteet	Seuranta
Tukemisen muotojen toteutuva läpileikkaava teema on jaksaminen	Omaishoitajille kohdistetun kyselyn tulokset heidän kokemuksestaan miten he kokevat tukimuotojen vaikuttavan jaksamiseensa, %-osuudet vastaajista
Ikääntyneiden palveluiden valmistelussa kootun tukitoimenpidelistan toimeenpano	Toteutunut kaikille maakunnan omaishoitajille vuoteen 2020 mennessä
Omaishoitajat ja -hoidettavat osallistuvat tukimuotojen arviointiin ja kehittämiseen	Tukimuotojen arviointia ja kehittämistä tehdään säännöllisesti joka 3. vuosi

Henkilöstö

Ammattitaitoinen henkilöstö

Tavoite: Kotona asumisen tukemisen myötä panostetaan jatkuvasti henkilöstön osaamiseen ja kykyyn havainnoida ja analysoida tilanteita kokonaisvaltaisesti

Toimenpiteet	Seuranta
Koulutusohjelmassa on säännönmukaisesti allokoitu resursseja havainnointiin liittyvään koulutukseen	Toteutunut vuosittain
Henkilöstön apuna havainnointitehtävässään on käytössä tarpeenmukainen valikoima erilaisia laitteita, välineitä, testejä ja konsultaatiokäytänteitä	Käytössä olevien tukitoimintojen ja -välineiden tarkoituksenmukaisuutta ja riittävyyttä tarkastellaan vuosittain

Tavoite: Koulutuksen vetovoimaisuuden lisäämiseen panostetaan yhdessä koulutuksen järjestäjien kanssa suunnitelmallisesti tavoitteena nostaa ikääntyneiden palveluiden statusta, jotta jatkossa nuoret hakeutuvat ikäihmisten palvelutehtäviin liittyviin koulutuksiin ja sitä kautta työelämään

Toimenpiteet	Seuranta
Ikääntyneiden palveluiden edustajat vierailevat suunnitelmallisesti vuosittain koulutuksen järjestäjien tilaisuuksissa keskustelemassa opiskelijoiden kanssa	Toteutunut
Ikääntyneiden palveluiden edustajat vierailevat suunnitelmallisesti vuosittain yhteishakuja edeltäen koulutuksen järjestäjien tilaisuuksissa jakamassa tietoa työelämästä	Toteutunut

Tavoite: Seurataan systemaattisesti ikääntyvien palveluihin liittyvissä koulutuksissa tehtäviä uudistuksia työnantajan roolista keskeisenä näkökulmana osaamisen tason varmistaminen

Toimenpiteet	Seuranta
Käydään vuosittain vuoropuhelu koulutuksen järjestäjien kanssa koulutussisällöistä ja -metodeista ja käytännön työarjen välisestä suhteesta	Toteutunut
Toteutetaan yhteistyössä koulutuksen järjestäjien kanssa työelämää koskevan tiedon välittämisen ja vuoropuhelun mahdollistavia teemapäiviä opiskelijoille 2-3 krt /v	Toteutunut

Riittävä monialainen henkilöstö

Tavoite: Henkilöstön riittävyyttä arvioitaessa yhtenä keskeisenä tavoitteena on asiakasturvallisuuden takaaminen

Toimenpiteet	Seuranta
Henkilöstön riittävyyden arviointiin on laadittu läpinäkyvät ja hyväksytyt kriteerit, jotka huomioivat asiakasturvallisuusnäkökulman	Tehty ja jatkuvassa käytössä

Tavoite: Mitoitusten riittävyyden suunnitelmallinen seuraaminen

Toimenpiteet	Seuranta
Kriteerien perusteella henkilöstön riittävyyttä eri palveluissa ja monitoimijaisessa ympäristössä seurataan jatkuvasti	Toteutunut vähintään neljännesvuosittain

Tavoite: Mitoitusten riittävyyden suunnitelmallinen seuraaminen

Toimenpiteet	Seuranta
Työn houkuttelevuutta parannetaan voimassa olevaa rekrytointiohjetta noudattaen ottamalla huomioon yksilölliset toiveet työajasta ja sen järjestämisestä sekä kehittymisestä työtehtävissä.	Toteutunut
Perehdytykseen panostetaan ja sen toteuttamisessa otetaan erilaiset tilanteet huomioon (vrt. vakituisen työntekijän perehdytys vs. lyhytaikaisen sijaisen tai vuokratyövoiman perehdytys)	Perehdytyksen toimintamallit on kuvattu ja toimeenpantu
Perehdytysprosessien toimivuudesta kerätään vuosittain palautetta sekä perehdytetyiltä että perehdyttäjiltä ja tehdään saadun palautteen perusteella tarpeelliset muutokset niihin	Toteutunut

Tavoite: Johdonmukainen järkevä henkilöstöpolitiikka

Toimenpiteet	Seuranta
Ikääntyneiden palvelut noudattavat voimassa olevaa henkilöstöpolitiikkakokonaisuutta	Toteutunut
Henkilöstöpolitiikan toimenpiteistä kerätään osana henkilöstöjohtamisen kokonaisuutta palautetta, jota hyödynnetään sen kehittämisessä	Toteutunut

Henkilöstön työhyvinvoinnista ja -tyytyväisyydestä huolehtiminen

Tavoite: Riittävä ja hyvinvoiva henkilöstö jaksaa hoitaa ikäihmisiä hyvin ja heillä on aikaa asiakkailleen

Toimenpiteet	Seuranta
Henkilöstön hyvinvointia seurataan osana kokonaisvaltaista työhyvinvoinnin ohjelmaa ja tehdään sen perusteella kehittämistoimenpiteitä	Toteutunut

Tavoite: Työntekijöiden osaamista hyödynnetään toimintojen kehittämisessä

Toimenpiteet	Seuranta
Työntekijöitä kannustetaan osallistumaan toiminnan kehittämiseen	Esitettyjen kehittämisideoiden lkm/v, toteutuneet työntekijälähtöiset kokeilut/v, työntekijöille myönnetyt kehittäjäpalkinnot/v

Asiakkaan kanssa tapahtuvan työskentelyn korostaminen työn sisällössä ja sen organisoinnissa

Tavoite: Välitöntä asiakkaan kanssa vietettävää aikaa priorisoidaan kaikissa palvelumuodoissa

Toimenpiteet	Seuranta
Jokaiselle palvelumuodolle on määritelty välittömän asiakasajan vähimmäistavoite sekä sisältö ja näiden toteutumista seurataan	Toteutunut lähijohtamisen toimesta

Tavoite: Henkilöstön käytössä on sellaiset välineet, laitteet ja sovellukset, jotka auttavat heitä työnsä tekemisessä ja asetettujen tavoitteiden toteuttamisessa

Toimenpiteet	Seuranta
Määritellään ne osa-alueet, joihin liittyen teknologiaa ja robotiikkaa eritoten otetaan käyttöön	Määrittely on tehty ja hyväksytty
Rakennetaan johdonmukainen ja toimiva konsepti päätettyjen osa-alueiden mukaisesti välineiden, laitteiden ja sovellusten kokeilu- ja käyttöönottoprosessiksi jota sovelletaan jatkuvasti	Konsepti on rakennettu ja hankittu siihen tarvittavat yhteistyökumppanit
Varataan vuosittain budjetti, joka tukee ja mahdollistaa ko. tavoitteen toteutumisen: kokeilut ja teknologian johdonmukaisen hyödyntämisen arjessa	Toteutunut

Resurssien käytön hyödyllisyys ja tehokkuus

Taloudellisten voimavarojen riittämättömyyden huomiointi (yksilö- ja yhteisötasolla)

Tavoite: Julkiset taloudelliset resurssit kohdennetaan oikein asioihin, joilla on merkitystä ikääntyneille ja heidän terveen ja toimintakykyisen elämänsä tukemiselle ja heidän palvelujen tarpeelleen

Toimenpiteet	Seuranta
Ikääntyneiden palveluiden kokonaisuus sisällytetään yhdeksi maakunnan toiminnan kriittiseksi painopiste- ja menestystekijäalueeksi, johon kohdistetaan resursseja	Toteutunut maakunnan strategiassa
HYTE (hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen) -toiminta on yksi ikääntyneiden palveluiden kehittämisen painopistealueista ennaltaehkäisynäkökulman vahvistamiseksi ikääntyneiden elinympäristöissä ja asumisturvallisuuden varmistamiseksi	HYTE -prosessissa on vuosittain jokaisen kunnan kohdalla ikääntyneiden elinympäristöihin; terveen ja toimintakykyisen elämisen tukemiseen ja asumisturvallisuuteen kohdistuvia toimenpiteitä
Ikääntyneitä osallistuu palvelurakenteiden ja -sisältöjen kehittämiseen ja sen suunnitteluun	Ikääntyneiden osallistuminen kehittämisprojektien suunnitteluun ja toteuttamiseen, prosenttiosuus projekteista / v
Ikääntyneiden palveluissa kartoitetaan aktiivisesti uusia toimintatapoja, joiden avulla voidaan saada tietoa vaikuttavuudesta ja lisätä siten sitä	Vaikuttavuuteen liittyvien uusien toimintatapojen projektointien määrä / v

Tavoite: Julkisesti rahoitetut palvelut ovat saatavilla yhdenvertaisesti ikäihmisille varallisuudesta riippumatta

Toimenpiteet	Seuranta
Palveluiden myöntämiskriteerit perustuvat arvioituun palvelutarpeeseen, eivät tuloihin	Toteutunut myöntämiskriteereissä
Vähävaraisten ja -tuloisten ikääntyneiden mahdollisuus saada palveluja otetaan huomioon vuosittain asiakasmaksuja asetettaessa	Maakuntatason asiakasmaksupäätöksessä on arvioitu maksujen vaikutuksia vähävaraisten ja -tuloisten asiakkaiden näkökulmasta
Palvelumaksujen alentamis- ja poistamisperusteet tehdään läpinäkyviksi ja ymmärrettäviksi asukkaiden näkökulmasta	Asiaa koskevien asiakaspalautteiden määrä / v
Palvelumaksujen alentamis- ja poistamisperusteet huomioivat vähävaraisten ja -tuloisten ikääntyneiden kokonaistilanteen	Asiaa koskevien asiakaspalautteiden määrä / v

Tavoite: Kunnat ovat aktiivisia ikääntyneiden terveyden- ja hyvinvoinnin edistäjiä ja tukevat omalta osaltaan ikääntyneiden palvelukokonaisuuden muotoutumista alueelleen maakuntamallissa

Toimenpiteet	Seuranta
Kuntien HYTE-suunnitelmissa on eritoten ikääntyneitä koskevia toimenpiteitä	Toimenpiteitä on sisällytetty suunnitelmiin ja niihin on määritelty tehtävät toimenpiteet
Kuntien kanssa pidetään vähintään vuosittain säännöllisiä kokouksia missä käsitellään ikääntyneiden palvelukokonaisuuden muotoutumista ko. kunnassa ja siihen liittyvää yhteistyötarvetta ja -asioita.	Kokousten toteutuminen vuositasolla
	Sovitut yhteistyötehtävät toteutuvat, vuositason tarkastelu

Huoltosuhteen vaikutus

Tavoite: Julkisen talouden resurssien kohdentamisessa huomioidaan eläkeläisten määrän kasvu

Toimenpiteet	Seuranta
Julkisen talouden budjetin laatimisessa yhtenä kriteerinä on resurssien jakaminen eri väestöryhmien suhteellisen osuuden ja arvioidun ennaltaehkäisevien toimien ja palvelutarpeen mukaisesti	Huoltosuhteen käyttäminen taloudellisten resurssien jaon tarkastelun välineenä

Tavoite: Läheisten, yhteisön ja yhdistysten ja järjestöjen "uusi tuleminen" - näkökulmasta toteutetaan uusien toimintatapojen ja -mallien kehittämistä ja käyttöönottoa

Toimenpiteet	Seuranta
Ikääntyneiden palveluiden kokonaisuus muodostaa yhdessä järjestö- ja yhdistystoiminnan kanssa aktiivisen yhteistyöverkoston	Yhteistyöverkosto on organisoitu
	Yhteistyökokoukset / v
Suunnitelmallinen tavoiteorientoitunut yhteistyö toteutuu, teemoina vaikuttamisen ja välittämisen kulttuurin vaaliminen ja aktivoiminen	Vuosittaiset toimintasuunnitelmat toteutumisraportteineen tehty
Vapaaehtoistyön koordinaatio on maakunnassa sovittu ja organisoitu	Toteutunut