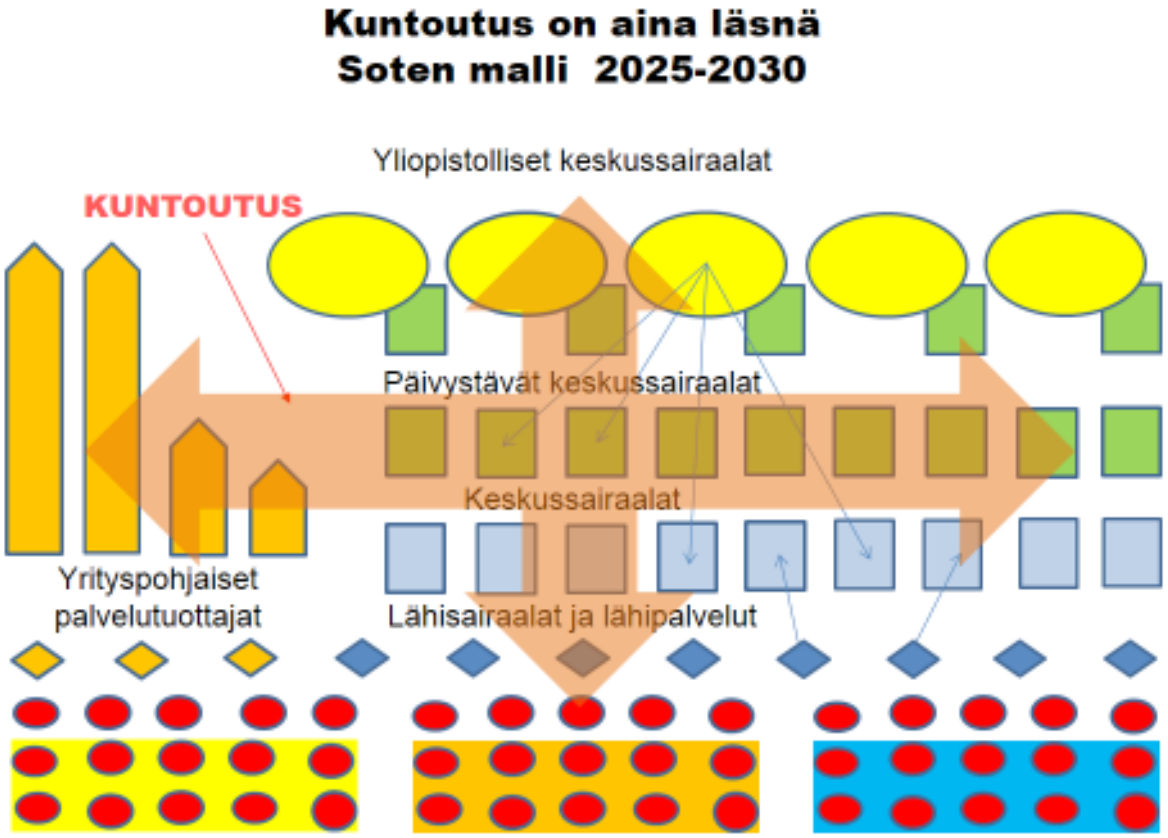
JULKAISU

Esko Hussi, Esa Mäkiniemi ja Erkki Vauramo

Ikääntyvä väestö ja toimintakyvyn ylläpito

KAKS – KUNNALLISALAN KEHITTÄMISSÄÄTIÖ

Ikääntyvä väestö ja toimintakyvyn ylläpito



Muuttuva yhteiskunta – muuttuvat palvelut, kuntoutustyöryhmä:
Mervi Ahlroth, Tuija Arvo, Esko Hussi, Jussi Jaakkola, Maija Käyhty, Esa Mäkiniemi, Anna-Kaisa Pusa, Liisa Lähteenmäki, Hannele Merivuori, Kati Mäkelä, Eeva Sandelin, Marja Sippola-Soininen, Katja Sohlberg, Jonna Taegen, Päivi Vahteri, Erkki Vauramo, Anne-Mari Väätäinen ja Tea Wessman

Raportin toimitusryhmä:
Esko Hussi, Esa Mäkiniemi ja Erkki Vauramo

MUUTTUVA YHTEISKUNTA – MUUTTUVAT PALVELUT
-TUTKIMUSHANKKEEN OSAPUOLET
Aalto-yliopiston Sotera-instituutti
Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus ARA
Auron Oy
Betesda-säätiö
Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri EKSOTE
Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri EPSHP
Helsingin kaupunki
Hoito- ja kuntoutuslaitosten liitto
HUR Oy
Inarin kunta
Kaksineuvoinen kuntayhtymä
Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri KHSHP
Lapinjärven kunta
Pohjois-Karjalan Siun sote
Porvoon kaupunki
Raision kaupunki
Rauman kaupunki
Suomen Fysiogeriatria Oy
Suupohjan peruspalveluliikelaitos Ky
Tampereen kaupunki
Vantaan kaupunki
Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri VSSHP
Ympäristöministeriö YM

Toinen versio
ISBN 978-952-7072-95-0

Sisällys

Esipuhe 7
Johdanto 8

1 IKÄÄNTYVÄ VÄESTÖ JA TOIMINTAKYVYN YLLÄPITO 10
1.1 Kuntoutusta tarvitaan kaikilla hoidon porrastuksen tasoilla 10
1.2 Kuntoutus erikoissairaanhoidossa 11
1.3 Nykyinen kuntoutus perustasolla 12
1.4 Kelan rahoittama kuntoutus 13
1.5 Ennalta ehkäisevä toiminta 13

2 HAVAINTOJA NYKYISESTÄ PALVELUJÄRJESTELMÄSTÄ 15
2.1 Ikääntyvän väestön palvelut 31.12.2015 THL:n laskennan valossa 15
2.2 Terveyskeskusten pitkäaikaisosasto – jäänne eilisestä 16
2.3 Järjestelmään tulosyyt 18
2.4 Käsitteitä ja vaihtoehtoisten kustannusten arviointi 19
2.4.1 Kuntoutuksen kustannusvaikutuksen arviointi 20
2.5 Kodin ulkopuolinen asuminen sairaanhoitopiireittäin 20
2.5.1 Suuria kuntakohtaisia eroja 23
2.6 Johtopäätöksiä 25

3 KUNTOUTUKSEN UUDISTUMINEN ON ALKANUT 27
3.1 Esimerkkejä onnistuneista uudistuksista 27
3.1.1 Eksote – uudistettu rakenne 27
3.1.2 Kaksineuvoinen – nopea muutos mahdollinen 27
3.2 Miten palvelut pitäisi mitoittaa? 29
3.2.1 Ikään liittyvät erilaiset tarkastelutavat 29
3.2.2 Ikä vai kuolema mitoituksen pohjaksi 31
3.3 Tarvitaan parempia rakennuksia 32
3.3.1 Pohjois-Karjalan terveyskeskusrakennusten inventaario 32
3.4 Johtopäätökset 34

4 HAVAINTOJA KANSAINVÄLISISTÄ IKÄÄNTYNEIDEN PALVELUISTA 35
4.1 EU:n vanhusväestön kehitys 35
4.2 Ruotsin vanhuspalvelujärjestelmä 36
4.3 Hollanti 36
4.3.1 Buurtzorg – hoitotyön uusi malli 37
4.4 Englannin NHS:n kriisi ja uudet tavoitteet 38
4.5 Hybridirakennus – uusi toimintamalli 38
4.6 Johtopäätökset 39

5 KUNTOUTUKSEN ASEMA SOTE-ALUEEN RAKENTEESSA 40
5.1 Sote-alue tarvitsee toimivan kuntoutusjärjestelmän 40
5.2 Sote-alueen kuntoutuksen rakenne 42
5.2.1 Keskitetyt hoitoperiaatteet ja hajautettu toteutus 43

5.2.2 Geriatrinen arviointi 46
5.2.3 Ikääntyvän väestön toimintakyvyn ylläpito 46
5.2.4 Liikkuva kotikuntoutus ja etäkuntoutus 47
5.2.5 Päätös annettavista palveluista 48
5.2.6 Kotiuttaminen 48
5.2.7 Kotisairaala 49
5.2.8 Oma vastuu kasvaa 49
5.3 Henkilökunnan asenne ja osaaminen kuntoutuksessa 50
5.4 Hyvän kuntoutusprosessin ominaisuudet 51
5.4.1 Organisoituminen 51
5.4.2 Yleiset tavoitteet ja edellytykset 52
5.4.3 Henkilökunnan määrä, rakenne ja kuntoutuksen seuranta 52
5.5 Tarvitaan ikääntyneiden kuntosali 53
5.5.1 Digitalisointia käytännössä 54
5.5.2 Kuntopuisto 55
5.6 Ikääntyneiden palveluasumisen rakennuksissa on ongelmia 55
5.6.1 Havaintoja ikääntyneiden palveluasumisen rakennuksista 56
5.6.2 Kustannukset, normit ja elämän laatu 59
5.6.3 Ahtaudesta on päästävä eroon 60
5.7 Ympärivuorokautisen hoidon rahoituksen rakenne pitää uusia 61
5.7.1 Laitoshoito ja kunnalle tuleva kustannus 61
5.7.2 Tehostettu asumispalvelu ja kunnalle tuleva kustannus 62
5.7.3 Keskeiset ongelmat ja sote 62
5.8 Johtopäätökset 63

6 MAAKUNTIEN JA KUNTIEN ROOLI VÄESTÖN TERVEYDEN EDISTÄJÄNÄ 65
6.1 Eliniänodote ja elämäntavat 65
6.2 Kuolemat elintapatauteihin ja väestön kuntoutus 65
6.3 Tavoitteena väestön fyysinen, sosiaalinen ja psyykkinen hyvinvointi 67
6.4 Sosiaalinen kuntouttava ympäristö ja kunta 68
6.5 Maakunnan väestön kunnon ylläpito 69
6.6 Aikuisväestön kuntoutus ja kunnon ylläpito 70
6.7 Miten rakennetaan hyvä kunta ikääntyvälle väestölle 71
6.7.1 Tarvitaan kolme rakennustyyppiä 71
6.7.2 Senioreille asuntoja taajaman keskustaan 71
6.7.3 Palvelukortteli – toimintaa kaikenikäisille asukkaille 72
6.7.4 Tarve ja palvelu kohtaavat palvelukorttelissa 73
6.8 Johtopäätökset 74

7 KAIKILLA TOIMINNAN TASOILLA TARVITAAN HENKINEN MUUTOS 76

8 TOIMENPIDE-EHDOTUKSET SOSIAALI- JA TERVEYS-MINISTERIÖLLE JA YMPÄRISTÖMINISTERIÖLLE 78

Esipuhe

Muuttuva yhteiskunta – Muuttuvat palvelut -tutkimushanke perusti erillisen ryhmän pohtimaan ikääntyneiden kuntoutusta ja kunnon ylläpitoa. Kuntoutus on osa kansainvälistä toimintakykykäsitettä.

Väestön terveydentila riippuu ihmisten elämänsä aikana tekemistä ratkaisuista, kuten alkoholin ja tupakan käytöstä, ruokavaliosta, liikunnasta sekä perimästä ja ympäristötekijöiden aiheuttamista epigeneettisistä muutoksista. Siksi työryhmä päätti ottaa tavoitteekseen tarkastella ikääntyvän väestön toimintakyvyn ylläpitoa laajasti ja asetti itselleen seuraavat tavoitteet:

1. kuvata nykyiset kuntoutuksen ja toimintakyvyn ylläpito- ja palautusjärjestelmät ja niiden ongelmat

2. tehdä ehdotukset palvelujärjestelmästä toimintakyvyn ylläpidon ja terveiden elintapojen edistämiseksi sote-alueella.

Raportin tarkoituksena on myös tukea osallistuvien tahojen omaa sote-alueen organisointityötä.

Ryhmä on järjestänyt kahdeksan kokousta vaihtelevilla kokoonpanoilla. Aluksi kerättiin keskusteluaineisto, johon seuraavat henkilöt toimittivat materiaalia ja kommentteja: Mervi Ahlroth, Tuija Arvo, Jussi Jaakkola, Maija Käyhty, Anna-Kaisa Pusa, Liisa Lähteenmäki, Kristiina Matikainen, Hannele Merivuori, Kati Mäkelä, Eeva Sandelin, Marja Sippola-Soininen, Katja Sohlberg, Jonna Taegen, Päivi Vahteri, Anne-Mari Väätäinen ja Tea Wessman. Tästä lausumme heille parhaat kiitoksemme.

Sotera-instituutti on suorittanut kuuden sairaanhoitopiirin vanhuspalvelurakennusten soveltuvuuden arvioinnin. Tätä materiaalia on käytetty taustana yksilöimättä tarkemmin yksittäisten havaintojen kohteita tai paikkojen nimiä.

Keskusteluaineiston jäsensivät raportin luonnokseksi Hannele Merivuori ja Esa Mäkiniemi. Raportti muotoutui 10/2016–2/2017 aikavälillä pidetyissä kokouksissa. Lopullisen toimitustyön suoritti ryhmä Esko Hussi, Esa Mäkiniemi ja Erkki Vauramo.

Sote-uudistuksessa maallamme on ainutkertainen mahdollisuus korjata rakennetta ja auttaa osaltaan kaventamaan kestävyysvajetta. Tämän raportin tarkoitus on kuvata, miten ikäihmisten kuntoutus ja kunnon ylläpito tulisi nyt uusia ja muuttaa vanhuspalvelun osalta.

Maaliskuussa 2017

Esko Hussi, Esa Mäkiniemi ja Erkki Vauramo

Johdanto

Ikäihmisten kuntoutus on väestön toimintakyvyn ylläpitoa lääketieteellisin, hoitotieteellisin, fysioterapeuttisin, toimintaterapeuttisin sekä ravinto-opillisten että yhteisöllisten ja sosiaalisten ja kulttuuristen keinojen avulla. Tärkeintä onnistuneessa kuntoutuksessa on kuntoutujan oma vastuu ja oikea ohjautuvuus eri mahdollisuuksien verkossa. Tähän kuuluvat muun muassa arkiliikunta ja päivittäiset askareet.

Kuntoutuksen päämäärä on inhimillisten voimavarojen hyödyntäminen yksilön ja yhteiskunnan parhaaksi. Laajasti asiaa tarkasteltaessa kuntoutus ja kuntoutuminen sekä riittävä terveys liittyvät kaikkeen toimintaamme.

Ikääntyneen kuntoutuksen yleisiä tavoitteita on se, että kuntoutuja kykenee jatkamaan omatoimista asumista kotonaan niin pitkään kuin mahdollista avopalvelujen tuella ja tarvittaessa kotiin tuotavin palveluin tuettuna.

Yhteiskunta on asettanut lainsäädännössä ja kuntien toimia ohjaamalla tavoitteita, joilla turvataan ikääntyvän mahdollisuuksia asua omassa kodissaan. Nämä lait eivät kuitenkaan ole saaneet palvelujen tuottajia järjestämään nykyaikaista kuntoutusta tai rakentamaan sopivia asuntoja. Merkittävää uudistumista on tapahtunut viimeisen kymmenen vuoden aikana.

Valitettavasti kuntoutus on kohdistunut maassamme lähes pelkästään työikäisiin tai alle 65-vuotiaisiin. Maan sisällä on vanhusten palveluissa suuria toiminnallisia eroja. Tästä on aiheutunut yhteiskunnalle huomattavat kustannukset, koska osassa kuntia vanhukset on jouduttu kuntoutuksen puuttuessa sijoittamaan pitkäaikaishoitoon tai muuhun kodin ulkopuoliseen asuinpaikkaan. Tämän linjan jatkaminen johtaa kustannusten kasvuun yli maamme taloudellisten mahdollisuuksien.

Yhteiskunnan rahoitus ei kestä nykyisen passiivisen vanhushuollon toimintamallin jatkoa, eikä rahoitus voi lisääntyä vanhusten määrän kasvaessa. Kuntoutus on keskeinen keino edistää ikääntyneiden toimintakykyä, elämän laatua ja kotona selviytymistä. Tässä raportissa käymme läpi kuntoutuksen tilannetta maassamme, kuntoutuksen ja arkiliikunnan puutteesta kansantaloudelle aiheutuvia lisäkustannuksia ja sivuamme puutteellisesta kuntoutuksesta johtuvaa inhimillistä taakkaa.

Maassamme on laadittu lakeja hyvästä hoivasta, mutta unohdettu yksilön kuntoutustarve. Raporttimme osoittaa maassamme tapahtuvan kustannusvuodon, joka syntyy kuntoutuksen puutteesta. Maksamme kuntoutuksen puutteen vuoksi vuosittain yli 0,5 miljardia euroa ylimääräisiä kustannuksia. Säästöä syntyy, kun ikääntyneet voivat asua kotona. Tavoite on, että kotona asuvien yli 75-vuotiaiden määrän tulee olla selvästi nykyistä suurempi, alkuun 94 % ja

tulevaisuudessa jopa 97 %. Näin joissakin kunnissa on jo ajateltu. Tämä on mahdollista saavuttaa tehokkaan kotihoidon, kotisairaalan ja kotikuntoutuksen keinoin.

Iäkäs tarvitsee asumiseensa asianmukaiset ja riittävän väljät tilat. Ahtaus johtaa liikkumattomuuteen ja on tuhoisaa vanhuksen terveydelle. Asunnon sopimattomuus on usein syy palveluasumiseen siirtymiseen. Tilojen on oltava riittävät toimivan ja viihtyisän ympäristön toteuttamiseksi paikoissa, joissa iäkkäät ihmiset asuvat. Erilaiset viranomaismääräykset eivät ole riittäneet tukemaan hyvän ja riittävän tilavan palveluasumisen rakentamista.

Väestön terveydenhuollossa hoitavan lääketieteen keinot ovat rajallisia, mutta tautien syntymisen estäminen on mahdollista. Terveiden elintapojen korostaminen WHO:n johdolla on kansainvälinen kehityssuunta. Tämä asettaa vaatimuksia kunnille hyvän elämän edellytysten luonnissa asemakaavallisin ja taajaman suunnittelun keinoin.

Yhteiskunnan rahoitus ei kestä nykyisen toimintamallin jatkoa, eikä rahoitus voi lisääntyä iäkkäiden henkilöiden määrän kasvaessa. Kuntoutus on keskeinen keino edistää ikääntyneiden toimintakykyä, elämän laatua ja kotona selviytymistä.

1 Ikääntyvä väestö ja toimintakyvyn ylläpito

Luvussa käydään läpi kuntoutuspalveluiden tuotannon nykyinen rakenne.

1.1 Kuntoutusta tarvitaan kaikilla hoidon porrastuksen tasoilla

Sosiaali- ja terveydenhuolto on vastuussa sairastumisen jälkeisestä kuntoutuksesta, kunnon ylläpidosta sekä väestön ennaltaehkäisevästä terveydenhuollosta. Toimintakyvyn palauttavaa kuntoutusta järjestetään osana monen viranomaisen tehtäviä. Sosiaali- ja terveydenhuollolla, opetustoimella ja työhallinnolla on omat kuntoutustehtävänsä. Myös sosiaalivakuutuslaitokset – Kansaneläkelaitos (Kela) ja lakisääteistä vakuutusta hoitavat työeläkelaitokset ja vakuutuslaitokset – ovat merkittäviä kuntoutuksen rahoittajia. Toiminta järjestetään käytännössä sadoissa eri julkisissa tai yksityisissä organisaatioissa.

Sote on ensisijaisesti muutosprojekti, ei uudistusprojekti. Kaksi asiaa muuttuu: sosiaali- ja terveydenhuolto yhdistetään ja hallinnoidaan maakuntamallilla sekä se, että kunnat eivät muutoksen jälkeen rahoita sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia.

Palvelutuotanto, mukaan lukien kuntoutus, jatkuu erillislakien pohjalta. Näin ollen vanhuspalvelut tuotetaan vanhuspalvelulain (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista) säädösten mukaan. Kuntien ja kuntainliittojen sote-organisaatiot siirretään maakunnille.

Väestön vanheneminen vaatii sosiaali- ja terveyspalveluihin muutoksia kaikilla tasoilla. Väestön toimintakyvyn ylläpito on keskeinen tavoite. Tässä toimivalla ja osallistuvalla kuntoutusjärjestelmällä on keskeinen rooli.

Lääketiede kehittyy ja muuttuu jatkuvasti. Toimintakyvyn palauttamisen ja kuntoutuksen menetelmät kehittyvät ja muuttuvat tiedon lisääntyessä kuten muussakin lääketieteessä. Murros tarjoaa mahdollisuuden nopeuttaa tarvittavaa kehitystä.

Seuraavassa ei tarkastella toiminnan sisältöjä, prosesseja eikä erillisryhmien tarpeita yksityiskohtaisesti, vaan keskitytään ikääntyvän väestön tarvitseman toimintakyvyn ylläpidon ja kuntoutuspalvelujen tuotannon kannalta keskeisiin kysymyksiin.

Sote-alueen nykyiset palvelut muodostavat alueellisesti hajanaisen palveluverkon, jota ohjaavat eri alueilla erilaiset toimintaperiaatteet. Palveluja tuotetaan kaikilla toiminnan tasoilla.

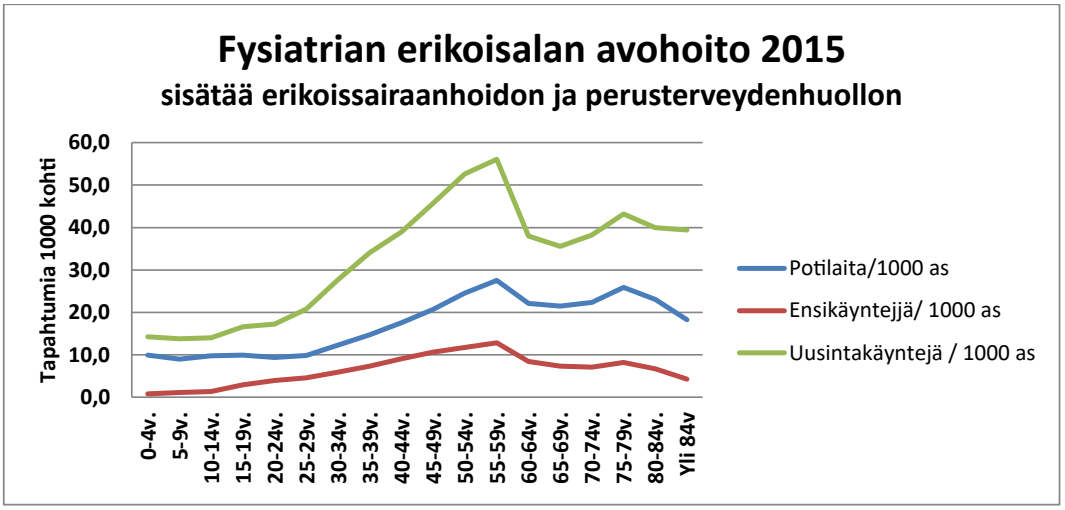
1.2 Kuntoutus erikoissairaanhoidossa

Lääkinnällisen kuntoutuksen tuloksellisinta aikaa ovat ensimmäiset 6–12 kk vammautumisesta. Erikoissairaanhoito on akuutin hoidon tuottajana keskeinen toimija kuntoutuksen järjestelyissä. Kuntoutusta tarvitaan hoitoprosessissa koko hoidon ajan. Erikoissairaanhoidossa ja suurimmissa terveyskeskuksissa, kuten entisissä kaupunginsairaaloissa, ikääntyneiden kuntoutuksesta vastaavat geriatrit ja muualla yleislääkärit. Lääkärit kirjaavat tulosyyn pääasiallisen diagnoosin mukaan. Kuntoutus merkitään harvoin tulosyyksi, vaikka se olisi pääasiallinen syy.

Akuutin sairauden hoitoprosesseissa kuntoutusta ei usein voi erottaa muusta hoidosta. Erikoissairaanhoito on keskittynyt aivoverisuonitaudin ja leikkausten akuuttivaiheen sekä vaikeiden traumojen (aivovammat, selkäydinvammat) kuntoutukseen. aivoverisunitaudin jatkokuntoutus tapahtuu vaihtelevasti erikoissairaanhoidossa tai perusterveydenhuollossa riippuen sairaanhoitopiiristä. Leikkauspotilaiden, kuten lonkkamurtumapotilaiden, jatkokuntoutuksesta merkittävä osa tapahtuu perusterveydenhuollossa tai sotainvalidien kuntoutuslaitoksessa hyvinkin nopeasti leikkauksen jälkeen. Useimmissa sairaaloissa sairastumisen jälkeinen akuutti kuntoutus on hoidettu hyvin.

Kuntoutuksen asema erilaisten sairauksien hoitoprosesseissa on muuttumassa ja korostumassa. Tuki- ja liikuntaelinten sairauksien hoidossa tiettyjen ortopedisten tilojen leikkaushoidot on kyseenalaistettu, kun kuntoutuksella saadut hoitotulokset ovat olleet joko yhtä hyviä tai parempia kuin leikkauksilla saadut tulokset. Neurologisten sairauksien hoidossa kuntoutuksella on keskeinen osuus.

Saadaksemme kuvaa ikäryhmäkohtaisesta kuntoutuksen käytöstä tehtiin THL:n hoitoilmoitusjärjestelmästä (Hilmo) poiminta vuoden 2015 fysiatrian yksiköiden aineistosta. Koska kuntoutus itsenäisinä jaksoina on erikoissairaanhoidossa lukumääräisesti vähäistä, yhdistettiin se tarkastelussa fysiatrian avohoitoon. Sairaanhoitopiirien fysiatrian ja kuntoutusten käyntimäärät



Kuva 1. Fysiatrian avohoitokäynnit vuonna 2015 erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa

vähenevät 65 ikävuoden jälkeen. Erikoissairaanhoidon fysiatrian yksiköt eivät ole ikääntyneiden kuntoutuksessa parhaita asiantuntijoita.

Osastohoitojaksojen sisältö eri erikoisaloilla voi olla myös kuntoutuksellista, mutta tämä osuus ei välttämättä kirjaudu kuntoutusjaksoina eivätkä siten näy kuntoutustilastoissa. Erikoissairaanhoidon varsinaiset kuntoutusvuodeosastot ovat myös eri erikoisalojen yhteydessä noin puolessa keskussairaaloista, joissa on erityinen kuntoutusvuodeosasto.

Sotainvalidien hoito- ja kuntoutuslaitoksille on kertynyt jo 25–40 vuotta osaamista ja kokemusta erityisesti ikääntyneiden vaativasta, toimintakykyä tukevasta avo- ja laitoskuntoutuksesta, ja ne ovat sote-alueilla osa vakiintunutta palvelujärjestelmää.

Sairaanhoitopiirien fysiatrian erikoisalan ja kuntoutusten käyntimäärät vähenevät 65 ikävuoden jälkeen. Ilmiö näkyy myös muiden erikoisalojen käytössä. Fysiatrian erikoissairaanhoidon avohoito on keskittynyt kuntouttamaan työikäistä väestöä.

1.3 Nykyinen kuntoutus perustasolla

Perustasolla ymmärretään erikoissairaanhoidon ulkopuolisia sosiaali- ja terveyspalveluja, jotka tuotetaan erilaisissa sosiaali- ja terveyskeskuksissa. Näitä kutsutaan seuraavassa yksinkertaisemmin terveyskeskuksiksi.

Terveyskeskusten kuntoutus voi vaihdella sijaintipaikan mukaan. Joissakin terveyskeskuksissa ei ole lainkaan pysyvästi vuoteeseen hoidettavia potilaita, ja joissakin merkittävä osa potilaista makaa vaipoitettuina vuoteessa. Terveyskeskuksen 30-paikkaisen osaston ”kuntouttava hoito-ote” saattaa tarkoittaa tunnin pituista yksilökuntoutusta viikossa. Muu aika voi olla pääosin istumista ja vuodelepoa. Kuntosalia ei ole, tai se on joskus voitu ottaa muuhun käyttöön. Tämä järjestelmä tuottaa vanhuksille pysyviä hoitopäätöksiä. Kun päätös pitkäaikaisesta hoidosta on tehty, katoavat kaikki kuntoutustavoitteet. Loppuaika on pääsääntöisesti vuodelepoa. Seurauksena on kunnon huononeminen ja elämän ennenaikainen päättyminen.

Kuntoutusta arvioitaessa on otettava huomioon, mitä sillä tarkoitetaan. Kuntoutusjakso kuntoutussairaalassa merkitsee tavoitetta kotiuttaa vanhus takaisin itsenäiseen elämään tarvittaessa tuettuna. Kuntouttavaa toimintaa on 5–6 tuntia päivässä.

Kuntoutumista tukeva hoitotyö on kuntoutuksen perusta. Tämä tarkoittaa hoitohenkilökunnan toteuttamaa voimaannnuttavaa kuntoutusta ja arkiliikkumisen tukemista potilaan/asiakkaan suorittaessa päivittäisiä toimintoja, esimerkiksi potilaan/asiakkaan tukemista ja ohjaamista omatoimisuuteen ruokailussa, pesuissa ja pukeutumisessa. Kuntoutuksen perustana on moniammatillinen tiimi, joka suunnittelee ja toteuttaa yhdessä potilaan kanssa kuntoutuksen, arvioi tavoitteiden saavutuksia ja asettaa uudet tavoitteet. Tavoitteena on

aina vanhuksen voimaannuttaminen, mutta ei kuntouttaminen takaisin itsenäiseen elämään.

Isoissa kaupungeissa perusterveydenhuolto järjestää jo alkuvaiheen kuntoutusta. Esimerkiksi lonkkamurtumapotilaat siirretään entistä nopeammin jatkohoitoon terveyskeskukseen, jossa on tai jonne on saatavissa geriatrisen potilaan kuntoutuksen osaamista. Taajamien ulkopuolella tilanne on usein toinen.

Perusterveydenhuollossa hoidetaan palliatiivisia potilaita, joiden oireita lievitetään heidän sairastaessaan parantumatonta sairautta. Parantumattomasti sairas saattaa tarvita oireita lievittävää hoitoa kuukausien tai vuosien ajan. Palliatiivisen hoidon loppuvaiheen eli saattohoidon päämääränä on kuolevan ja hänen läheistensä mahdollisimman hyvä elämänlaatu.

Sotainvalidien hoito- ja kuntoutuslaitosten ohella myös erityisesti terveyskeskuksissa, joissa on erillinen kuntoutusyksikkö, potilaiden ja asiakkaiden kuntoutus on kehittynyt viime vuosien aikana, ja asiakkaiden arkiliikkumista tuetaan ja siihen kannustetaan. Asiakkaiden kuntoutumista myös mitataan säännöllisesti käyttäen toimintakyvyn mittareita, kuten RAI:ta tai vastaavia.

Monien kuntien sosiaali- ja terveyskeskuksissa ei ole enää pitkäaikaishoitoa, ja näissä kunnissa on siirrytty kuntouttavaan palveluasumiseen laitoshoidon sijaan.

1.4 Kelan rahoittama kuntoutus

Kelan rahoittama kuntoutus kohdistuu pääosin työikäiseen väestöön. Vuotuinen Kelan kuntoutustilasto 2015 -julkaisu sisältää keskeiset tiedot Kelan kuntoutuspalveluista. (ISSN 1796-0479 = Suomen virallinen tilasto (sähköinen) ISSN 1796-0894 = Kelan kuntoutustilasto (sähköinen)). Siinä on kattavasti tiedot Kelan kuntoutujista, joita on noin 115 000. Lisäksi lähes 60 000 henkilöä sai kuntoutusrahaa. Psykoterapiaa sai 27 000 henkilöä, joista 8 700 oli nuoria. Julkaisu sisältää yksityiskohtaiset tiedot kuntoutustoimenpiteistä, toimenpiteistä aiheutuneista kustannuksista ja kuntoutusrahasta.

Vaativan kuntoutuksen ikäraja Kelalla on 65 vuotta. Jonkin verran on tarjolla harkinnanvaraista laitoskuntoutusta iäkkäille.

Kelan kuntoutus on vakiintunut järjestelmä, johon sote-uudistus ei ehkä suoraan vaikuta.

1.5 Ennalta ehkäisevä toiminta

Ennaltaehkäisevään toimintaan ja toimintakyvyn ylläpitoon liittyy läheisesti alueen väestön oma aktiivisuus, yhteisöllisyys ja oma vastuu. Toimintakyvyn säilymisen perusta on ihmisen oma toiminta ja vastuu liikkumiskykynsä tukemisesta. Joka organisaatiotaholla on tuotava aktiivisesti esille liikkumisen merkitystä toimintakyvyn kehittymiseen ja ihmisen elämänlaatuun. Aktiivisuus

elämässä ja hyvä elämänlaatu taas edesauttavat entisestään pitämään huolta itsestään.

Yhdyskunta ja naapurusto voivat tukea terveitä elintapoja – tai olla tukematta niitä. Tämä on sote-ratkaisun jälkeinen kunnan tärkeä tehtävä terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitäjänä. Yhdyskunnan psyykkinen ja sosiaalinen hyvinvointi ei ole yksinomaan terveysviranomaisten asia, vaan siihen liittyy koko yhteiskunta alkaen kaavoittajasta, rakentamisesta ja palvelujen sijoittamisesta.

Sosiaalisten ja psyykkisten ongelmien kuntoutusta tapahtuu nykyisin etupäässä lähipalvelujen yhteydessä tai erillisissä kuntoutusyksiköissä, mutta toiminnasta ei ole saatavissa julkisia yhteenvetotilastoja.

Lisäksi väestö hankkii itse erilaisia kuntoutuspalveluja kuntosaleilla ja muissa vastaavissa järjestelmissä. Tämä osio on merkittävä lisä, vaikka sen tilastointi on puutteellista.

2 Havaintoja nykyisestä palvelujärjestelmästä

Luvussa käydään läpi nykyiset palvelujärjestelmät ja niiden toiminnallisia ominaisuuksia.

2.1 Ikääntyvän väestön palvelut 31.12.2015 THL:n laskennan valossa

THL kerää vuosittain 31.12. kaikesta kodin ulkopuolisesta eriasteisesta asumisesta tai hoiva-asumisesta yksilötason tiedot. Näitä ovat esimerkiksi tulosyyt tai palvelujärjestelmässä olosyyt. Henkilökunta arvioi hoitotarpeen jne. Yksikkötason tarkasteluissa löytyy epäloogisuuksia, mutta yleisellä tasolla tarkasteltuna tiedot ovat luotettavia ja antavat hyvän kuvan kokonaisuudesta.

Seuraavat tiedot perustuvat 31.12.2015 tehtyyn laskentaan, ja ne on tulostettu 3.2.2017. Rekisteriä täydennetään ja tarkistetaan jatkuvasti. Siksi SOTKA-rekisterin tiedot ovat tuoreempia, ja SOTKA-tietokannan tiedot voivat olla erilaisia.

Laskenta on jaoteltu vanhainkoteihin, tehostettuun palveluasumiseen ja tavalliseen palveluasumiseen erikseen aikuisille ja vanhuksille sekä terveyskeskusten lyhytaikaiseen ja pitkäaikaiseen vuodeosastoon.

Käyttämällä keskimääräistä hoitoaikaa ja arvioitua keskimääräistä hoitopäivän hintaa 123 euroa/vrk voidaan arvioida keskeneräisen hoidon kustannukseksi noin 5,4 miljardia euroa.

Taulukko 1.

Suomen vanhuspalvelujärjestelmä 31.12.2015 THL:n laskennan valossa

Vanhusten palvelujärjestelmä 31.12.2015	Henkilöitä	Hoitoaika pv	Keski-ikä	Päivän hinta €	Jakson hinta €	Kertynyt kustannus M €	Vuoden keskiarvokustannus M €
Vanhainkoti	9 494	701	84	130	91 128	865	450
Tehostettu palveluasunto	39 869	627	84	130	81 496	3 249	1 892
Palveluasunto vanh.	5 458	1 213	81	90	109 144	596	179
Palveluasunto aik.	2 181	1 652	53	90	148 657	324	72
Terveyskeskus, lyhyt	7 052	18	79	220	3 977	28	566
Terveyskeskus, pitkä	2 792	651	82	190	123 684	345	194
Yhteensä	**66 846**	**655**	**82**	**123**	**80 897**	**5 408**	**3 353**

Tarkasteltaessa taulukosta 1 puhtaasti vanhuspalveluja on jätettävä pois terveyskeskusten akuuttitoiminta ja aikuisväestön päiväaikaisella hoidolla tuetut palveluasunnot. Näin ollen varsinaisia vanhuspalveluja oli noin 57 600 henkilölle.

Jos tarkastelemme ympärivuorokautisia palveluja, terveyskeskusten pitkäaikaishoitoa, vanhainkoteja ja tehostettuja palveluasuntoja, on näitä paikkoja yhteensä 54 155. Kun vuonna 2015 yli 75-vuotiaita oli noin 500 000, merkitsee 92 %:n kotona asumistavoite noin 40 000 ympärivuorokautista paikkaa. Järjestelmä on siis noin 14 000 paikkaa eli noin kolmanneksen liian suuri.

2.2 Terveyskeskusten pitkäaikaisosasto – jäänne eilisestä

THL jakaa terveyskeskuksen vuodeosaston kahteen osaan, akuuttihoitoon ja pitkä-aikaiseen hoitoon. Rajana pidetään 90 vuorokauden hoitoaikaa, joka mahdollistaa automaattisen pitkäaikaispäätöksen tekemisen.

Tämä 90 vrk:n raja poikkeaa useiden EU-maiden käytännöistä, joissa hoitoaika vuodeosastoilla on rajoitettu 30 vuorokauteen, joissakin maissa jopa lakimääräisesti. Taustalla on kasvava keskustelu vuodelevon negatiivisista vaikutuksista. Tutkijat ovat esittäneet uutta tautia, HAD (Hospital Associated Disability), kuvaamaan pidempiaikaisen vuodelevon aiheuttamia haittavaikutuksia.

Lääkintöhallituksen valtakunnan suunnitelmissa arvioitiin terveyskeskustason akuuttitarpeen olevan noin 0,5–1,0 sairaansijaa tuhatta asukasta kohti sekä pitkäaikaisen laitossairaalahoidon vastaavasti 2,5–3,0 tuhatta asukasta kohti.

Tämä laitossairaalajärjestelmä purettiin Euroopassa 1970-luvun alussa. Noin kolmannes konservatiivisista paikoista suljettiin. Pohjoismaista purettiin långvård, viimeisenä Ruotsissa vuonna 1992 Ädelreformin yhteydessä.

Tässä Suomi on nyt jäljessä Eurooppaa ja muita Pohjoismaita. Meillä oli 31.12.2015 edelleen terveyskeskuksissa 2 800 pitkäaikaista vuodeosastopaikkaa. Tilanne on erilainen maan eri osissa, kuten seuraavasta taulukosta 2 ilmenee.

Taulukko 2.

Terveyskeskusten pitkäaikaisen hoidon paikkamäärä 31.12.2015 tuhatta yli 75-vuotiasta asukasta kohti sairaanhoitopiireittäin ja suurissa kaupungeissa

Terveyskeskuksen pitkäaikaiset paikat 31.12.2015	Paikat	Yli 75- v	Paikat / 1 000 yli 75-vuot.	Terveyskeskuksen pitkäaikaiset paikat, isot kaupungit 31.12.2015	Paikat	Yli 75-vuot.	Paikat / 1 000 yli 75-v
Koko maa	2 792	480 839	5,8	Joensuu	349	6 501	53,7
Pohjois-Karjalan SHP	293	17 622	16,6	Lahti	392	9 805	40,0
Vaasan SHP	222	16 472	13,5	Vaasa	196	5 710	34,3
Lapin SHP	132	11 748	11,2	Turku	538	16 499	32,6
Kainuun SHP	92	8 521	10,8	Vantaa	239	11 613	20,6
Päijät-Hämeen SHP	226	21 190	10,7	Salo	44	5 595	7,9
Varsinais-Suomen SHP	452	44 985	10,0	Seinäjoki	31	4 718	6,6
Etelä-Savon SHP	94	12 489	7,5	Mikkeli	36	5 714	6,3
Länsi-Pohjan SHP	48	6 461	7,4	Espoo	74	13 807	5,4
Pohjois-Savon SHP	162	25 257	6,4	Oulu	59	11 711	5,0
Itä-Savon SHP	30	5 706	5,3	Hämeenlinna	29	7 006	4,1
Etelä-Karjalan SHP	73	14 849	4,9	Helsinki	163	43 267	3,8
Helsingin ja Uudenm. SHP	466	104 577	4,5	Kuopio	35	9 322	3,8
Etelä-Pohjanmaan SHP	84	20 688	4,1	Kouvola	27	9 483	2,8
Keski-Pohjanmaan SHP	28	7 266	3,9	Kotka	11	5 666	1,9
Pohjois-Pohjanmaan SHP	108	30 352	3,6	Jyväskylä	16	9 639	1,7
Pirkanmaan SHP	143	47 054	3,0	Lappeenranta	11	7 026	1,6
Keski-Suomen SHP	56	22 531	2,5	Tampere	21	18 105	1,2
Kanta-Hämeen SHP	37	17 047	2,2	Rovaniemi	3	4 840	0,6
Kymenlaakson SHP	36	18 877	1,9	Pori	2	9 078	0,2
Satakunnan SHP	9	24 616	0,4				

Ero kärjessä olevien konservatiivisten sairaanhoitopiirien sekä kuntien ja vastaavasti listan alaosassa olevien modernien toimintamallien välillä on yli kymmenkertainen. Kärjessä kuntoutus ei ole päässyt näissä olosuhteissa painopistealueeksi. Tilanne on vuoden 2015 jälkeen jo muuttunut, mm. Päijät-Hämeen osalta pitkäaikaishoitoa on oleellisesti vähennetty.

Taulukon 2 perusteella voidaan pitää varmana, että systemaattisen ja tavoitteellisen kuntoutuksen puutteen vuoksi moni henkilö jää asumaan palvelujärjestelmään, vaikka heidät toisenlaisella hoito-otteella olisi voitu kuntouttaa toimintakykyisiksi kotiin. Monissa terveyskeskuksissa keskeisenä tavoitteena ei ole toimintakyvyn palauttaminen ja kotiutus. Syynä saattaa olla kuntoutustilojen puute.

2.3 Järjestelmään tulosyyt

Taulukossa 3 ovat palveluita käyttävät henkilöt tulo- tai palveluissaolosyittäin terveyskeskussairaaloissa, vanhainkodeissa ja eritasoisissa palveluasunnoissa. Tämä taulukko antaa siis kokonaiskuvan niistä henkilöistä, jotka ovat niin sairaita, että THL pitää heistä yksilötason rekisteriä.

Varsinainen sairauden hoito on poikkileikkauksessa 31.12.2015 vaatinut vain 2 % hoitopäivistä eli todella yllättävän vähän. Merkittävää on, että yli puolet henkilöistä on muistisairaita ja yli puolet kustannuksista tulee heidän hoidostaan. Kun tähän lisätään itsensä huolehtimisen vajavuus eli vanhuuden hauraus (gerastenia), ollaan jo 75 prosentissa. Jos näiden kahden ryhmän tarpeet ratkaistaan, on samalla ratkaistu ikääntymisen hoivatarve.

Taulukko 3.

Tulosyyt palvelujärjestelmään, kaikki laskennan yksiköt

THL laskenta tulosyittäin 31.12.2015	Henkilöitä	Henkilöt %	Hp jakson alusta	Hp %	Hoitoaika pv	Keski-ikä	Hoitoi-suus	Jakson hinta (123 €/vrk)	Kertynyt kustannus M €	Vuoden keskiarvo-kustannus M €
11 Itsensä huolehtimisen	15 108	23 %	10 401 009	24 %	688	81	4,2	84 967	1 284	681
12 Liikkumiskyvyn vajavu	3 326	5 %	3 433 674	8 %	1 032	76	4,2	127 415	424	150
2D Dementia, muistamatt	35 264	53 %	23 003 049	53 %	652	84	4,5	80 508	2 839	1 589
2X Muut hermostolliset s	832	1 %	1 056 289	2 %	1 270	75	4,0	156 690	130	37
32 Muu psykiatr. sairaus,	1 116	2 %	1 229 875	3 %	1 102	70	3,8	136 013	152	50
34 Yksinäisyys,turvattom	1 051	2 %	962 450	2 %	916	87	2,6	113 021	119	47
35 Asumisongelmat	622	1 %	1 013 901	2 %	1 630	80	2,6	201 182	125	28
37 Hoitajan loma	553	1 %	44 561	0 %	81	81	3,8	9 945	5	25
3X Muut psyyk.-sosiaalis	1 808	3 %	1 592 527	4 %	881	77	3,8	108 711	197	81
4 Kuntoutus	928	1 %	138 048	0 %	149	80	3,2	18 360	17	42
6 Som.sairauden tutkim.	6 238	9 %	939 606	2 %	151	79	2,4	18 590	116	281
Yhteensä	**66 846**	**100 %**	**43 814 989**	**100 %**	**655**	**82**	**4,1**	**80 897**	**5 408**	**3 011**

Muistisairaus ja dementia ovat 53 % sekä lukumäärästä että keskeneräisen hoidon hoitopäivistä. Itsensä huolehtimisen vajavuus oli lukumääräisesti 23 % ja hoito-päivistä 24 %, yhteensä nämä ovat 76 % kaikista tulosyistä. Kuntoutus oli merkitty tulosyyksi tai laitoksessa olosyyksi vain 928 henkilöllä eli 1,4 %:lla.

Taulukko 4.

Tulosyy kuntoutus vanhusten laitospalvelujärjestelmässä 31.12.2015

Kuntoutuksen palveluasuminen 31.12.2015	Henkilöitä	Henkilöt %	Hp jakson alusta	Hp %	Hoitoaika pv	Keski-ikä	Hoitoi-suus	Jakson hinta (ka 147 €/vrk)	Kertynyt kustannus M €	Vuoden keskiarvo-kustannus M €
Vanhainkoti	213	23 %	36 696	27 %	172	83	3,5	22 397	4,8	10,1
Tehostettu palveluasunto	133	14 %	31 689	23 %	238	81	3,9	30 974	4,1	6,3
Taval. palv.as aik	6	1 %	3 680	3 %	613	36	3,3	55 200	0,3	0,2
Taval. palv.as vanh.	18	2 %	16 803	12 %	934	43	2,9	84 015	1,5	0,6
Terveyskeskus, lyhyt	421	45 %	9 059	7 %	22	79	2,9	4 734	2,0	33,8
Terveyskeskus, pitkä	137	15 %	40 121	29 %	293	80	3,3	55 642	7,6	9,5
Yhteensä	**928**	**100 %**	**138 048**	**100 %**	**149**	**80**	**3,2**	**21 928**	**20,3**	**60,5**

Jos kuntoutusjakson tavoiteaika kuntoutuslaitoksessa on korkeintaan kuukausi, niin ainoastaan terveyskeskusten lyhytaikainen hoito 421 potilaan osalta 22 vuorokauden hoitoajalla täyttää tämän vaatimuksen. Laitosten yli 500 vuorokauden kestoiset kuntoutusjaksot ovat jatkuvia kuntoutusjaksoja tai vääriä kirjauksia. Tässä ryhmässä keski-ikä on 79,3 vuotta, kun kaikkien henkilöiden keski-ikä on 82 vuotta.

Iäkkäiden kuntoutus kuuluu pääsääntöisesti perusterveydenhuoltoon. Siksi erikoissairaaloiden kuntoutus ei näy näissä luvuissa. Taulukoissa sairauden hoito tulosyynä voi sisältää kuntoutusta, mutta keski-ikä 79 vuotta osoittaa, ettei toiminnalla ole merkitystä yli 80-vuotiaiden ikäihmisten kohdalla.

2.4 Käsitteitä ja vaihtoehtoisten kustannusten arviointi

Aluksi tarkastelemme käytettyjä käsitteitä. Kun puhutaan laitoksista, tarkoitetaan terveyskeskusten pitkäaikaishoitoa, vanhainkoteja ja tehostettua ympärivuorokautista palveluasumista. Näissä kaikissa on ympärivuorokautinen miehitys.

Vanhainkodin ja palveluasunnon välistä eroa on vaikea havaita. Sitä pitää lähestyä maksujärjestelmän kautta. Viranomaiset lähtevät siitä, että jos laki määrittelee paikan kodiksi, on kyseessä koti. Näin esimerkiksi tehostettu tai tavallinen palveluasunto on koti huolimatta siitä, että osa niistä on suunniteltu ja rakennettu laitoshoidon periaatteilla: teoreettinen päivähuone ja ahtaat, jopa alle 10 m^2:n asuinhuoneet eikä juurikaan omia huonekaluja.

Kuntoutuskäsitettä käytetään pääsääntöisesti merkitsemään kuntoutussairaalan tai osaston päivässä 5–6 tuntia kuntouttavaa toimintaa sisältävästä kuntoutusjaksosta, joka tavoitteena on potilaan tai kuntoutettavan palauttaminen toimintakykyisenä itsenäiseen asumiseen.

Osastoilla tapahtuva kuntouttava hoitotyö on luonteeltaan toisenlaista. Siitä puuttuu selvä kotiuttamistavoite. Toimintaa kuvaisi ehkä paremmin termi voimaannuttava hoitotyö.

Kun seuraavassa tarkastelussa puhumme alkuperäisen kodin ulkopuolisesta asumisesta, on tarkastelussa silloin mukana myös tavallinen palveluasuminen. Tähän on seuraavat perusteet.

Kun tavallisissakin palveluasunnoissa asuu erilaisten hälytysjärjestelmien tukemana niin sairaita henkilöitä, että heidän kunnostaan pidetään THL:ssä yksilötason rekisteriä, olisi ne syytä laskea muiden palveluasuntojen kanssa samaan ryhmään. Rajanveto senioriasumiseen on selvä: koti on itsenäinen yksikkö, se kalustetaan itse, asuintila on tavallisesti vähintään 25 m^2 eikä THL rekisteröi asukkaiden kuntoa.

Toinen syy on se, että tavalliset ja tehostetut palveluasunnot sekä vanhainkodit ovat rakennuksina samanlaisia laitosmaisia ahtaita tiloja. Asunnot on usein tehty periaatteella pieni huone ja yhteinen oleskelutila. Jos tavallisessa palvelu-

asunnossa oman huoneen koko on 8–9 m^2 ja pääosan siitä vie iso sänky, ei kodista voida puhua.

2.4.1 Kuntoutuksen kustannusvaikutuksen arviointi

Kuntoutuksen hyödylle voidaan arvioida kustannus seuraavasti. Vaikka kuntoutuksella onnistutaan Eksoten kokemusten mukaan kuntouttamaan jo tukipalveluja saaneita vanhuksia täysin itsenäisesti toimiviksi, on tämän raportin laskelmassa oletettu, että kaikki vanhukset tarvitsevat kotiin tukipalveluita määrän, joka maksaa noin 10 000 euroa vuodessa. Tiedossa olevat vaihteluvälit ovat 8 000–11 000 euroa.

Laitoshoidon ja 24 h -palveluasumisen kustannukset vaihtelevat. Niistä ei ole saatavissa julkista tietoa, mutta tiedossa on kuukausihintoja ja vuosikustannuksia. Ne vaihtelevat 45 000–60 000 euron välillä. Jos arvioimme vuorokauden hinnaksi 130 euroa, on laitosvuoden hinta 47 450 euroa ja kotihoidon hinta 10 000 euroa. Erotus on 37 450 euroa vuodessa.

Seuraavissa laskelmissa käytämme laitosvuoden hintana 45 000 euroa, kotihoidon hintana 10 000 euroa ja laitoksesta kotiin siirtymisen vuosisäästönä 35 000 euroa.

Jos kuntoutuksen puutteen vuoksi järjestelmässä on tarpeettomasti 10 000 henkilöä, saadaan arvioitua kustannukset kertomalla 10 000 x 35 000 euroa, eli kuntoutusvajeen kustannus olisi karkeasti noin 350 miljoonaa euroa.

2.5 Kodin ulkopuolinen asuminen sairaanhoitopiireittäin

Seuraavassa taulukossa 5 tarkastelemme tilannetta 31.12.2015 suoritetun potilas- ja asiakaslaskennan valossa sairaanhoitopiireittäin. Sarakkeittain taulukko 5 on seuraava. Aluksi tulevat järjestelmät, joissa on 24 tunnin palveluja. Paikkojen yhteismäärää tarkastellaan yli 75-vuotiaiden määrään suhteutettuna. Ylimäärä lasketaan vertaamalla paikkoja vanhuspalvelujärjestelmän määrittelemään tasoon, jossa 92 % yli 75-vuotiaista asuu omassa kodissaan.

Taulukkoon lisätään tavalliset päiväaikaiset palveluasunnot. Lopuksi verrataan näin muodostuneen kokonaisuuden paikkamäärää yli 75v. määrään ja arvioidaan ylimäärä sekä sen kustannukset.

Listaan olisi vielä syytä ottaa terveyskeskussairaalassa olevat sellaiset potilaat, joiden hoitoaika ylittää 30 vuorokautta mutta alittaa 90 vuorokautta. Heitä oli 31.12.2015 yhteensä 1 479. Osa heistä on pitkäkestoisessa kuntoutuksessa, osa odottamassa sitä, että 90 vuorokauden kohdalla tehdään päätös pysyvästä hoidosta. Jos jako olisi puolet ja puolet, lisääntyisi paikkaylimäärä vastaavasti ja myös laskennallinen säästötavoite noin 25 miljoonaa euroa.

Taulukko 5.

Sairaanhoitopiirien rakenne kodin ulkopuolisessa asumisessa 31.12.2015

Sairaanhoitopiiri	Tk- pitkä-aikainen	Vanhain-kodit	Tehostet-tut palvelu-asunnot	Yhteensä 24/7 palvelut	Paikko-ja % yli 75 v.	Ylimäärä tasoon 8% yli 75 v. kotona	Vanhuste tavallinen palvelu asunto	Kaikki asumis-muodot yhteensä	Paikkoja % yli 75 vuot.	Ylimäärä tasoon 8% yli 75 v. kotona	Ylimääräisten paikkojen vuosi-kustanus M€
Ahvenanmaa		141	190	331	13,1	129	0	331	13,1	129	4
Etelä-Karjalan SHP	73	218	898	1 189	8,0	1	272	1 461	9,8	273	10
Etelä-Pohjanmaan SHP	84	394	1 874	2 352	11,4	697	203	2 555	12,4	900	31
Etelä-Savon SHP	94	88	1 129	1 311	10,5	312	98	1 409	11,3	410	14
Helsingin ja Uudenmaa	466	2 672	7 848	10 986	10,5	2 620	1 440	12 426	11,9	4 060	142
Itä-Savon SHP	30	100	503	633	11,1	177	66	699	12,3	243	8
Kainuun SHP	92	42	781	915	10,7	233	162	1 077	12,6	395	14
Kanta-Hämeen SHP	37	496	1 403	1 936	11,4	572	123	2 059	12,1	695	24
Keski-Pohjanmaan SHP	28	95	681	804	11,1	223	32	836	11,5	255	9
Keski-Suomen SHP	56	501	2 011	2 568	11,4	766	226	2 794	12,4	992	35
Kymenlaakson SHP	36	354	2 141	2 531	13,4	1 021	375	2 906	15,4	1 396	49
Lapin SHP	132	166	1 036	1 334	11,4	394	165	1 499	12,8	559	20
Länsi-Pohjan SHP	48	93	553	694	10,7	177	61	755	11,7	238	8
Pirkanmaan SHP	143	1 238	3 270	4 651	9,9	887	515	5 166	11,0	1 402	49
Pohjois-Karjalan SHP	293	76	1 935	2 304	13,1	894	182	2 486	14,1	1 076	38
Pohjois-Pohjanmaan SH	108	656	2 583	3 347	11,0	919	219	3 566	11,7	1 138	40
Pohjois-Savon SHP	162	303	2 084	2 549	10,1	528	388	2 937	11,6	916	32
Päijät-Hämeen SHP	226	216	1 788	2 230	10,5	535	80	2 310	10,9	615	22
Satakunnan SHP	9	578	2 321	2 908	11,8	939	178	3 086	12,5	1 117	39
Vaasan SHP	222	310	1 386	1 918	11,6	600	107	2 025	12,3	707	25
Varsinais-Suomen SHP	452	757	3 453	4 662	10,4	1 063	565	5 227	11,6	1 628	57
Koko maa	**2 791**	**9 494**	**39 868**	**52 153**	**11**	**13 686**	**5 457**	**57 610**	**12,0**	**19 143**	**670**

Kodin ulkopuoliset asumispalvelu 31.12.2015	Vanhain-kodit	Tehos-tettut palv. asunnot	Tk-pitkäaik. vuodeos	24 h / 7 d palveluja yhteensä 2015	Palve-luissa % yli 75 v. väes-töstä	Tavoite palveluis-sa 8 % yli 75 v.	Paikkoja yli tavoite-tason	Paikkoja yli tavoite-tason %	Tavalli-nen vanhusten palv. asunto	Kaikkia asumis-muodot yhteensä	Ylimää-räiset paikat tsoon 8 % yli 75 v.	Ylimää-räisten paikkojen vuosi-kustannus M€
Ahvenanmaa	141	190		331	13	202	129	163	0	331	129	4,5
Etelä-Karjalan SHP	218	898	73	1 189	8	1188	1	100	272	1 461	273	9,6
Etelä-Pohjanmaan SHP	394	1 874	84	2 352	11	1655	697	142	203	2 555	900	31,5
Etelä-Savon SHP	88	1 129	94	1 311	10	999	312	131	98	1 409	410	14,3
Helsingin ja Uudenmaan SH	2 672	7 848	466	10 986	11	8366	2620	131	1440	12 426	4 060	142,1
Itä-Savon SHP	100	503	30	633	11	456	177	139	66	699	243	8,5
Kainuun SHP	42	781	92	915	11	682	233	134	162	1 077	395	13,8
Kanta-Hämeen SHP	496	1 403	37	1 936	11	1364	572	142	123	2 059	695	24,3
Keski-Pohjanmaan SHP	95	681	28	804	11	581	223	138	32	836	255	8,9
Keski-Suomen SHP	501	2 011	56	2 568	11	1802	766	142	226	2 794	992	34,7
Kymenlaakson SHP	354	2 141	36	2 531	13	1510	1021	168	375	2 906	1 396	48,9
Lapin SHP	166	1 036	132	1 334	11	940	394	142	165	1 499	559	19,6
Länsi-Pohjan SHP	93	553	48	694	11	517	177	134	61	755	238	8,3
Pirkanmaan SHP	1 238	3 270	143	4 651	10	3764	887	124	515	5 166	1 402	49,1
Pohjois-Karjalan SHP	76	1 935	293	2 304	13	1410	894	163	182	2 486	1 076	37,7
Pohjois-Pohjanmaan SHP	656	2 583	108	3 347	11	2428	919	138	219	3 566	1 138	39,8
Pohjois-Savon SHP	303	2 084	162	2 549	10	2021	528	126	388	2 937	916	32,1
Päijät-Hämeen SHP	216	1 788	226	2 230	11	1695	535	132	80	2 310	615	21,5
Satakunnan SHP	578	2 321	9	2 908	12	1969	939	148	178	3 086	1 117	39,1
Vaasan SHP	310	1 386	222	1 918	12	1318	600	146	107	2 025	707	24,8
Varsinais-Suomen SHP	757	3 453	452	4 662	10	3599	1063	130	565	5 227	1 628	57,0
Koko maa	**9 494**	**39 868**	**2 791**	**52 153**	**11**	**38467**	**13686**	**136**	**5457**	**57 610**	**19 143**	**670,0**

Seuraavassa taulukossa 6 on tarkasteltu samaa asiaa hiukan eri tavoilla ja saatu samansuuntainen mutta luvuiltaan erilainen tulos. Molemmat laskelmat osoittavat saman suuruusluokan säästömahdollisuutta.

Taulukko 6.

Sairaanhoitopiirikohtainen paikkaylimäärä vanhuspalvelulain tavoitetasoon verrattuna ja kuntoutuksen puutteen aiheuttama ylimääräinen kustannus eli kuntoutusvaje

Vanhusten kodin ulkop. asuminen 31.12.2015	Paikat	Yli 75 -v.	Henkilöt laitoksissa / Yli 75- v %	Hoitoaika jakson alusta vrk	Kertynyt kustannus M €	Laitospaikat taso 8 %	Ylimääräiset laitospaikat lkm	Ylimääräisen hoidon vuosi kustannus M €	Ylimääräisen hoidon kotihoitokust. (10 000 € / hlö) M €	Kuntoutusvajeen vuosikustannus M €
Koko maa	57 613	480 839	12 %	655	5 408	38 467	19 146	1 001	191	810
Kymenlaakson SHP	2 906	18 877	15 %	601	31	1 510	1 396	9	14	-5
Pohjois-Karjalan SHP	2 486	17 622	14 %	657	132	1 410	1 076	32	11	21
Ahvenanmaa	331	2 531	13 %	707	182	202	129	37	1	35
Lapin SHP	1 499	11 748	13 %	717	118	940	559	22	6	17
Kainuun SHP	1 077	8 521	13 %	909	1 400	682	395	206	4	202
Satakunnan SHP	3 086	24 616	13 %	592	60	1 969	1 117	13	11	2
Keski-Suomen SHP	2 794	22 531	12 %	593	134	1 802	992	29	10	19
Etelä-Pohjanmaan SHP	2 555	20 688	12 %	493	151	1 655	900	39	9	30
Vaasan SHP	2 025	16 472	12 %	662	69	1 318	707	13	7	6
Itä-Savon SHP	699	5 706	12 %	586	245	456	243	53	2	51
Kanta-Hämeen SHP	2 059	17 047	12 %	537	226	1 364	695	52	7	45
Helsingin ja Uudenmaan	12 426	104 577	12 %	778	160	8 366	4 060	24	41	-16
Pohjois-Pohjanmaan SH	3 566	30 352	12 %	638	63	2 428	1 138	12	11	0
Länsi-Pohjan SHP	755	6 461	12 %	632	447	517	238	81	2	79
Pohjois-Savon SHP	2 937	25 257	12 %	590	246	2 021	916	48	9	38
Varsinais-Suomen SHP	5 227	44 985	12 %	682	334	3 599	1 628	56	16	39
Keski-Pohjanmaan SHP	836	7 266	12 %	554	245	581	255	49	3	47
Etelä-Savon SHP	1 409	12 489	11 %	562	216	999	410	41	4	37
Pirkanmaan SHP	5 166	47 054	11 %	606	241	3 764	1 402	39	14	25
Päijät-Hämeen SHP	2 310	21 190	11 %	615	201	1 695	615	32	6	26
Etelä-Karjalan SHP	1 461	14 849	10 %	622	507	1 188	273	56	3	53

Kun sama laskelma tehdään suurista kaupungeista, saadaan seuraava taulukko.

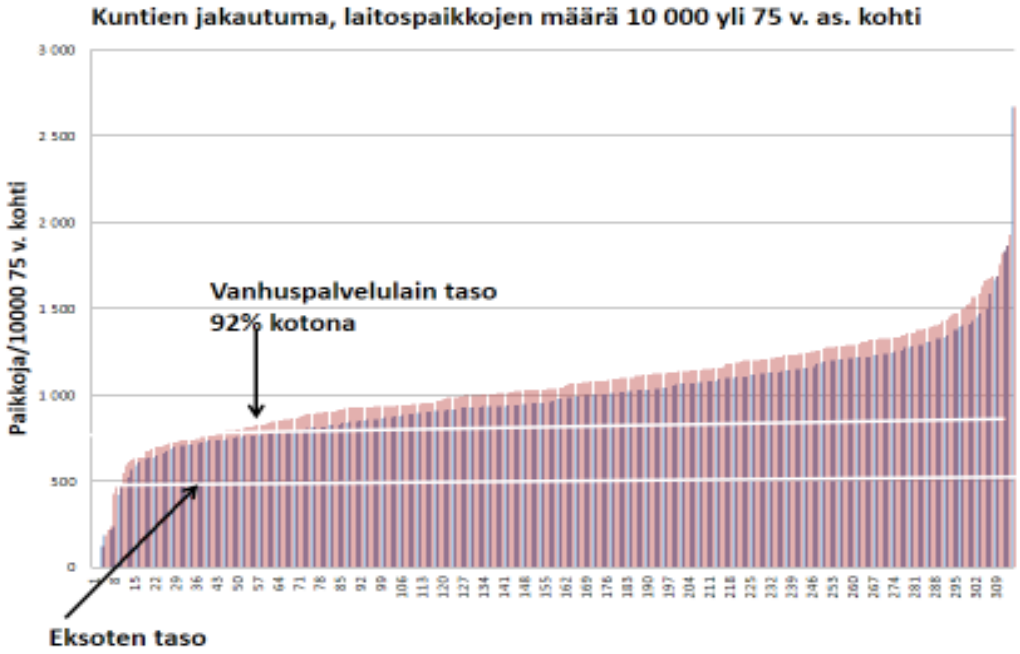
Taulukko 7.

Suuret kaupungit laskevassa järjestyksessä

Vanhusten kodin ulkop. asuminen isoissa kaupungeissa 31.12.2015	Paikat	Yli 75 -v.	Henkilöt laitoksissa / Yli 75- v %	Hoitoaika jakson alusta vrk	Kertynyt kustannus M €	Laitospaikat taso 8 %	Ylimääräiset laitospaikat lkm	Ylimääräisen hoidon vuosi kustannus M €	Ylimääräisen hoidon kotihoitokust. (10 000 € / hlö) M €	Kuntoutusvajeen vuosikustannus M €
Kotka	920	5 666	16 %	1 258	142	453	467	21	5	16
Kouvola	1 433	9 483	15 %	3 949	688	759	674	30	7	23
Helsinki	5 678	43 267	13 %	118	83	3 461	2 217	100	22	78
Hämeenlinna	905	7 006	13 %	704	88	560	345	17	3	14
Joensuu	839	6 501	13 %	977	105	520	319	15	3	12
Pori	1 156	9 078	13 %	388	56	726	430	20	4	15
Vantaa	1 431	11 613	12 %	596	101	929	502	22	5	17
Rovaniemi	591	4 840	12 %	1 049	73	387	204	9	2	7
Jyväskylä	1 158	9 639	12 %	577	94	771	387	20	4	16
Espoo	1 649	13 807	12 %	336	66	1 105	544	24	5	18
Salo	642	5 595	11 %	545	45	448	194	9	2	7
Lappeenranta	804	7 026	11 %	1 171	120	562	242	11	2	9
Oulu	1 291	11 711	11 %	438	72	937	354	17	4	13
Vaasa	629	5 710	11 %	828	63	457	172	8	2	6
Tampere	1 960	18 105	11 %	219	52	1 448	512	23	5	18
Turku	1 781	16 499	11 %	132	31	1 320	461	22	5	18
Seinäjoki	505	4 718	11 %	3 093	194	377	128	6	1	4
Lahti	1 031	9 805	11 %	1 465	191	784	247	11	2	9
Kuopio	945	9 322	10 %	517	70	746	199	10	2	8
Mikkeli	512	5 714	9 %	2 278	151	457	55	3	1	2

2.5.1 *Suuria kuntakohtaisia eroja*

Seuraavassa tarkastelemme kaikkien kuntien jakautumista laitospaikkojen määrän mukaan.



Kuva 2. Kuntien laitospaikkojen määrä yli 75-vuotiasta asukasta kohti

Kuvassa 2 on kaksi käyrää, alempi kuvaa 24 tunnin palveluja yli 75-vuotiaisiin suhteutettuna ja ylempään on lisätty tavallinen päiväaikaan tuettu tavallinen iäkkäiden henkilöiden palveluasuminen.

Kuvaan on asetettu kaksi rajaa, toinen vanhuspalvelulain mukainen raja 92 % asuu kotona ja toinen Eksoten saavuttama taso, jossa 95 % yli 75-vuotiaista asuu tuettuna kotona.

Kuntien ylipaikkaongelma syntyy siitä, että laitosjärjestelmään on helppo päästä, mutta kotiuttava kuntoutus puuttuu. Ikääntyneen toimintakyvyn palauttaminen ei ole palvelujärjestelmän keskeinen tavoite. Jos saadaan kuntoutus toimimaan, riittää nykyinen kodin ulkopuolinen asumiskapasiteetti myös suurten ikäluokkien tarpeeseen.

Tässä yhteydessä törmätään myös periaatteellisiin kysymyksiin. Ruotsissa luovuttiin jo 1980-luvulla siitä, että laitos saa tehdä itse päätöksen pysyvästä hoitoon otosta. Pysyvät sijoitukset tehdään Ruotsissa tulevasta hoitopaikasta riippumattoman elimen toimesta kuntoutusjakson jälkeen. Terveyskeskuksen kyky tehdä pysyviä hoitopäätöksi omaan yksikköön on hoitokäytäntö, josta pitäisi päästä eroon.

Sairaanhoitopiirien sisällä kunnat ovat kovin erilaisia. Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiri otettiin tähän esimerkkinä kuntakohtaisista eroista. Piirissä suoritettiin laitosten inventaario osana *Muuttuva yhteiskunta – Muuttuvat palvelut* -projektia. Aineisto on poikkileikkausaineisto ja kuvaa keskenerästä hoitoa jakson alusta tarkastelupäivään. Luvuissa ovat mukana myös tavalliset palveluasunnot.

Kuntakohtaiset erot näkyvät, kun tarkastellaan THL:n 31.12.2015 tehdyn potilas- ja asiakaslaskennan väestöön suhteutettuja toimintalukuja kunnittain.

Taulukko 8.

Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin palvelukäyttö kunnittain

Pohjois-Karjalan shp kunnittain, vanhusten laitoshoito 31.12.2015	Henkilöt	Yli 75- v	Henkilöt laitoksissa Y 75 %	Hoito-päivät jakson alusta	Jakson kesto vrk	Keski-ikä	Hoitoi-suus	Jakson keskihinta €	Kertynyt kustannus M €	Vuosikus-tannus M €
Juuka	167	757	22 %	89 332	535	82	4,5	69 540	11,6	7,9
Valtimo	57	347	16 %	23 967	420	81	3,8	62 966	3,6	3,1
Polvijärvi	85	522	16 %	78 340	922	81	3,5	105 953	9,0	3,6
Nurmes	189	1 164	16 %	103 242	546	82	4,1	69 466	13,1	8,8
Heinävesi	92	582	16 %	70 485	766	83	4,1	115 391	10,6	5,1
Kitee	237	1 529	16 %	113 390	478	83	4,7	59 335	14,1	10,7
Rääkkylä	53	356	15 %	50 378	951	81	4,1	123 569	6,5	2,5
Ilomantsi	133	900	15 %	80 051	602	81	4,4	78 245	10,4	6,3
Liperi	132	1 001	13 %	60 206	456	80	4,4	59 294	7,8	6,3
Outokumpu	113	861	13 %	56 039	496	83	4,7	75 631	8,5	6,3
Joensuu	839	6 501	13 %	637 459	760	80	3,6	104 311	87,5	42,0
Tohmajärvi	73	581	13 %	32 542	446	83	4,6	57 952	4,2	3,5
Lieksa	211	1 736	12 %	173 648	823	81	4,6	105 096	22,2	9,8
Kontiolahti	92	785	12 %	33 818	368	82	4,4	50 375	4,6	4,6

Lukijan kannattaa kiinnittää huomiota kahteen sarakkeeseen, keski-ikään ja hoitoaikaan. Laitosväestön keski-ikä vaihtelee 80 ja 83 vuoden välillä, ja hoitoaika jakson alusta vaihteli 368–950 vrk:n välillä eli 1,2 ja 2,6 vuoden välillä.

Keskimäärin kuntalaisia oli palvelujärjestelmässä noin 14 % yli 75-vuotiaiden määrästä, kun tavoitetaso omassa kodissa asumiseen on 8–9 %. Kysymys on ns. tavallisen palveluasunnon asemasta. Näissä on usein asumistilaa wc: ja eteistilojen jälkeen vain 12–16 m^2. Tilaa sängyn lisäksi muille oman kodin huonekaluille ei ole. Kun ikääntyneiden tavallisessa palveluasunnossa ollaan keskimäärin 3,3 vuotta, on kysymys laitosasumisesta, vaikka juridisesti paikan nimi on koti.

Toinen näkökulma saadaan, kun tarkastellaan tilannetta vuosikustannuksina vanhuspalvelujen tavoitetason mukaisesti. Tämä on tehty seuraavassa taulukossa. Sarake ”Ylimääräiset paikat” tarkoittaa sitä laitosvanhusmäärä, jonka pitäisi asua kotona vanhuspalvelulain suositusten mukaan. Heille on laskettu kotihoitoa 10 000 euron verran vuodessa. Laskelmassa käytetään kodin ulkopuolisen vuosikustannusten hintana 35 000 euroa.

Taulukko 9.

Pohjois-Karjalan ylipaikat kunnittain vuoden 2015 laskennan tulosten mukaan

Pohjois-Karjalan shp kunnittain, vanhusten laitos-hoito 31.12.2015	Henkilöt	Ylimääräiset paikat	Kotihoito ylimääräisille paikoille 10 000 € / vuosi M €	Ylimääräisten paikkojen laitoshoito / vuosi M €	Kustannus-säästö / vuosi M €
Joensuu	839	319	3,2	16,0	12,8
Kitee	237	115	1,1	5,2	4,0
Juuka	167	106	1,1	5,1	4,0
Nurmes	189	96	1,0	4,5	3,5
Lieksa	211	72	0,7	3,4	2,6
Ilomantsi	133	61	0,6	2,9	2,3
Heinävesi	92	45	0,5	2,5	2,0
Outokumpu	113	44	0,4	2,5	2,0
Liperi	132	52	0,5	2,5	1,9
Polvijärvi	85	43	0,4	1,8	1,4
Valtimo	57	29	0,3	1,6	1,3
Kontiolahti	92	29	0,3	1,5	1,2
Tohmajärvi	73	27	0,3	1,3	1,0
Rääkkylä	53	25	0,2	1,2	0,9
Yhteensä	**2 473**	**1 063**	**11**	**52**	**41**

Vanhuspalvelulain tavoite merkitsee siis Pohjois-Karjalan piirissä sitä, että 1 063 iäkästä olisi kuntoutettava toimintakykyiseksi asumaan itsenäisesi kotona tarvittaessa tuettuna.

Jos koti ei sovellu, tarvitaan taajaman keskustaan ikääntyville sopivia tavallisia vuokra-asuntoja, jotka sijaitsevat kävelymatkan päässä palvelujen tukipisteestä. Saatu kustannussäästö olisi vuoden 2015 tasolla noin 41 miljoonaa euroa.

2.6 Johtopäätöksiä

1. Perustasolla ei ole nyt olemassa alueellisesti toimivaa, tasalaatuista yli 70-vuotiaisiin kohdistuvaa systemaattista kuntoutusjärjestelmää. Sote-alue tarvitsee uuden alueellisen kuntoutusjärjestelmän. Sen tehtävänä on tarjota kuntoutusta tasavertaisesti kaikille ikäihmisille.

2. Palvelujärjestelmän koko väestöön suhteutettuna vaihtelee liikaa. Palvelumitoituksessa olisi harkittava ikäryhmäkohtaisia tavoitearvoja tai kuolemien lukumäärään perustuvaa ennakoivaa mitoitusta.

3. Ikäihmisten kuntoutus on tutkitusti tuloksellista ja yhteiskunnan kannalta vaikuttavaa. Ikäihmisten sekä lähipiirin elämänlaatua ja elinvoimaa voidaan merkittävästi tukea ennaltaehkäisevän kuntouttavan ja ylläpitävän

kuntoutuksen keinoin. Tässä luvussa olevien tarkastelujen perusteella kuntoutuksella on saavutettavissa sekä parempaa elämää että huomattavia kustannussäästöjä.

4. Väestöllä on oma vastuu kunnostaan. Tärkeää on ohjata ja sitouttaa väestöä huolehtimaan itse omasta toimintakyvystään ja liikkumaan koko elämän ajan. Ammattilaisten vastuulla on neuvoa ja ohjata asiakkaita tässä asiassa eri toimijatahoilla. On luotava kaikkialle toimivat kotikuntoutus-mallit tavoitteineen, joita arvioidaan säännöllisesti. Myös muita kuntoutuksen elementtejä on otettava käyttöön, mm. etäkuntoutuksen mallit.

5. Päätös pysyvästä sijoituksesta on tehtävästä kuntoutusjakson jälkeen riippumattoman elimen toimesta. Terveyskeskussairaaloiden käytäntö, jossa yksikkö voi itse tehdä pysyvät päätökset omista potilaistaan ilman ammattimaista kuntoutusjaksoa lopetetaan.

3 Kuntoutuksen uudistuminen on alkanut

Luvussa tarkastellaan nähtävissä olevia ja toteutettuja kehitysprojekteja.

3.1 Esimerkkejä onnistuneista uudistuksista

3.1.1 Eksote – uudistettu rakenne

Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri oli normaali sairaanhoitopiiri, jossa keskeisissä kunnissa oli normaali terveyskeskussairaala. Eksotessa otettiin käyttöön uusi kuntoutusjärjestelmä vuonna 2014. Rakenne on nyt muutettu siten, että alueelle perustettiin kuntoutussairaala Armila ja yli 500 terveyskeskusten vuodeosastopaikkaa on lakkautettu ja niitä ollaan edelleen vähentämässä.

Tulokset olivat nopeat ja merkittävät. Kuntoutusjakson jälkeen 95 % kuntoutetuista on kuukauden päästä asunut kotona. Osa vanhuksista on kuntoutuksen jälkeen voinut luopua heillä käytössä olleista kotipalveluista.

THL:n 31.12.2016 laskennan lukujen mukaan vuoden kuluttua kuntoutusjaksosta yli 75-vuotiaista asui kotona 93 % – vanhuspalvelulain tavoitetaso on 91–92 %. Eksote on vuonna 2016 saavuttanut tason, jossa 94 % asuu kotona, ja uusi tavoitetaso on, että 97 % vanhuksista asuisi tuettuna ja toimintakykyisenä kotonaan.

Laitospaikkoja, jossa on ympärivuorokautinen terveydenhuollon ammattilainen, oli maassamme 31.12.2015 tehdyn laskennan mukaan 54 115. Kun yli 75 vuotiaita vanhuksia oli 31.12.2016 noin 500 000, tarvittaisiin Eksoten saavuttamalla tasolla noin 30 000 paikkaa, eli 24 000 paikkaa olisi liikaa.

Tämä Eksoten tulos saavutettiin kahdessa vuodessa uudistamalla rakenne ja johtamalla toimintaa tehokkaasti. Sen kansantaloudellinen merkitys on mittava, lähes yksi miljardi euroa, mutta ennen kaikkea se merkitsee noin yhtä vuotta lisää itsenäistä elämää.

3.1.2 Kaksineuvoinen – nopea muutos mahdollinen

Kuntayhtymä Kaksineuvoinen on Evijärven ja Lappajärven kuntien sekä Kauhavan kaupungin muodostama perusturvan kuntayhtymä, joka tuottaa kunnille sosiaali- ja perusterveydenhuollon palvelut. Asukkaita oli 22 500 vuonna 2016, ja heistä yli 75-vuotiaita oli 2 825 eli 12,6 %.

Vanhuspalveluiden tuotanto päätettiin uudistaa vuonna 2013. Vuosien 2014–2016 välillä toteutettiin kuntayhtymä Kaksineuvoisessa isoja rakenteellisia ja toiminnallisia muutoksia sekä ikäihmisten palveluissa että terveyspalveluissa. Muutoksilla on saavutettu laatua ja tuottavuutta. Muutoksen on mahdollistanut johtoryhmän uudistus ja johtamistavan muutos sekä sen mukana tullut vahva johtajuus ja tiedolla johtaminen. Johtajuuden lisäksi on muutettu organisaatiorakennetta ja avattu kaikkien esimiesten toimenkuvat ja vastuut. Organisaatiorakenteen kehittämisen rinnalla avattiin myös kotihoidon palveluesimiesten sekä tiimivetäjien toimenkuvat. Kotihoitoon luotiin toiminnalliset tiimit, ja tiiminvetäjillä on hoidollinen vastuu asiakkaista. Omahoitajuus/vastuuhoitajuus toimii nyt kaikissa kotihoidon tiimeissä. Omahoitajien vastuihin kuuluvat mm. hoito- ja kuntoutussuunnitelmien päivitys sekä omaisten kanssa tehtävä yhteistyö.

Kotihoidon toiminta kokonaisuudessaan on ollut kehityksen keskiössä. Kotihoidon kehittämiseen on saatu resursseja lopettamalla laitoshoito kokonaan ja vähentämällä tehostetun palveluasumisen paikkoja. Seuraamalla ja tavoitteiden asettamisella on työntekijöiden välitön työaika saatu nousemaan noin 40 %:sta yli 60 %:iin.

Vuoden 2015 alussa kotihoitoon luotiin sairaanhoitajavetoiset kotikuntoutustiimit, ja vuoden 2016 aikana on tiimien toimintaa vahvistettu kolmella fysioterapeutilla. Koti-kuntoutustiimin avulla on kehitetty hoitopolkuja, erityisesti nopeat kotiutukset osastoilta kotiin, arjen kuntoutusta ja kotisaattohoitoa. Tehtyjen rakenteellisten muutoksien avulla on säännöllisten palvelujen piirissä 300 ikäihmistä enemmän.

Lähtötilanne oli 539 palvelupaikkaa yhteensä, eli 19 % yli 75-vuotiaista oli alkuperäisen kodin ulkopuolisten palveluiden piirissä. Kahden vuoden työn tuloksena luku on saatu tasolle 11 %.

Taulukko 10.

Muutos Kaksineuvoisen palvelutuotannossa 2014–2016

Asumispalvelujen paikat	2016	2013	Muutos	Muutos -%
Palveluasuminen, ostopalvelut	22	164	-142	-87
Tehostettu palveluasuminen	297	226	71	31
Laitoshoito,	3	149	-146	-98
Paikat yhteensä	322	539	-217	-40
Intervallihoito	24			

Muutos näkyy 3,6 miljoonan eurona säästönä kuntien taloudessa tilinpäätösvuosina 2014–2015.

3.2 Miten palvelut pitäisi mitoittaa?

3.2.1 Ikään liittyvät erilaiset tarkastelutavat

Vanhusten palveluja tarkasteltaessa on käytössä kaksi eri tapaa. Toisessa tarkastellaan palvelukokonaisuutta suhteutettuna tietyn ikärajan ylittävään väestön määrään ja toissa tarkastellaan palvelujen määrää ikäryhmäkohteisesti. Ensimmäinen tapa on käytössä esimerkiksi WHO:n ja OECD:n tilastoissa, joissa tavallinen ikäraja on 65 vuotta. Tätä tarkastelutapaa on käytetty systemaattisesti THL:n laskennan tuloksia analysoitaessa.

Vanhuspalvelulaki tarkastelee yli 75-vuotiaiden määrää ja sitoo palvelut tähän ikäryhmään. Tällöin tarkastelun ulkopuolelle jäävät ne henkilöt, jotka ovat laitoksessa ja alle 75-vuotiaita.

Vanhainkoti, tehostettu palveluasunto ja terveyskeskusten pitkäaikaishoito käyttävät yhteensä 44 712 paikkaa yli 75-vuotiaiden henkilöiden hoitoon. Tämä oli vuoden 2015 yli 75-vuotiaiden määrästä, 480 000:sta, noin 9,3 %, eli palvelujärjestelmä olisi jo nyt vanhuspalvelulain tavoitteiden haarukassa. Laitosten yhteenlaskettu kapasiteetti on kuitenkin 52 155 paikka eli alle 75-vuotiaita hoidetaan 7 443 paikalla. Tämä on 14 % kokonaiskapasiteetista.

Taulukossa 11 on tarkasteltu alle 75-vuotiaiden vanhuspalvelujen käyttöä.

Taulukko 11.

Yli ja alle 75-vuotiaiden määrä vanhuspalveluissa

Vanhusten palvelujärjestelmä 31.12.2015	Henkilöitä	Yli 75 v.	Alle 75 v.	Alle 75 %
Vanhainkoti	9 494	8 203	1 291	14
Tehostettu palveluasunto	39 869	34274	5 595	14
Palveluasunto vanh.	5 458	4 386	1 072	20
Palveluasunto aik.	2 181	45	2 136	98
Terveyskeskus, lyhyt	7 052	5 107	1 945	28
Terveyskeskus, pitkä	2 792	2 235	557	20
Yhteensä	**66 846**	**54 259**	**12 587**	**19**

Kuntoutuksen tarve voidaan määritellä seuraavasti. Vanhuspalvelulain tavoitteiden mukaan noin 91–92 % vanhuksista pitäisi asua omassa kodissaan. Tämä merkitsee noin 38 000–42 000 paikkaa. Näitä paikkoja on tällä hetkellä noin 52 155. Lisäksi voidaan ottaa mukaan noin 1 500 terveyskeskusten akuuttihoitopaikkaa, joissa hoitoaika on kuukauden ja kolmen kuukauden välillä. Näin päädytään 53 600 paikkaan. Jos nämä luvut otetaan lähtökohdaksi, voidaan arvioida, että varmuudella noin 10 000 ylimääräistä iäkästä henkilöä on tällä hetkellä palvelujärjestelmässä siitä syystä, ettei heitä ole kuntoutettu.

Hollannin, Ruotsin ja Tanskan sekä OECD:n yleinen tarkastelutapa on sellainen, että suhteutetaan palvelut yli 65-, 75- tai 80-vuotiaiden määrään ja unohdetaan, että järjestelmässä on kaikenikäisiä palvelujen käyttäjiä. Tässä raportissa käytetään tarkastelutapaa, jossa kaikki käyttäjät suhteutetaan yli 75-vuotiaiden määrään, ellei toisin ole sanottu.

Kun Suomessa laitosväestön keski-ikä on noin 82 vuotta, voidaan olettaa, että vanhuspalvelulain tavoitteita joudutaan jollain aikavälillä täsmentämään siten, että tavoitteeksi otetaan sama kuin Hollannissa eli 10 % yli 80-vuotiaiden määrästä. Se merkitsisi hieman alle 30 000 paikkaa, joka vastaa Eksoten itselleen asettamaa tavoitetta, jossa 97 % yli 75-vuotiaista asuu kotonaan.

Tilannetta 31.12.2015 on tarkasteltu tarkemmin seuraavassa taulukossa 12. Aluksi tarkastellaan 75-vuotiaiden henkilöiden määrää 24 h -palveluissa (vanhainkoti, tehostettu palveluasunto ja terveyskeskusten pitkäaikaisosasto).

Kun tarkastelemme kaikkia ikäluokkia suhteutettuna yli 75-vuotiaisiin, näemme, että kotona asuvien määrä on näin tarkasteltuna 89 %. Tämä tapa, jossa unohdetaan ikärajan ulkopuolella oleva väestönosa, on tavallinen esimerkiksi tilastollisissa vuosikirjoissa, tai niissä esitetään tuloksia ikäryhmittäin.

Seuraavissa sarakkeissa tarkastellaan yli ja alle 75-vuotiaita ikäluokkia näissä palveluissa. Lopuksi on tarkasteltu alle 75-vuotiaita näissä palveluissa olevista henkilöistä.

Taulukko 12.

Alle ja yli 75-vuotiaiden henkilöiden määrä sairaanhoitopiireittäin 24 h -palveluissa (vanhainkoti, tehostettu palveluasunto ja terveyskeskusten pitkäaikaisosasto).

Laskenta 31.12.2015 Sairaanhoitopiiri	Henkilöt yli 75 v.	Henkilöt (%) yli 75 v. kohti	Kaikki ikäluokat henkilöt	Kaikki ikäluokat (%) yli 75 v. kohti	Alle 75 v. henkilöt	Alle 75 v. henkilöt % kaikista
Ahvenanmaa	292	11,57	331	13,1	39	11,8
Etelä-Karjalan SHP	968	6,52	1 189	8	221	18,6
Etelä-Pohjanmaan SHP	2 027	9,78	2 352	11,4	325	13,8
Etelä-Savon SHP	1 070	8,58	1 311	10,5	241	18,4
Helsingin ja Uudenm. SHP	8 782	8,41	10 986	10,5	2 204	20,1
Itä-Savon SHP	513	9,07	633	11,2	120	19
Kainuun SHP	730	8,58	915	10,8	185	20,2
Kanta-Hämeen SHP	1 686	9,88	1 936	11,3	250	12,9
Keski-Pohjanmaan SHP	684	9,41	804	11,1	120	14,9
Keski-Suomen SHP	2 179	9,68	2 568	11,4	389	15,1
Kymenlaakson SHP	2 130	11,3	2 531	13,4	401	15,8
Lapin SHP	1 005	8,6	1 334	11,4	329	24,7
Länsi-Pohjan SHP	562	8,65	694	10,7	132	19
Pirkanmaan SHP	3 907	8,32	4 651	9,9	744	16
Pohjois-Karjalan SHP	1 737	9,87	2 304	13,1	567	24,6
Pohjois-Pohjanmaan SHP	2 826	9,3	3 347	11	521	15,6
Pohjois-Savon SHP	2 063	8,21	2 549	10,1	486	19,1
Päijät-Hämeen SHP	1 707	8,06	2 230	10,5	523	23,5
Satakunnan SHP	2 586	10,48	2 908	11,8	322	11,1
Vaasan SHP	1 551	9,4	1 918	11,6	367	19,1
Varsinais-Suomen SHP	3 757	8,32	4 662	10,3	905	19,4
Koko maa	**42 762**	**8,9**	**52 153**	**10,8**	**9 391**	**18**

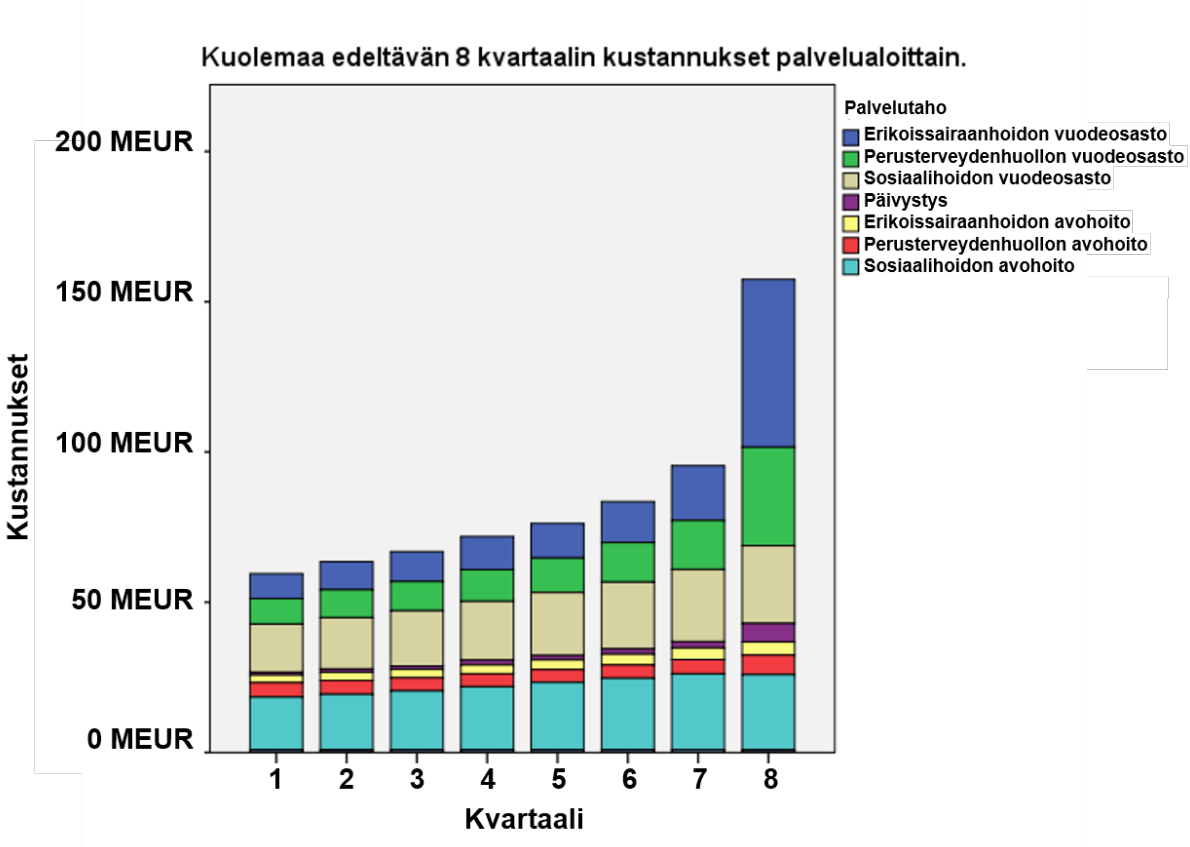
Kun tarkastellaan laitosjärjestelmässä olevien prosenttiosuutta yli 75-vuotiaista, todetaan koko maan tilanteen merkitsevän tasoa, jossa 91 % asuu kotona. Eksoten luvut merkitsevät tasoa, jossa yli 75-vuotiaista 93,5 % asuu kotonaan. Luvut ovat jo nyt muuttuneet, koska monissa sairaanhoitopiireissä on jo suljettu terveyskeskusten pitkäaikaisosastoja.

Kun tarkastelemme alle 75-vuotiaiden määrää prosentteina kaikista laitospaikkojen käyttäjistä, saamme yllättäviä tuloksia. Kolmessa sairaanhoitopiirissä on tämä osuus paikoista lähellä 25 %:ia ja useissa piireissä luku on alle 15 %. Hajonta on siis suuri alle 75-vuotiaiden hoidossa.

3.2.2 Ikä vai kuolema mitoituksen pohjaksi

Vanhuspalvelulaki perustuu tietyn ikäisen väestön palvelutarpeeseen. Ikärajaksi on valittu 75 vuotta. Toinen lähtökohta on kuolema ja kuolemaa edeltävä palvelupaketti. Tätä näkökulmaa edustavat myös Etlan väestötieteilijät (http://kaks.fi/wp-content/uploads/2015/08/Vanhusten-pitk%C3%A4aikaishoidon-tarve-vuoteen-2040.pdf). Tätä ei ole kuitenkaan toistaiseksi otettu suunnittelun pohjaksi.

Aalto-yliopistossa Tuotantotalouden laitoksella dos. Miika Linnan tutkimusryhmä on tehnyt analyysin kuolemaa edeltävästä palvelukäytöstä kahden vuoden ajalta. . Aineistona on 12 suurinta kaupunkia vuodelta 2014. Palvelukäyttö



Kuva 3. Palvelukäyttö ja kuolema

kattaa sekä julkisen että yksityisen sektorin tuottamat palvelut. Palvelukäyttö jaetiin kahdeksaan eri kvartaaliin ennen kuolemaa.

Kuvasta nähdään selvästi, että väestötieteilijät ovat oikeassa. Palvelukäyttö kasvaa kuoleman lähestyessä ja erityisesti viimeisen kolmen kuukauden aikana.

Oheisessa kuvaajassa on kuolevien vanhusten terveydenhuoltokustannukset viimeiseltä kahdelta elinvuodelta. Kuvaaja on osa Olli Halmisen diplomityötä ”Kuolevien kustannukset Suomessa – ikääntyvän väestön sosiaali- ja terveydenhuoltokustannukset kuoleman lähestyessä” vuodelta 2016. Sosiaalisektorin ja perusterveydenhuollon osuus säilyy ensimmäisen vuoden lähes vakiona. Viimeisen kolmen kuukauden aikana kasvaa erikoissairaanhoidon ja päivystyksen merkitys aivan niin kuin pitääkin. Palvelutarpeen lisäys liittyy kuolemaa edeltäneeseen vuoteen.

Tällä havainnolla on iso merkitys. Kun yli 75-vuotiaiden määrä vuoteen 2030 mennessä lähes kaksinkertaistuu, kasvaa kuolemiin perustuva tarve vain 30 %. Tarveskenaariot on uusittava tämän havainnon pohjalta siten, että lähtöluvuksi otetaan kuolemien määrä, aivan kuten Etlan tutkijat edellä ovat esittäneet.

Kalleinta hoito on viimeisenä vuosineljänneksenä ennen kuolemaa. On vaikeaa ennustaa, milloin kallis hoito on hyödyllistä, milloin ei, ja siten kaikki hoidetaan niin pitkälle kuin on mahdollista.

Kun nykyisin on noin kolmannes paikkoja liikaa vanhuspalvelulain määrittelemään ikään perustuvaan tarvearvioon verrattuna, on kyseessä äärimmäisen konservatiivinen hoitokulttuuri. Sen purkamisessa on kuntoutuksella iso työ. Se ei onnistu ilman vanhuusparadigman muutosta ja pyrkimystä osallistuvaan, omista asioistaan päättävään aktiiviseen senioriin ja vanhukseen keinotekoisista ikärajoista välittämättä. Tulevaisuuden vanhukset tarvitsevat henkilökohtaisen palvelupaketin. Ikääntyneitä on hoidettava ja tutkittava ja kuntoutettava viivyttelemättä kuten muitakin kansalaisia.

3.3 Tarvitaan parempia rakennuksia

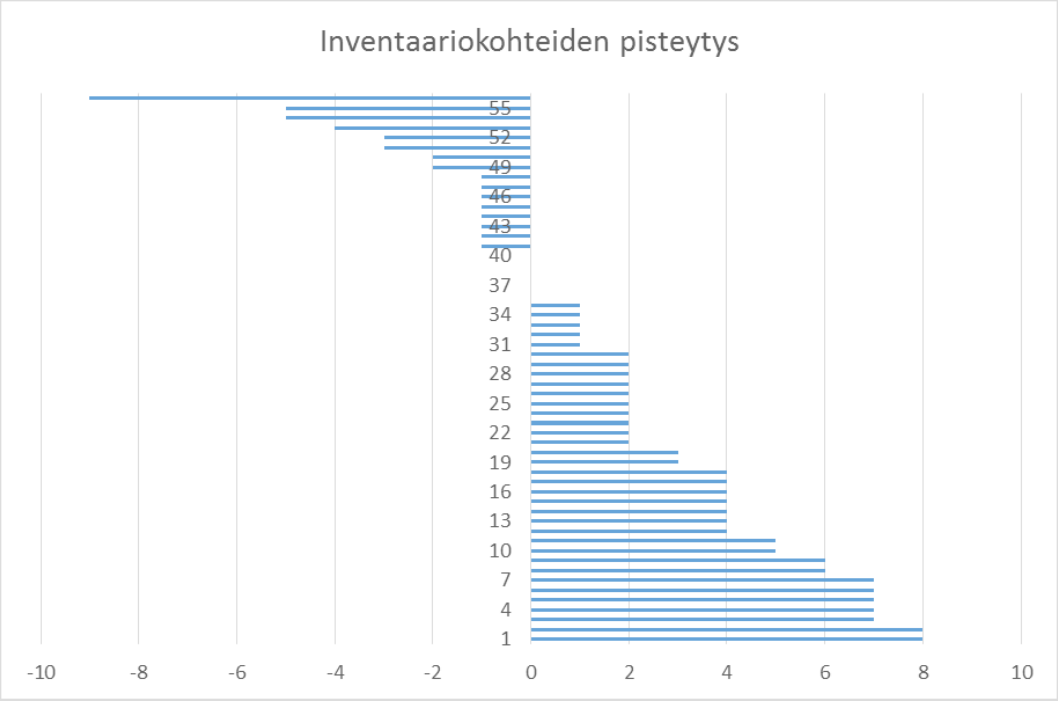
Palvelurakennukset kestävät toimintakykyisinä vuosikymmeniä. Niiden ohjelmat tehdään rakentamisvaiheessa silloiseen toimintamalliin perustuen. Rakennukset kuitenkin vanhenevat toiminnan muuttuessa ja teknisen kulumisen vuoksi.

Tässä luvussa tarkastelemme rakennuskantaa ja sen ominaisuuksia sekä pohdimme, mitä ikääntyvälle väestölle tulisi taajamiin rakentaa.

3.3.1 Pohjois-Karjalan terveyskeskusrakennusten inventaario

Pohjois-Karjalassa suoritetussa inventaariossa kokeiltiin uutta pisteytysjärjestelmää. Siinä annettiin kymmenelle eri toiminnalle pisteitä skaalalla –2, –1, 0, +1, +2. Merkittävä havainto oli, että kuntoutustilat tai mahdollisuudet saivat vain negatiivisia pisteitä, jotka muuten olivat harvinaisia.

Parhaat pisteet tulivat ulkoisesta arkkitehtuurista, jossa oli onnistuneita ratkaisuja. Lisäksi löydettiin esimerkkejä siitä, että rakennusten käyttötarkoitus oli onnistuneesti muutettu vanhusten asumiseen sopivaksi (kunnan virastotalo, asuintalo). Ongelma ei ole ollut suunnittelussa vaan tilaohjelman tekemisessä.



Kuva 4. Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin vanhusten laitosten inventaario

Kohteet, jotka ovat osoittautuneet kuntoutuksen, asiakasarvon ja tilakokemuksen kannalta ongelmallisiksi, ovat mm. vanhat terveyskeskusten ja sairaaloiden vuodeosastot, jotka on muutettu palveluasumiskäyttöön.

Sama koskee myös uudisrakennuksia, joissa on käytetty keskikäytävämallista pohja-ratkaisua. Kun tilat ryhmittyvät käytävän molemmin puolin, jää käytävä usein pimeäksi ja kolkoksi. Yhteistilat, jotka sijoittuvat pitkän käytävän päähän, ovat harvoin aktiivisessa käytössä. Rakennuksen kokonaisvaikutelma on laitosmainen, koska tilasarjaan ei muodostu riittävästi vaihtelua ja houkuttelevat, helposti saavutettavissa olevat yhteistilat puuttuvat.

Myös vanhusten vuokra-asunnot ja ryhmäasumiskohteet, jotka sijaitsevat syrjässä taajaman keskustasta ja sen palveluista, ovat usein haasteellisia, mikäli rakennuksen pohjaratkaisu ei tue tavoiteltua yhteisöllisyyttä asukasryhmän sisällä. Rakennuksen yhteistilana tupakeittiö ei ole riittävä. Tämän lisäksi tarvitaan muitakin oleskelutiloja. Myös kuntoutustiloja sekä kohtaamispaikkoja tulee olla lähiympäristössä.

Kohteet, jotka erottuvat tässä inventoinnissa positiivisesti, ovat omaperäisellä, ennakko-luulottomalla ja innovatiivisella otteellaan kehittäneet tiloja ja toimintaa. Näissä kohteissa yhteys luontoon ja arjen askareiden merkitys korostuvat. Asukkaat pysyvät virkeinä ja aktiivisina. Lämminhenkinen ilmapiiri on aistittavissa jo heti ulko-ovelta.

Keskitasoon sijoittuvissa kohteissa voidaan pienillä muutoksilla lisätä asiakasarvoa vielä merkittävästi. Tilojen käyttötarkoituksia voidaan muuttaa. Luopumalla esimerkiksi muutamasta asuinhuoneesta voidaan kuntoutuksen ja muiden yhteistilojen määrää lisätä. Poistamalla väliseiniä saadaan käytäville lisää valoa ja avaruutta. Piha-alueiden käyttöä voidaan lisätä vaikka marjapensaiden, katosten ja terassien avulla. Avaamalla toimintaa myös ulkopuolisille saadaan rakennuksesta aktiivinen osa taajaman keskustaa ja kohtaamispaikka lähiympäristön asukkaille.

Keskeinen havainto Pohjois-Karjalan inventaariossa oli, että rakennuksen ympäristö ei ole kesäisin käytössä. Ympäristössä on oltava ympärivuotiset kävelypolut, oleskelupiha ja ulkokuntoilumahdollisuus.

Kuntosalin lisäksi tarvitaan vanhusten palvelutalon läheisyyteen kuntoutuspuisto.

3.4 Johtopäätökset

1. Kuntoutusvaje aiheuttaa yhteiskunnalle yli 0,5 miljardin euron ylimääräisen kustannuksen. Kuntoutus on soten keskeinen keino kestävyysvajeen supistuksessa.

2. Myös suomalaisin esimerkein on osoitettavissa, että kuntoutuksella ja kuntoutusta edellyttävällä johtamisella saadaan vanhuksia toimintakykyisiksi ja takaisin itsenäiseen elämään. On moraalisesti väärin jättää tämä mahdollisuus käyttämättä.

3. Hyvällä johtamisella saadaan nopeasti aikaan rakennemuutos.

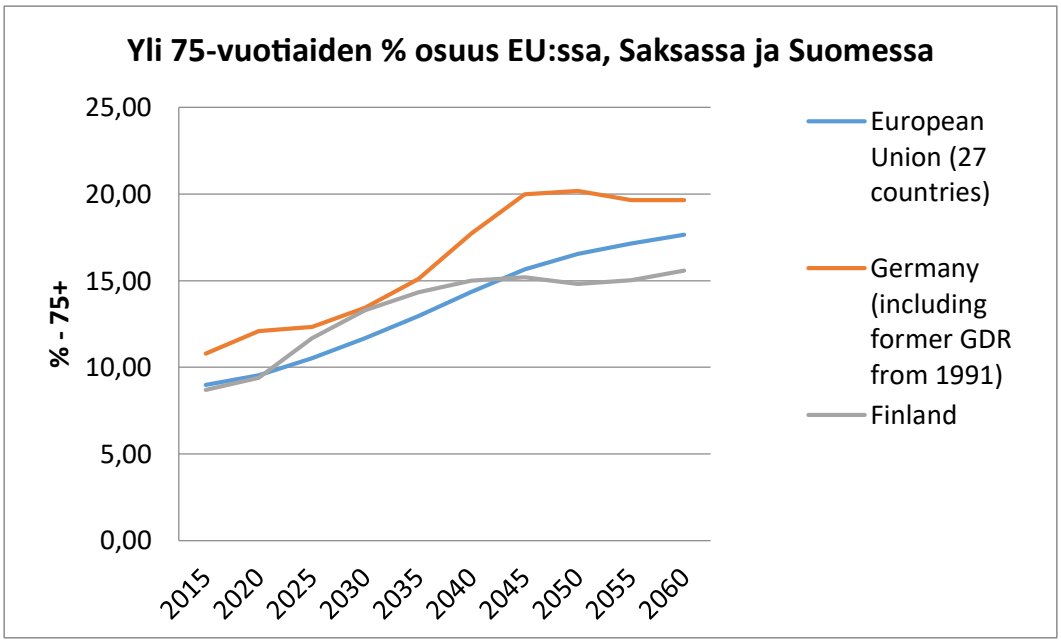
4. Rakentamiseen on kiinnitettävä huomiota. Palvelurakennus on keskeinen tila toimivassa taajamassa.

4 Havaintoja kansainvälisistä ikääntyneiden palveluista

Luvuissa vertaillaan Suomen tilannetta kehitykseen muualla EU:ssa.

4.1 EU:n vanhusväestön kehitys

Väestön ikääntyminen on kehittyneessä maailmassa kansainvälinen ilmiö. Suomessa on keski-ikä noussut 1970-luvun alusta noin 10 vuotta. Toisen maailmansodan maissa syntyi sodanjälkeinen suuri ikäluokka, joka ikääntyy palvelujen tarvitsijoiksi 2030-luvulla. Nämä kaksi tekijää vaikuttavat sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeeseen lähitulevaisuudessa.



Kuva 5. Eurostat: väestöennuste yli 75-vuotiaiden määrän kehityksestä 2015–2060

Suomen vanhusmäärä on tällä hetkellä Euroopan yhteisön keskitasoa. Se nousee nopeasti, mutta ei saavuta Saksan tasoa. Vanhusten suhteellinen määrä taittuu vuoden 2040 jälkeen, jolloin Suomen väestörakenne tulee olemaan EU:n edullisimpia.

Vuonna 2030 Suomessa tulee olemaan ennusteen mukaan 820 000 yli 75-vuotiasta, EU:n keskiarvo vastaisi Suomessa noin 726 000 yli 75-vuotiasta ja korkein Saksan taso 829 000 yli 75-vuotiasta. Maitten väliset erot ovat pieniä.

Kun olemme vasta saavuttamassa ikääntymisessä tason, jossa esimerkiksi Ruotsi ja Saksa jo ovat, on tarkoituksenmukaista katsoa, minkälaisia vanhustenhuollon toimintamalleja muualla on käytössä. Maat edustavat jo nyt selvästi nähtävää uutta vanhusten hoitokulttuuria, jossa kuntoutus ja kotiin hoito ovat kasvaneet keskeisiksi.

4.2 Ruotsin vanhuspalvelujärjestelmä

Hyvä vertailukohta on Ruotsi, jossa perusrakenteet ovat samanlaiset. Vanhusten asumispalveluiden tilankäyttöä ohjaa 1987 tehty valtiopäivien päätös, jossa palveluasunnolle määriteltiin minimikooksi 35 m^2. Nykyisin rakennukset yleistiloineen ovat noin 42–45 m^2 paikkaa kohti. Tila nähdään itsenäisen toiminnan edellytyksenä.

Väestö vanhenee ja samanaikaisesti laitosjärjestelmää puretaan. Paikkojen määrä on vuodesta 2000 vuoteen 2012 pienentynyt 34 000 paikalla.

Ruotsin laitoshoitoon käytetään noin 1/3 vähemmän resursseja.

Ruotsin palvelujärjestelmän painopiste on enenevästi kotihoidossa. Hoitajakäyntien lisäksi uutena toimintamuotona on kotisairaala. Yksikkö muodostuu lääkäristä ja 2–4 hoitajasta. Potilaille tehdään kotona samat toimenpiteet, joita tehdään vuodeosastolla. Lääkäri tapaa päivittäin 4–8 potilasta. Yhteensä hänen vastuullaan on 30 kotisairaalapotilasta. Hoitoaika vaihtelee, mutta on keskimäärin noin kuukauden.

Kotihoito on monella tavoin hoitotyön painopisteenä. Ruotsin ja Suomen suurin ero on hoitohenkilökunnan asenteessa ja kuntoutuksessa. Ruotsissa vanhus on itse oman hoitonsa suurin resurssi, ja hänet vastuutetaan omasta hoidosta, myös muistisairaana.

Sama pätee myös Ruotsiin muuttaneisiin suomalaisiin. Palveluasunnoissa asuvat Suomessa syntyneet vanhukset eivät ole yhtään sen huonompikuntoisia kuin Ruotsissa syntyneet, joten Suomen suurta laitostumista ei voida perustella väestöön liittyvillä geneettisillä ominaisuuksilla. Suurempaan laitosten käyttöön syynä on vain suomalainen hoitokulttuuri.

4.3 Hollanti

Hollannissa ja yleisesti Euroopassa ikääntyneet pyritään mahdollisimman pitkään tukemaan omiin koteihin. Hollannissa väestön itsemääräämisoikeutta ja valinnan vapautta kunnioitetaan ikään katsomatta.

Hollannissa on yli 80-vuotiaita kohti varattu 24h-hoitopalveluin varustettuja palveluasuntoja 10 % ikäryhmästä ja lisäksi tavallisia vain päiväaikaan tarjotuin palveluin tuettuja asuntoja 18 %.

Verrattaessa Hollannin palveluasuntomäärää Suomeen nähdään, että meillä on suunnilleen sama kokonaispalveluasuntomäärä, mutta rakenne on eri. Hollannissa pääosa on päiväpalvelun puitteissa olevia asuntoja, kun taas Suomessa pyritään lähes kaikissa henkilökunnan 24 tunnin läsnäoloon. Hollannissa puolestaan vanhukset pidetään paremmassa kunnossa.

Hollannissa ja Saksassa tavoitteena on lisätä tuettua asumista. Palvelurakenne merkitsee yksiöitä ja kaksioita joko omalla rahalla tai sosiaalisen asuntorakentamisen avulla rakennettuja taajaman keskustarakennuksia. Vanhukset asuvat kotonaan ja saavat tukipalvelut saattohoitoa myöten kotiinsa. Palvelukeskus on samassa rakennuksessa. Palvelut toimivat öisin yöpartion tavoin vain hälytettynä, ja samalla hoidetaan myös lähellä olevan alueen muita palvelun tarvitsijoita.

Taajamien keskustaan muodostuu palvelukortteleita, jotka rakennetaan siten, että vanhusten määrän vähentyessä rakennukset voidaan ottaa tarvittaessa normaaliin asumiskäyttöön.

4.3.1 Buurtzorg – hoitotyön uusi malli

Buurtzorg on hollantilainen innovaatio, joka on muuttamassa nopeasti palvelurakennetta. Perusinnovaationa on perustaa tiimi, jonka sisällä ammattilaisilla on täydellinen toimintavapaus ja täydellinen vastuu. Tiimiin kuuluu korkeintaan 12 jäsentä. Buurtzorg-tiimi toimii osana avun tuottajana, itsehoidon, läheisten ja formaalisten palvelutuottajien kanssa yhdessä. Toiminta käynnistyi vuonna 2007, ja sen jälkeen Hollantiin on syntynyt jo yli 800 Buurtzorg-tiimiä. Buurtzorg-tiimin perussäännöt ovat seuraavat:

- enintään 12 jäsentä yhdessä tiimissä
- 60 % asiakasaikaa
- tiimillä on tiimikokoukset ja valmennus
- vuosittainen arviointi ja suunnittelu.

Tuloksena on myös kustannussäästö. Buurtzorg on selvinnyt 40 % alemmilla kustannuksilla verrattuna muihin kotihoitojärjestelmiin. Yleiskustannukset ovat 8 % verrattuna kilpaileviin organisaatioihin, joissa kustannukset ovat yltäneet 20 %:iin.

Buurtzorg-tiimejä on tällä hetkellä Hollannissa, Englannissa, Ruotsissa ja USA:ssa sekä Aasiassa Japanissa ja Kiinassa. 20 muuta maata on keskustelemassa tästä toimintamallista. Lahdessa on joitakin Buurtzorg-tyyppisiä yrityksiä (HS 28.7.).

Hollannissa Buurtzorg-toimintaa on ollut jo kymmenen vuotta, ja se on vallannut jo 70 % koko kotihoitomarkkinasta.

Organisaation ydinajatuksena on itseohjautuvuus ja hoitajien vapaus tehdä työnsä haluamallaan tavalla.

Hoitajat arvostavat mahdollisuutta itsenäiseen työskentelyyn. Se näkyy siinä innossa, jolla työntekijät ovat siirtyneet toisista organisaatioista Buurtzorgiin. Tämä on mahdollistanut sen räjähdysmäisen kasvun. Kun asiakastyytyväisyyden keskiarvo kotihoidossa Hollannissa on yleisesti 7,3, on se Buurtzorgissa 9,1, mikä on korkein keskiarvo kaikkien maan hoito-organisaatioiden keskuudessa.

Lisäksi Ernst & Youngin tekemästä raportista selviää, että hoitokustannukset ovat 35 % pienemmät kuin muilla saman alan organisaatioilla.

4.4 Englannin NHS:n kriisi ja uudet tavoitteet

NHS:n kriisi on nyt ollut julkisuudessa kohta viisi vuotta. Alkukankeuksien jälkeen on nyt päästy uudistuksissa vauhtiin. Seuraavassa on yhteenveto uudistuksen toiminnallisista tavoitteista (Making our health and care system fit for an ageing population. David Oliver, Caterine Foot, Richard Humpries, Kings Fund, 8/2016).

NHS:n sote-alueen uudet tavoitteet ovat seuraavat:
- terve aktiivinen vanheneminen ja itsenäisen elämän tukeminen
- hyvä elämä pienten tai pitkäaikaisten vaivojen kanssa
- hyvä elämä vaikeiden sairauksien, muistisairauksien ja vanhuuden haurauden kanssa
- nopea tuki lähellä kotia kriisien aikana
- hyvä akuutti sairaalahoito tarvittaessa
- hyvä kotiuttamissuunnitelma ja kotiutuksen seuranta
- hyvä kuntoutus ja toimintakyvyn palautus akuutin sairauden tai vamman jälkeen
- korkeatasoinen sairaskoti tai hoiva-asunto niille, jotka sitä tarvitsevat
- valinta, tilanteen hallinta ja tuki elämän päättyessä
- palvelujen yhteensovittaminen yksilöllisen koordinoidun hoidon tuottamiseksi.

NHS:n muutos on kesken, eikä selvää ratkaisua vielä ole nähtävissä. Kotihoitoon ja naapuruston yhteishenkeen panostetaan runsaasti.

4.5 Hybridirakennus – uusi toimintamalli

Keski-Eurooppa ja muut Pohjoismaat ovat ikääntyneet nopeammin kuin Suomi. Näin ollen siellä on aikaisemmin tullut tarve kehittää hyvin toimivia uusia ratkaisuja, jotka ovat myös taloudellisia. Perinteinen osastoon perustuva vanhainkotijärjestelmä on katoamassa. Sen tilalle syntyy palvelukortteli, joka on hybridirakennus. Siinä palvelut, kaupat ja asuminen sekoittuvat uudeksi toiminnalliseksi kokonaisuudeksi.

Hybridikortteli on syntynyt yhdistämällä kylän harrastustila, kuntosali, kirjasto ja vanhusten palvelut vanhus-, harrastus- ja kulttuurikeskus saamaan rakennukseen, jossa lisäksi on merkittävä määrä asuntoja.

Vanhenevan väestön viimeinen koti on riittävän tilava asunto taajaman keskustassa. Lähihoidossa saattohoito kotona ja kotikuolema muodostuvat Euroopassa vähitellen tavallisimman tavan kuolla. Asunnot ovat normaaleja yksiöitä tai kaksioita. Ne ovat tarvittaessa käytettävissä myös tavalliseen aikuisväestön asumiseen, mikäli niitä ei enää tarvita vanhuksille.

Vanhusten asuntoihin ei tarvitse rakentaa omia harrastetiloja, koska voidaan käyttää rakennuksen yhteisiä tiloja. Tilat mahdollistavat harrastamisen, kuorolaulun, maalaamisen, musiikin kuuntelun jne. Käytettävissä on myös miehiä kiinnostavat verstastilat.

Vanhustenhuollon sydän on palvelukeskus. Palvelukeskus antaa kullekin vanhukselle asuntoon ne palvelut, jotka vanhus sillä hetkellä tarvitsee. Kun vanhukset ja palvelukeskukset ovat samassa rakennuksessa kävelymatkan päässä, on vanhuksen luona olemisaika helposti noin 60 % työajasta.

Palvelukeskus ohjaa myös vapaaehtoista työpanosta. Vapaaehtoinen työ on yleensä terveiden 65–80-vuotiaiden senioreiden tekemä. Se on luonteeltaan hyvin erilaista eri tilanteissa, esimerkiksi ”Järjestä syntymäpäiväkahvit 10 hengelle, budjetti 10 euroa/ henkilö”.

4.6 Johtopäätökset

1. Suomi ei vanhene yksin. Tilanne on sama koko EU:n alueella. Suomen yli 75-vuotiaiden määrä on alueen keskitasoa, mutta muuttuu nopeasti lähelle kärkeä. Kun muut maat ovat jo kehittäneet hyviä käytäntöjä, niistä voidaan ottaa oppia.

2. Kotiin annettavien palvelujen lisääminen, kotisairaala ja elämän loppuvaiheen asunnot palvelukorttelissa ovat kasvavia toimintamalleja, jotka pitäisi ottaa meillä nopeasti käyttöön.

3. Suomen vanhusrakennuskanta vaatii uudistamista. Vanhusten tilat kaikilla tasoilla ovat ahtaita ja passiivista vuodelepoa suosivia. Katetut sisäpihat puuttuvat. Muualla tavallinen ajatus vanhusten tiloista osana taajaman toiminnallista ja kulttuurikeskusta on toistaiseksi tuntematon.

5 Kuntoutuksen asema sote-alueen rakenteessa

Luvussa pohditaan kuntoutuksen järjestämistä sote-uudistuksen yhteydessä.

5.1 Sote-alue tarvitsee toimivan kuntoutusjärjestelmän

Vanhenevan väestön palvelutuotantoa ohjaa sosiaali- ja terveysministeriön ja Kuntaliiton yhteinen *Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi* vuodelta 2013, ja se käsittelee kuntoutusta. Suosituksen mukaan psykososiaalisen ja lääkinnällisen kuntoutuksen keinoin on tuettava toimintakyvyn palauttamista, säilymistä tai edistämistä sekä iäkkään henkilön toimijuutta. Suosituksen mukaan kuntoutus on toteutettava oikea-aikaisesti joko koti-, avo- tai laitoskuntoutuksena, ja siinä hyödynnetään iäkkäiden henkilöiden kuntoutukseen perehtyneiden kuntoutusalan ammattilaisten asiantuntijuutta.

Tarvittaessa on järjestettävä kuntoutustarpeen arviointeja ja tarpeen mukaisia kuntoutuspalveluja erityisesti siirtymävaiheissa ja niitä ennakoiden, esimerkiksi sairaalajakson aikana ennen kotiutumista sekä heti sairaalajakson jälkeen toipilasaikana.

Kuntoutusta ja erityisesti psykososiaalista kuntoutusta on lisättävä ennakoivana ja tavoitteellisena palveluna iäkkään henkilön kodissa ja/tai kuntoutusyksikössä. Palvelu vaatii kuntoutusalan erityisosaamista.

Lisäksi laatusuosituksessa otetaan kantaa muistisairaiden kuntoutukseen. On merkittäviä näyttöjä siitä, että dementian etenemistä voidaan hidastaa kuntoutuksella. Fyysisellä, psyykkisellä ja sosiaalisella kuntoutuksella ja kotiin annettavien palvelujen lisäämisellä saavutetaan vanhuuden hauraudessa merkittävää kunnon ja elämän laadun paranemista. Yhteiskunnalle tämä näkyy pienentyneinä hoivakustannuksina.

Veteraanien kuntoutuksessa sekä muualla kehitettyjä uusia ja tehokkaita toimintamalleja ja käytäntöjä on hyödynnettävä, jotta ikääntyneen väestön kotona selviytymistä ja toimintakykyä voidaan edistää. Sotainvalidien hoito- ja kuntoutuslaitosten tarjoamia kuntoutuspalveluja voi hyödyntää osana iäkkäiden palvelukokonaisuutta.

Vanhusväestön kunnon ylläpito katsotaan kuuluvan perusterveydenhuollon tehtäväksi, jota erikoissairaanhoidosta tukevat lähinnä geriatrian polikliiniset yksiköt niissä sairaaloissa, joissa on geriatrian yksiköt.

Kuntoutuksen tulee olla moniammatillista ja monialaista, mukaan luettuna geriatrin asiantuntemus. Tarvittavat kuntoutuksen terapiapalvelut ja muu lääkinnällinen kuntoutus tulee integroitua tehokkaasti kaikkeen akuuttiin sairaanhoitoon niin erikoissairaanhoidossa kuin perusterveydenhuollossa. Erityisen tärkeä tämä on ikääntyneiden kohdalla. Vanhuuden hauraudesta, gerasteniasta, kärsivien ikäihmisten sosiaalisen ja psyykkisen kunnon ylläpito tapahtuu nyt ja tulevaisuudessa lähipalvelujen ja lähiyhteisön toimesta. Myös erilaiset tekniset ratkaisut voivat olla hyvä apu esimerkiksi yksinäisyyden lievittämisessä. Näiden tulemista on ennustettu jo 20–30 vuotta, mutta toimivista sovelluksista on vähän näyttöä.

Kuntoutuksen ohjaus sekä kuntoutukseen pääsyn kriteerit vaihtelevat nyt liikaa tapaus- ja kuntakohtaisesti. Asiakkaan tulisi aina olla keskiössä hoitoketjussa, jonka kriittinen osa kuntoutus on.

Sote-alueen kuntoutuksen toiminnan tavoitteita ikääntyneillä voidaan määritellä siten, että sote-alueen tulee

- järjestää alueelle fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen kuntoutuspalveluverkko
- huolehtia fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten kriisien jälkeisestä toimintakyvyn palauttamisesta
- saavuttaa vanhusväestön osalta tilanne, jossa 92 % yli 75-vuotiaista asuu toimintakykyisenä kotona, ja nostaa tavoitetaso 97 %:iin vuoteen 2025 mennessä
- varmistaa toimintakyvyn ylläpito ja tarvittava kuntouttava toiminta kotona tai kodinomaisessa ympäristössä 97 %:n osalta
- vahvistaa ja varmistaa kuntouttavan hoitotyön sekä geriatrisen kuntoutuksen osaaminen tasalaatuisesti ja valtakunnallisesti
- pitää yllä aikuisväestön kuntoa osallistumalla kuntien ennaltaehkäisevään työhön
- huolehtia siitä, että laitosten hoitoajat saadaan lyhenemään. Tavoitteeksi on asetettava, että alueen kaiken pitkäaikaislaitoshoidon tai tehostetun asumispalvelujen keskimääräinen hoitoaika on 400–450 vuorokautta. Kuntoutuksella ja asiakkaan liikkumisen tukemisella ja toimintakyvyn ylläpitoon ja tehostamiseen pyrkivillä toimenpiteillä on keskeinen rooli tässä työssä.

Tuotteistetut kuntoutuskokonaisuudet, jotka huomioivat yksilön ja yksilölliset kuntoutustarpeet, ovat avain vaikuttavimpaan lopputulokseen. Kuntoutumistavoitteet on aina tehtävä yhdessä kuntoutujan ja ammattilaisten kanssa yhdessä. Myös läheisten ja omaisten mukaanotto on hyvin tärkeää. Kuntoutuja on oman elämänsä tärkein asiantuntija, ja siksi kriittinen menestystekijä on henkilökohtainen kuntoutumispolku, jossa palvelut ovat oikea-aikaisesti saatavilla. Kuntoutumistavoitteet on aina tehtävä yhdessä kuntoutujan ja ammattilaisten kanssa yhdessä. Myös läheisten ja omaisten mukaanotto on tärkeää.

Sote-alueilla kuntoutusjärjestelmän rakentaminen on avain uudelle toimintamallille. Ikäihmisten kuntoutusjärjestelmää tulisi tarkastella ajasta ja paikasta riippumattomana hybridimallina, jossa kuntoutusta sekä kuntoutumista edis-

täviä toimenpiteitä voidaan toteuttaa fyysisissä tiloissa, lähipalveluna tai digitaalisten etäratkaisujen avulla.

Akuutin vaiheen jälkeinen kuntoutus, siis sairaalasta kotiin kuntoutuslaitoksen kautta, on hyvinkin tavoitteellista ja tehokasta ja valmistelee myös kotona selviytymisen (sisältää yhteydenpidon kuntoutuslaitoksen ja kotikunnan välillä kotiuttamista valmisteltaessa).

Tämän kuntoutuksen tavoitteena tulisi olla myös elämäntapamuutos kuntouttavaan suuntaan, jota tuetaan seuraavassa asuinpaikassa, oli se sitten koti tai palveluasunto.

Kuntoutuksen jälkeinen kotiuttaminen vaatii systemaattista toimintaa ja tavoitteellisuutta. Riski toimintakyvyn heikkenemiseen syntyy, kun palvelumuodosta siirrytään toiseen ja kuntoutussuhde katkeaa. Tällainen on esimerkiksi tilanne, kun asiakkaat siirtyvät pois kuntoutusyksiköstä oman kuntansa kotihoidon piiriin, joka ei ehkä pystykään tukemaan kotona selviytymistä niin hyvin kuin pitäisi.

5.2 Sote-alueen kuntoutuksen rakenne

Kuntoutuksen toimintakonseptin suunnittelun tulisi lähteä seuraavista periaatteista:

1. Maakunnan alueelle suunnitellaan toimintakyvyn ylläpitoon ja palauttamiseen keskittynyt kuntoutuspalvelujen verkko, joka toimii koordinoidusti siten, että väestö saa tarvitsemansa perus- ja erikoispalvelut.

2. Verkolle annetaan konkreettiset tavoitteet.

3. Verkossa on useita toimijoita, joista asiakas valitsee soten periaatteiden mukaan palvelun.

4. Arvioidaan tarve sekä yksilö- että ryhmäkuntoutuksen näkökulmasta ja sen kasvu väestöennusteeseen perustuen.

5. Mitoituksessa huomioidaan uudet toimintamallit: kotikuntoutus, lääkäreiden etäkonsultaatio, kolmannen sektorin ja spontaanien ryhmien mahdollisuudet.

6. Inventoidaan kuntoutustilat ja tehdään suositus tilaratkaisuista sekä suositusstandardi kuntolaitteista ja kalusteista.

Verkkomalli perustuu alueen kaikkien yksiköiden osaamiseen ja arviointiin. Kun laitoskuntoutuksesta siirrytään kotikuntoutukseen, tulee toimintamallien muuttuminen pohdittavaksi. Verkkoa muodostettaessa tulee hyödyntää nykyistä osaamista ja mahdollisuuksia, joita on sairaaloilla ja terveyskeskuksilla sekä yksityisillä palvelutuottajilla ja sotainvalidien hoito- ja kuntoutuslaitoksilla.

Kuva 6. Sote-palveluverkko ja kuntoutuksen asema siinä

5.2.1 Keskitetyt hoitoperiaatteet ja hajautettu toteutus

Sote-alueilla on edessä kuntoutusjärjestelmän rakentaminen uudelle toimintamallille. Kuntoutusjärjestelmää tulisi tarkastella ajasta ja paikasta riippumattomana hybridimallina, jossa kuntoutusta sekä kuntoutumista edistäviä toimenpiteitä voidaan toteuttaa fyysisissä tiloissa, lähipalveluna tai digitaalisten etäratkaisujen avulla.

Tavoitteena on saada alueelle toimiva kuntoutusverkko, jossa laatu on kaikissa pisteissä sama.

Sote-alueella tulee olla keskussairaalan yhteydessä vaativaan osastokuntoutukseen soveltuva yksikkö, joka huolehtii välittömästä subakuutista vakavan somaattisen sairastumisen jälkeisestä kuntoutuksesta. Osastolla on oltava riittävä moniammatillinen kuntoutuksen henkilöstö ja mahdollisuus ohjata potilas erikoisalojen konsultaatioon sekä päivystystutkimuksiin. Keskussairaalan yhteyteen kytkeytyy kuntoutuksen maakunnallinen osaamiskeskus. Tavoitteena on aina palata mahdollisimman nopeasti sairastumisen jälkeen suoraan kotiin tarvittavien kotihoidon ja kotikuntoutuksen palvelujen tukemana. Sote-alueella keskitettäviä kuntoutuspalveluja ovat myös geropsykiatrinen ja kehitysvammaisten osastokuntoutukset.

Sote-alueen maantieteellisestä ja väestön koosta riippuen tarvitaan vaihteleva määrä lähiosaamiskeskuksia. Niiden yhteydessä on myös osastokuntoutuspaikkoja, jotka liittyvät sote-keskuksiin. Lähiosaamiskeskus tuottaa vähemmän vaativia osastokuntoutuspalveluja ja arviointijaksoja sekä tuottaa suurimman osan avokuntoutuspalveluista. Lähiosaamiskeskus tuottaa myös kotihoitoon liittyvät kotikuntoutuspalvelut ja huolehtii kuntoutustarpeen varhaisesta arvioinnista sekä kuntoutusohjauksesta.

Eritystarpeiden vuoksi esimerkiksi selkäydinvammapotilaiden kuntoutus on valtakunnallisesti keskitetty kolmen yliopistosairaalan vastuulle.

Kuva 7. Kuntoutuspalvelujen integraatio hoidon porrastukseen liittyen

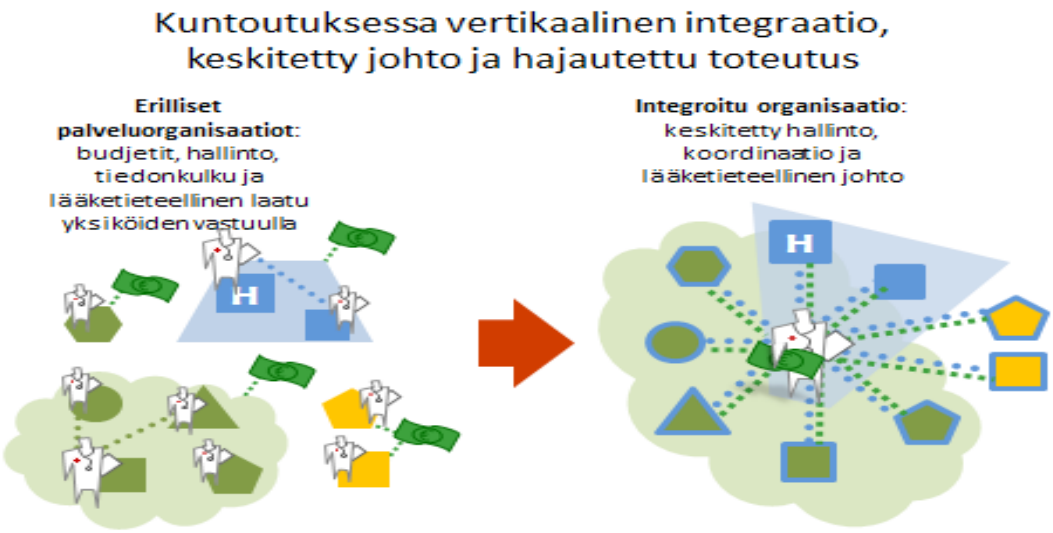
Palveluprosessien onnistumisen mittarina voisi olla itsenäinen selviytyminen kriisin jälkeen kotona. Yhden kuukauden kuluttua pitäisi 80 % kuntoutettavista asua tuettuna omassa kodissaan.

Kuntoutuksen yksityiskohtiin ja erillisryhmien erilaisiin vaatimuksiin ei tässä yhteydessä puututa, koska tavoitteemme on käynnistää kuntoutuksen kehittäminen järjestelmätasolla.

Tärkeää mallissa on, että toimintaa johdetaan keskitetysti yhteisiin tavoitteisiin ja mittareihin perustuen. Yhteistyön lähettävien ja asiakkaan vastaanottavien tahojen kanssa on oltava saumatonta, joten prosessin kehittämistyö aloitetaan nimenomaan asiakassiirroista.

Organisaatiota luotaessa yhdistetään nykyiset keskussairaaloiden kuntoutusfunktiot (kuntoutusosasto, fysiatria, psykiatristen potilaiden kuntoutus) ja perusterveydenhuollon kuntoutus sekä veteraanikuntoutus toiminnalliseksi kokonaisuudeksi. Tämän kokonaisuuden huolehdittavaksi tulee lisäksi päihdekuntoutus, joka vaikuttaa vanhusväestön kunnon ylläpitoon.

Kuntoutussairaalan/osaamiskeskuksen rooliin kuuluu vastata kuntoutuksen laadusta ja sen tuloksellisuuden seurannasta myös alueen kaikissa kuntoutusverkon yksiköissä. Sote-alueen kuntoutuksen johto keskitetään osaamiskeskukseen. Laadun suhteen pyritään täydelliseen vertikaaliseen integraatioon.



Kuva 8. Sote-alueen kuntoutusjärjestelmän rakenne

Kuntoutuksen tulee olla moniammatillista ja asiakaslähtöistä yhteistyötä ja painottua polikliiniseen ja kotikuntoutukseen. Osastokuntoutusjakso pyritään rajaamaan mahdollisimman lyhyeksi, mieluiten alle 30 vuorokauteen. Hoitojakson alussa asetetaan tavoite jakson päättymispäivästä. Kuntoutussairaalassa ja muissa yksiköissä käytetään omia vaatteita ja huone muistuttaa hotellihuonetta.

Kuva 9. Kuntoutussairaalan huone

Kuntoutusjakson aikana arvioidaan vanhuksen asunto ja sen korjaustarve. Korjaukset suoritetaan kuntoutusjakson kestäessä.

Kuntoutusjakson lopuksi tehdään arvio vanhuksen palvelutarpeesta. Päätös hoidon tarpeesta tulee tehdä alueella yhtenäisesti riippumattoman elimen toimesta.

Toiminnallisesti tarvitaan kuntouttavan lähisairaalan alapuolelle vain kolme tasoa: tuettu senioriasuminen (mielenterveys-, päihde-, kehitysvamma-asuminen), muistisairaiden kylä ja saattohoitokoti.

Kuntoutusjakso voi olla myös kotona mobiilin kuntoutustiimin toteuttamana tai alueellisessa kuntoutuskeskuksessa.

Kaikilla tasoilla on lisättävä ymmärrystä ja tietotaitoa siitä, että ikäihmisiä pitää kuntouttaa ja että he eivät mene rikki kuntoilusta tai kuntoutuksesta. Tällä hetkellä vallitsee ikäihmisten alikuntoutus: ”kuntoutetaan” muttei riittävän intensiivisesti, progressiivisesti tai tulostavoitteellisesti.

5.2.2 Geriatrinen arviointi

Vanhuuden hauraus-raihnaus-oireyhtymään, HRO (engl. frailty), liittyy fyysisten toimintojen heikentyminen, ja usein se on yhteydessä myös muistin heikentymiseen. HRO:n tunnistamiseen vanhusväestössä tulisi kiinnittää huomiota, jotta erityisesti oireyhtymän vaikeutuminen pystyttäisiin pysäyttämään. Kuntouttavia toimenpiteitä tulisi kohdistaa ikääntyneisiin, joilla huomataan nopeaa toimintakyvyn heikentymistä, väsymyksen lisääntymistä ja painon laskua, vaikkei selkeää sairautta pystyttäisikään löytämään.

Geriatrinen arviointi voi pelastaa vanhuksen toimintakyvyn. Monisairaan vanhuspotilaan diagnostiikan ja hoidon tulisi aina tapahtua nopeasti, jotta toimintakyky voidaan palauttaa. Useiden terveyskeskusten alueella vanhuuden haurauden kuntoutus puuttuu kokonaan.

5.2.3 Ikääntyvän väestön toimintakyvyn ylläpito

Vanhusväestön kunnon ylläpidon katsotaan kuuluvan perusterveydenhuollon tehtäviin. Tätä tehtävää erikoissairaanhoidossa tukevat lähinnä geriatrian yksiköt.

Alueet kehittävät toimintoja eri tavalla. Esimerkiksi Helsingissä on viime vuosien aikana tehty paljon kehittämistyötä kotihoidossa olevien asiakkaiden arkiliikkumisen tukemiseen ja kuntouttamiseen. Eri ammattiryhmät, fysioterapia, toimintaterapia ja kotihoidon henkilökunta tekevät tiivistä yhteistyötä asiakkaiden liikkumisen tukemisessa. Kaikille asiakkaille laaditaan liikkumissopimus, joka on myös palkittu vuoden 2010 sosiaali- ja terveysministeriön palkinnolla.

Henkilökuntaa on koulutettu vuosien ajan liikkumisen tukemiseen, mutta samalla myös hyvään ravitsemushoitoon. Lisäksi on kehitetty etäkuntoutusmalli, jossa huonokuntoiset kotihoidon asiakkaat pystyvät osallistumaan etäyhteyden kautta kotoansa käsin monipuolisen palvelukeskuksen vetämään liikuntaryhmään. Tulokset ovat olleet hyviä.

Tutkimuksissa on todettu, että hyvä fyysinen kunto parantaa muistisairaan vointia. Siksi tavallinen arkiliikkuminen ja kuntoilu ovat keskeisiä muistisairaan hoivassa ja hoidossa.

Helsingin ja Oulun yliopiston toteuttama ja Kelan sekä Vanhustyön keskusliiton rahoittama muistisairaiden liikunnallinen kuntoutustutkimus (FINALEX) toteutettiin vuosina 2008–2011, ja se osoitti muistisairaille puolison kanssa kotona asuville kohdennetun räätälöidyn fysioterapian ja kuntoutuksen vaikuttavuuden. Kotikuntoutus hidasti toimintakyvyn ja kognition heikkenemistä, ja kuntoutus oli turvallista ja vähensi merkittävästi kaatumisia. Myös Alzheimerin tautia sairastavien liikunnallinen kotikuntoutus on tutkimuksen mukaan tarpeellista ja tuloksellista. Lisäksi kuntoutusinterventioiden myötä muut sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset laskivat. Tutkimus tuotti uuden kustannusvaikuttavan mallin kotona asuvien muistisairaiden ja heidän omaistensa tukemiseen.

5.2.4 Liikkuva kotikuntoutus ja etäkuntoutus

Liikkuva kotikuntoutus on yleisesti käytössä sekä muissa Pohjoismaissa että Keski-Euroopassa. Eksoten menestys vanhusten laitoshoidon purkamisessa perustuu kotikuntoutukseen ja kotona tapahtuvaan kunnon ylläpitoon. Toimintamalli kehitettiin Boråsin kotikuntoutusmallia hyödyntäen. (https://www.boras.se/download/18.../ 1390355247871/rapport_hemrehabilitering.pdf)

Avokuntoutus ei ole sidottu paikkaan, vaan kuntoutuksen ammattilaiset liikkuvat asiakastarpeen mukaan. Tavoitteena, että asiakas saa välittömästi tarvitsemansa kuntoutuksen ilman jonotusta.

Kuntoutuksen eri toteutusmuodot tulee ottaa laajasti käyttöön. Etäkuntoutuksen mahdollisuudet ovat tuomassa merkittävän lisän kotikuntoutukseen ja mahdollistavat entistä suuremman asiakaskunnan kuntouttamisen.

Myös resurssien ohjaus tapahtuisi keskitetysti. Tavoitteena olisi varmistaa, että osaaminen ohjautuu asiakastarpeen, ei osastorajojen mukaan. Henkilöstöltä toiminnan muutos vaatisi kokonaan uudenlaisen työotteen käyttöönottoa.

Yhtenäinen kuntoutusketju antaa turvaa asiakkaalle. Ammattilaisilla hyvin toimiva jatkuva asiakassuhde motivoi kehittymään työssään.

Tällä hetkellä esimerkiksi avokuntoutuksessa kahden kuukauden jonotusaikaa pidetään kohtuullisena ja hyväksyttävänä. Kuntoutusta tarvitsevan kannalta jonotusaika on aivan liian pitkä, mikä saattaa aiheuttaa asiakkaan terveydelle lisähaittoja ja yhteiskunnalle ja aikuisväestön osalta työnantajalle työajan menetystä pitkittyneiden sairaslomien takia.

Vanhusten kuntoutuksessa tulisi harkita sellaista toimintamallia, jossa peruskuntoutus olisi tiukasti hinnoiteltu, mutta vastuussa oleva kuntoutusorganisaatio saisi bonuksen siitä, että vanhus on kuukauden kuluttua tuettuna kotona. Tämä palvelumalli vaatii kehitystyötä. Uusi kommunikaatiotekniikka mahdol-

listaa kuntoutuksen etänä. Tällöin ohjaaja on kuvapuhelinyhteydessä asiakkaaseen. Asiakkaita voi olla useita samanaikaisesti. Menetelmä on edelleen kehittämisvaiheessa, mutta jo nyt on saatu lupaavia tuloksia.

5.2.5 Päätös annettavista palveluista

Kun vanhus joutuu terveyskeskukseen, ei toimintakyvyn palauttaminen ole useinkaan ensisijainen tavoite. Potentiaalisesti kuntoutuvia asiakkaita pidetään paikoilla, jotka muuten olisivat tyhjiä. Vanhuksen oikeus kuntoutumiseen ei toteudu, jos järjestelmä tarvitsee potilaita. Ratkaisuna olisi sosiaali- ja terveysministeriön asetus siitä, että vuodeosastolla hoitoaika rajoitettaisiin 30 vuorokauteen useiden muiden maiden tapaan lukuun ottamatta lääketieteellisesti perusteltuja tilanteita.

Kun laitos, kuten terveyskeskus, saa itse tehdä pitkäaikaispäätöksen, liittyy tähän myös monia ongelmia. Suljettu hoito- ja päätöksentekoprosessi mahdollistaa sekä siiloutuneen ajattelun että osaoptimoinnin, joka johtuu ylikapasiteetista, osaamisvajeesta sekä vanhasta hoitokulttuurista. Pitkäaikaispäätösten päätöksentekoprosessia tulisi tarkastella kriittisesti ja se tulisi uudistaa.

Kuntoutusjakson lopuksi kuntoutustyöryhmä tekee suunnitelman yhdessä asiakkaan kanssa palvelutarpeesta ja määrittelee tarvittavan kotiin annettavan tuen määrän. Päätös pysyvästä hoidosta tulee tehdä vain kuntoutusjakson jälkeen. Päätöksen tekee julkisen sektorin asiantuntijaryhmä. Päätöksen tekoon ei saa osallistua sen laitoksen edustaja, joka toteuttaa myönnettävän palvelutuotannon.

Tärkeää on tunnistaa ikäihmisen mahdollisuudet, voimavarat ja aito potentiaali selviytyä kotona. Samoin on tunnistettava esteet kotona selviytymiselle tai syyt selviytymättömyydelle. Kodin välttämättömät korjaustyöt on suoritettava kuntoutusjakson aikana.

Automaattinen 90 vuorokauden sääntö pysyvästä hoidosta on kumottava. Tämä käytäntö on estänyt monen kuntoutuskelpoisen vanhuksen palaamasta toimintakykyisenä kotiin.

Pitkäaikaispaikat ovat tällä hetkellä osittain ikäihmisten ”säilöjä”, ja liian paljon riippuu paikasta, minkälaista arkiaktiivisuutta talossa on. Myös tehostetun palveluasumisen edellytyksenä pitäisi olla kuntouttavat tai aikakin kuntoa ylläpitävät aktiviteetit.

5.2.6 Kotiuttaminen

Tehostetun kuntoutusjakson jälkeinen kotiuttaminen ja kotihoito vaativat systemaattista toimintaa ja tavoitteellisuutta, joka nykyjärjestelmästä puuttuu. Oikein toteutetulla tehostetulla kotikuntoutuksella voidaan saada vaikuttavia tuloksia aikaan. Monessa kaupungissa on nykyään kotiutustiimi, joilla on vahva kuntouttava toimintatapa.

Tavoitteena on saada henkilö palaamaan toimintakykyisenä kotiin mahdollisimman pian. Kuntoutettava tietää etukäteen kotiutuspäivän. Hänet saatetaan kotiin ja varmistetaan, että hän pystyy toimimaan siellä. Usein käynnistetään välittömästi kuntoa ylläpitävä kotikuntoutus.

Kuntoutustavoite on saavutettu, jos 80 % kuntoutujista pystyy asumaan kotona kuntoutusjakson jälkeen kuukauden kuluttua ja pystyy toimimaan itsenäisesti tai tarvittaessa tuettuna. Eksoten kohdalla on päästy tasolle, jossa 95 % kuntoutuneista selviää itsenäisesti kotona yli kuukauden.

Eksoten kuntoutusjärjestelmään on kehitetty uusi ehdollinen kotiuttaminen. Vanhus kotiutuu kokeeksi noin 1–2 kuukaudeksi, mutta pääsee heti takaisin kuntoutusyksikköön, jos ei pärjää kotona. Alustavat tulokset ovat olleet hyviä.

Valtakunnallisesti on tavoitteena, että yhä useampi ikääntynyt ihminen asuu omassa kodissaan ja saa tarvitsemansa hoidon ja kuntoutuksen sinne. Tärkeintä on nyt ja tulevaisuudessa satsata kotihoitoon ja muihin kotiin annettaviin palveluihin sekä näiden palveluiden kehittämiseen. Tämä sisältää mm. kotiin saatavat riittävät hoito- ja terapiaresurssit. Lisäksi tältä toiminnalta edellytetään nykyistä velvoittavammat toimet kuntouttavista toimenpiteistä.

5.2.7 Kotisairaala

Kotisairaala on monessa kaupungissa varsin vakiintunut toimintamuoto, ja sellainen on toiminut esimerkiksi Helsingissä yli 10. Tosin se on keskittynyt infektio- ja palliatiivisten potilaiden hoitoon.

Menettely on suosittu ja kasvava ikääntyneiden keskuudessa. Suomessa Raaseporin (entinen Västra Nylands sjukhus, Ekenäs) sairaalassa on harjoitettu kotisairaalatoimintaa noin 20 vuoden ajan. Käytössä on ollut ns. Motalan malli Ruotsista. Kokemukset ovat hyviä, ja kotisairaalatoiminta jatkuu edelleen. Toiminta on terveydenhuoltolain alaista toimintaa ja vakiinnuttanut paikkansa monilla paikkakunnilla. Se on määräaikaista, tehostettua kotisairaanhoitoa, joka voi olla perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon tai niiden yhdessä järjestämää toimintaa.

Tavalliseen sairaalaan verrattuna kotisairaalan etuna ovat pienemmät kustannukset ja inhimillisempi hoito sekä se, että sairaalainfektioita voidaan välttää tehokkaammin. Lyhyitä perusterveydenhuollon vuodeosastojaksoja voidaan käyttää kotisairaalan tukena.

Ruotsissa on otettu käyttöön kotisairaala, jossa lääkäri hoitaa potilaita vuodeosaston tasoisesti kotona. Järjestelmään kuuluvat säännölliset lääkäri- ja hoitajakäynnit kotona.

5.2.8 Oma vastuu kasvaa

Toimintakyvyn heikkenemisen ennaltaehkäisy sekä vastuun ottaminen omasta hyvinvoinnista omahoidon avulla on tärkeä perusta. Tasa-arvon ja tasalaatui-

suuden varmistamiseksi emme voi edellyttää lähipiiriltä tukea peruspalveluihin, vaan omaisten tuki ja omaishoito tulee nähdä merkittävänä lisäarvona ja vaihtoehtona peruspalveluiden rinnalle.

Tällä hetkellä omaishoitoa ja kotona asumista tukevia intervallipaikkoja on alihyödynnetty kuntoutuksen näkökulmasta. Toisinaan omaisilta kuulee, että asiakkaat tulevat intervallihoidosta takaisin kotiin huonommassa kunnossa verrattuna siihen, millaisessa kunnossa he olivat intervallijaksolle siirtyessään. Asiakkaan ollessa suunnitellulla jaksolla toistuvasti nämä jaksot ovat oiva tilaisuus rakentaa kuntoutus ja kuntoutuminen osaksi elämää. Edellytys on, että jaksoilla on suunniteltu sisältö ja jaksojen välillä kotona on suunniteltua kuntouttavaa toimintaa.

5.3 Henkilökunnan asenne ja osaaminen kuntoutuksessa

Enemmän kuin kiinteisiin henkilöstömitoituksiin tulee kiinnittää huomioita hoitohenkilökunnan asenteisiin ja kuntoutusosaamiseen. Asenteellista muutosta ja koulutusta tarvitaan päästäksemme tilanteeseen, jossa kotiin annettavien palvelujen painopiste muutetaan hoitopainotteisuudesta kuntoutuspainotteiseen toimintakyvyn tukemiseen.

Lähtökohtana tulee olla se, että kotikuntoutus on sairaalakuntoutusta tärkeämpi, kun arvioidaan kuntoutujan kotona selviytymistä. Sosiaali- ja terveydenhuollon koulutuksessa tulee jokaisella koulutusasteella kiinnittää huomioita kuntoutuksen osaamiseen. Koulutuksiin tulee lisätä kuntoutusmoduuleita. Koulutuksessa tulee huomioida myös palvelujen siirtyminen entistä enemmän asiakkaiden koteihin. Toimivassa kuntoutusjärjestelmässä kuntoutus alkaa jo akuuttihoidossa, ja lopullinen sijoitus tehdään kuntoutusjakson tulosten perusteella.

Kotona tapahtuvan kuntoutuksen tehostamiseksi tulee kotihoitoihin palkata geriatrisen kuntoutuksen asiantuntijoita eli fysio- ja toimintaterapeutteja, jotka toimivat kentällä myös henkilöstön osaamisvalmentajina. Yhtä tärkeää kuin hoitohenkilökunnan kotikuntoutusosaamisen vahvistaminen on lääkäreiden asenteiden muuttaminen. Kotikuntoutuksen onnistuminen edellyttää oikeanlaista lääkehoitoa ja perussairauksien hyvää hoitoa. Akuuttitilanteissa tulee lääkärikonsultaatio saada nopeasti. Toiminnan tehostaminen vaatii lääkäreiden työpanoksen siirtämistä osittain myös ikäihmisten koteihin.

Kuntoutuksen osaamiseen liittyy myös sen arviointi, milloin kuntoutus on syytä lopettaa. Yleensä sairauden myötä toimintakyky voi tilapäisesti heikentyä, mutta se voidaan palauttaa asianmukaisella kuntoutuksella, joka on ja sen tuleekin olla määräaikainen. Kuntoutuksen tulee vahvistaa ihmisen omatoimisuutta hoitaa kuntoaan ja terveyttään. Ikäihmisten kohdalla arviointia tulee tehdä yksilöllisesti ihmisen omista lähtökohdista käsin. Kun todetaan, etteivät kuntoutukselliset toimenpiteet enää johda omatoimisuuden ja itsenäisyyden lisääntymiseen vaan avuntarve kasvaa, on tarjottava laadukasta ja ihmistä arvostavaa hoivaa. On kuunneltava kuntoutujaa ja yhdessä hänen kanssaan keskusteltava, mikä parantaa elämänlaatua.

Jos kyseessä on muistisairas ihminen, on sairauden eteneminen ja ennuste huomioitava koko ajan päätettäessä siitä, mikä on tarkoituksenmukaista ja mikä ei. Tämä kaikki vaatii hyvää tietoa ja osaamista, hyviä kommunikaatiotaitoja ja ymmärrystä siitä, mikä on kussakin tilanteessa inhimillisesti arvokasta.

5.4 Hyvän kuntoutusprosessin ominaisuudet

Seuraavassa on kuvattu sote-alueen hyvän kuntoutusprosessin osatehtävät. Tämä varmistuslista on syytä käydä läpi jokaisessa tuotantoyksikössä.

5.4.1 Organisoituminen

Kuntoutuspalvelujen tuotantotasoja sote-alueella on kaksi: keskitetty vaativa kuntoutus ja lähipalvelut, lisäksi valtakunnallisesti keskitettävä erityistaso. Tavoitteena on, että kuntoutuspalvelujen toteutus painottuu poliklinikka- ja kotikuntoutukseen.

Osaamiskeskus johtaa ja koordinoi koko sote-alueen kuntoutusta. Lähipalvelujen kuntoutuksellisia toimia ohjataan ja tuotetaan lähiosaamiskeskuksissa, joissa toimijoina ovat asiakasohjausyksiköt, kotihoito, kotiutus- ja kotikuntoutustiimit. Sote-alueen koosta riippuen joissakin lähiosaamiskeskuksien yhteydessä voi toimia myös akuutti- ja kuntoutusvuodeosastot, joissa hyödynnetään olemassa olevia toimivia ratkaisuja. Tavoitteena on osaamisen jalkautuminen ja vahvistaminen lähipalveluissa.

Kuntoutusosaston olisi tarkoituksenmukaisinta sijaita akuuttihoitoyksiköiden yhteydessä, mieluimmin samassa kiinteistössä, koska varsinkin päivystysluontoisesti käynnistyneiltä osastojaksoilta kuntoutusosastoille siirtyvien potilaiden tilanne saattaa olla siirtovaiheessa epävakaa. Akuuttiosaston ja siihen liittyvien tutkimus- ja hoitomahdollisuuksien läheisyys lisää potilasturvallisuutta.

Vaativan kuntoutuksen osasto edellyttää erityisosaamista useammalta lääketieteen erikoisalalta (neurologia, fysiatria, geriatria, psykiatria, yleislääketiede), ja se tulee keskittää keskussairaalan yhteyteen. Muita maakunnassa keskitettäviä kuntoutuksen palveluita ovat geropsykiatrinen osastokuntoutus ja kehitysvammaisten osastokuntoutus. Tarvittaneen myös maakunnallinen muistihäiriöisille suunnattu kuntoutusosasto lyhytkestoisia arviointeja ja kuntoutusjaksoja varten.

Kuntoutus on vaikuttavaa, jos se suunnitellaan asiakaslähtöisesti huomioiden asiakkaan kokonaistilanne. Hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelma on laadittava yhdessä kuntoutujan ja läheisten kanssa ympäristö ja yhteisö huomioiden.

Lähtökohtana on sairauksien mahdollisimman hyvä hoitotasapaino. Fyysinen aktiivisuus, hyvä ravitsemus, päihteettömyys, aktiivinen sosiaalinen osallistuminen ja toimiva asuinympäristö ovat kuntoutumisen kannalta erittäin merkityksellisiä.

Henkilön omat valinnat terveyden edistämisen keinojen osalta ovat ratkaisevassa asemassa. Ikääntyneille soveltuvia kuntosaleja ja liikuntatiloja on oltava riittävästi.

Tarvitaan toimivat hoitoprosessit, joihin kuntoutus integroituu asiakaslähtöisesti. Kuntoutuksen prosessit ovat tavoitteellisia ja tukevat kuntoutujan osallisuutta. Kokonaissuunnitelman merkitys korostuu yksilötasolla, ja suunnitelma on aina tehtävä tilanteen sitä edellyttäessä.

5.4.2 Yleiset tavoitteet ja edellytykset

Palveluiden järjestämisen kustannuskasvun hillitsemiseksi kuntoutustarve tulee havaita varhain. Tunnistamista varten tarvitaan yhteinen työkalu tai tunnistamiskriteerit. On kiinnitettävä huomiota ympäristössä mahdollisesti tapahtuneisiin muutoksiin, joilla voi olla ratkaiseva merkitys ikääntyneen arjessa selviämiseen.

Tämän saavuttamiseksi tehdään systemaattinen terveydentilan ja kuntoutustarpeen arviointi ikäryhmittäin 75- ja 80-vuotiaille. Tämä ohjaa asiakkaat tarvittavien palveluiden piiriin.

Tavoitteena on pitää vuodeosastojaksot mahdollisimman lyhyinä mutta intensiivisinä. Siirtymisen vuodeosastolta kotikuntoutukseen tulee tapahtua suunnitellusti ja resurssit varmistaen. Kotiin siirtyvät palvelut lisäävät apuvälineiden tarvetta.

Kaikkeen sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden, omaishoitajien ja henkilökohtaisten avustajien työhön tulee kuulua itsenäistä toimintakykyä tukevaa, ohjaavaa ja kannustavaa sisältöä.

Ikääntyneellä tulee olla oma vastuulääkäri. Tämä vähentää päivystyspalveluiden käyttöä ja lyhentää vuodeosastohoidon jaksoja. Myös asumispalveluiden yksiköissä akuutit sairastumiset kyetään hoitamaan sujuvammin ja mahdollinen saattohoito voidaan toteuttaa.

Terveyden- ja sosiaalihuollon organisaatioissa on laajennettava tietojärjestelmien käyttöoikeuksia tarvittavilta osin kaikkien toimijoiden käyttöön. Tämä helpottaa kokonaiskuvan muodostamista ja suunnitelman tekoa.

5.4.3 Henkilökunnan määrä, rakenne ja kuntoutuksen seuranta

Henkilökuntamitoitus on suunniteltava riittäväksi. Kun tavoitteena on, että asiakas saa hoitonsa ja tarvittavan kotikuntoutuksensa enenevässä määrin omaan kotiinsa, tarkoittaa tämä riittävän hoito- ja terapiahenkilökuntaresurssin takaamista kotiin annettaviin palveluihin. Henkilökunnalla tulisi olla aikaa paneutua läheisen ja kuntoutujan ohjaukseen niin, että omaehtoinen kuntoutuminen mahdollistuu ja kuntoutumisen arviointiin on aikaa. Toimivalla kotihoidolla ja kotikuntoutuksella voidaan säästää merkittävästi laitoshoidossa, jolloin laitoshoidosta vapautuvia henkilöresursseja voidaan siirtää avohoitoon.

Sosiaali- ja terveydenhuoltohenkilöstön peruskoulutukseen tulee sisällyttää kuntoutuksen koulutusta selvästi nykyistä enemmän. Lisäksi työelämässä olevien jatkuvaan koulutukseen on syytä panostaa. Kuntouttavan työotteen ja siihen liittyvän toimintakulttuurin tulisi ulottua kotihoidosta erikoissairaanhoitoon. Myös terveysasemien rooli ja vastuu ovat erittäin tärkeitä: terveysasemalla annetaan ikäihmisille neuvontaa ja opastusta liikkumisesta ja toimintakyvyn ylläpidosta.

Geriatreja tarvitaan lisää hoito- ja kuntoutussuunnitelmien lääketieteellisen tarkkuuden varmistamiseen. Fysio- ja toimintaterapeuttien lisäksi lähiosaamisalueelle tulee turvata sosiaalityöntekijöiden, neuropsykologien, puheterapeuttien ja ravitsemusterapeuttien osaamisen saatavuus. Tarvitaan kuntoutus- ja palveluohjausta sekä ravitsemus- ja liikuntaohjausta.

Toiminnan ja henkilöstön hyvällä johtamisella mahdollistetaan muutos laadukkaampiin ja kustannustehokkaimpiin palveluihin. Tarvitaan maakunnallinen ikääntyneiden kuntoutuksen kehittämisen ja koordinaation työryhmä, joka tukee johtavien viranhaltijoiden ja luottamusmiesjohdon päätöksentekoa.

Lisäksi on huolehdittava siitä, että yhteistyö toimii eri kunnallisten hallinnonalojen ja kolmannen sektorin kesken.

Prosessien toimivuutta seurataan maakunnan tasolla mittareilla, jotka antavat tietoa kuntoutuksen vaikutuksista, kustannuksista ja asiakastyytyväisyydestä. Samalla voidaan vertailla eri toimijoita.

5.5 Tarvitaan ikääntyneiden kuntosali

Uusimpien liikuntasuositusten mukaan hyvällä lihaskunnolla ja nousujohtoisella voimaharjoittelulla on keskeinen merkitys ikäihmisten toimintakykyyn. Tarkoitus on auttaa ylläpitämään ja edistämään tasapainoa, lihasvoimaa ja nivelten liikkuvuutta. Myös sosiaalisten kontaktien luominen on tärkeää. Säännöllisellä harjoittelulla parannetaan elämänlaatua, hyvinvointia ja mielialaa, edistetään itsenäisempää arkea ja helpotetaan henkilökunnan työtä. Ikäihmisten paremman toimintakyvyn myötä myös hoitokulut ovat pienemmät.

Ikäihmisten kuntosalia suunniteltaessa on tärkeää huomioida ikääntyvien käyttäjien erityistarpeet niin tilaratkaisuissa kuin laitevalikoimassakin. Tilojen on oltava esteettömiä, monikäyttöisiä ja helposti saavutettavia. Harjoitteluympäristön on oltava turvallinen, tehokas, motivoiva ja viihtyisä, ja nousujohteisen harjoittelun on pohjauduttava näyttöön perustuviin, yksilöllisiin ohjelmiin. Erikseen on huomattava, että nousujohteisuus ikäihmisellä on eri asia kuin aikuisväestön voimaharjoittelussa. Se perustuu toistojen määrän lisäämiseen, ei voimaa vaativan kuorman lisäämiseen.

Ikäihmisten kuntosalilla pitää olla riittävä laitevalikoima. Kuntosalilla tulisi olla riittävä määrä harjoittelulaitteita (8–10 liikettä suurille lihasryhmille), sydämen kuntoutukseen sopivia laitteita (mm. kuntopyörä, istuma-asennossa käytettävä

crosstrainer ja juoksu-/kävelymatto), tasapainon arviointiin ja harjoitteluun tarkoitettu tasapainolevy sekä moninaiset pienvälineet, kuten käsipainot, jumppamatot ja tasapainotyynyt. Tilaa kuntosalille olisi hyvä varata 50–100 m^2, minkä lisäksi olisi oltava sosiaalitilat sekä omat tilansa mahdolliselle ryhmäliikunnalle ja hoitohuoneille. Osaa tiloista voidaan käyttää eri toimintoihin.

Ikäihmisten kuntosalissa on ammattitaitoinen henkilökunta, joka seuraa kuntoutettavien kunnon muutoksia. Tuloksia on voitava seurata tietojärjestelmän avulla. Seurannassa tarkkaillaan kehitystä ja sopeutetaan ohjelmat kehityksen mukaisiksi.

Seniorikuntosalin laitteisto tulee valita käyttäjäryhmän tarpeiden mukaan. Ikäihmisten kuntosaleilla tulisi olla käytössä voimaharjoittelulaitteet, joissa vastus voidaan hienosäätää. Ikäihmisten kuntosalien laitteistossa on parhaimmillaan huomioitu seuraavat asiat:

- helppokäyttöisyys (vähän säätöjä, vastus voidaan muuttaa paikallaan istuttaessa)
- laitteisiin menemisen ja poistumisen helppous
- äänettömyys
- pieni minivastus (lähes 0 kg) mahdollistaa myös todella vähävoimaisen henkilön harjoittelun
- mahdollisimman hienojakoinen vastuksen säätö, mikä mahdollistaa suositusten mukaisten harjoitusohjelmien yksilöllisen ja tarkan toteuttamisen
- turvallisuus
- liikerajoittimet
- eksentrinen ja konsentrinen lihastyön vaihe kaikissa liikkeissä
- kaikkien harjoitusten tallentuminen tietojärjestelmään ja automaattinen raportti kuntosalin ohjaajalle.

5.5.1 Digitalisointia käytännössä

Tietotekniikka on tullut myös kuntosalilaitteisiin. Nykyaikaiset voimaharjoittelulaitteet on suunniteltu siten, että ne tekevät laitteiden käytöstä helposti ymmärrettävää ja harjoittelusta tehokasta. Laitteista on saatu hyviä kokemuksia myös muistisairailta käyttäjiltä.

Ikäihmisten älykkäiden kuntoilulaitteiden tulee olla helppokäyttöisempiä kuin perinteiset voimaharjoittelulaitteet. Seuraavat laitteiden ominaisuudet ovat tärkeitä ja hyödyllisiä ikäihmisten kuntosalin laitteissa:

- Laitteet tunnistavat käyttäjän ja tervehtivät tätä tämän omalla nimellä.
- Istuimet ja vipuvarret säätyvät automaattisesti yksilöllisten asetusten mukaisesti.
- Selkeä kosketusnäyttö opastaa ja näyttää, mitä pitää tehdä.
- Harjoitusvastus säätyy automaattisesti henkilökohtaisen harjoitusohjelman mukaisesti.
- Laite opastaa, laskee toistot ja kertoo äänimerkillä, kun sarja on tehty.
- Laite seuraa harjoitukseen kuluvaa aikaa ja varoittaa ohjaajaa esimerkiksi ylirasitusta indikoivista tauoista suoritusten välillä.

- Kaikista laitteista ja telineistä saadaan kattava seuranta ja palaute jokaisen harjoituskerran jälkeen.
- Harjoitusten toisto tai vastus päivittyy joko rasitusta lisäten tai vähentäen automaattisesti kunnon kehityksen myötä, jolloin harjoittelu on aina sopivan haastavaa ja tuo tuloksia.

Ohjaajan ja terapeutin työtä voidaan auttaa ja tehostaa tietotekniikan avulla. Modernissa online-järjestelmässä luodaan henkilökohtaiset ohjelmat, seurataan omia asiakkaita heidän omassa näkymässään, viestitään asiakkaiden kanssa ja saadaan raportit kuntosali-, ryhmä- ja henkilötasolla. Tietotekniikan avulla voidaan tehdä nopeasti monet työtehtävät, kuten harjoitusohjelmien laatiminen ja ylläpitäminen sekä laitteiden säätäminen, jolloin aikaa vapautuu enemmän henkilökohtaiseen ohjaukseen.

Useampikin kuntosali voi olla samassa pilvipohjaisessa järjestelmässä, jolloin kuntosalin hallinnointi ja harjoitusohjelmien laatiminen ja ylläpito voidaan toteuttaa järkevästi ja kustannustehokkaasti. Eri toimipisteitä voidaan myös vertailla keskenään. Järjestelmän sisältämien mittareiden avulla palveluntarjoaja saa automaattisesti seurantatietoa esimerkiksi asiakkaiden harjoittelun etenemisestä ja suorituskyvyn kehittymisestä sekä kuntosalin käyttöasteesta. Tämä tieto kannattaisi kytkeä automaattisesti sairaskertomustietoihin.

5.5.2 Kuntopuisto

Tässä projektissa esimerkkinä kuntopuistosta on Raisioon Hulvelan palvelutalon yhteyteen kehittyvä puisto kävelyreitteineen. Vastaava hanke on meneillään Lapinjärvellä. Kävelyreitin varrelle voidaan lisätä ulkokuntoutusvälineitä. Suoritteet voidaan kirjata kortille normaalin kuntosalin tapaan. Kuntoilupiste voi olla myös miellyttävä levähdyspiste, jossa voi olla ympäristötaidetta. Tämä on tavoitteena Lapinjärven kunnan sosiaali- ja terveysministeriön Täytyy-kärkihankkeessa.

5.6 Ikääntyneiden palveluasumisen rakennuksissa on ongelmia

Vanhuspalvelujen rakennukset ovat – kuten rakentaminen yleensä – ympäristöministeriön toimialueella. Sosiaali- ja terveysministeriön rooli Lääkintöhallituksen ja Sosiaalihallituksen lopettamisen jälkeen on ollut vähäinen.

Jo Sosiaalihallituksen aikana 1980-luvulla rakennettiin hyvin toimivia palvelukeskuksia. Etenkin Pohjois-Suomessa Oulun yliopiston arkkitehtiosasto professori Jouni Koiso-Kanttilan johdolla toteutti Pohjois-Suomeen joukoittain erinomaisia ja hyvin toimivia vanhainkoteja ja vanhusten palveluasuntoratkaisuja.

Myös 1980-luvun lopussa rakennetut Liedon terveyskeskus ja Turun Kurjenmäki-koti edustivat aikansa parhaita perinteitä ja olivat kansainvälisen huomion kohteina.

Vanhusten asuntorakentamisen rahoitus hoidetaan ARA:n kautta. ARA tarkastaa projektit ja hyväksyy rakennuspiirustukset. Valvira myöntää toimiluvan ja aluehallintovirasto tarkastaa toimitilat.

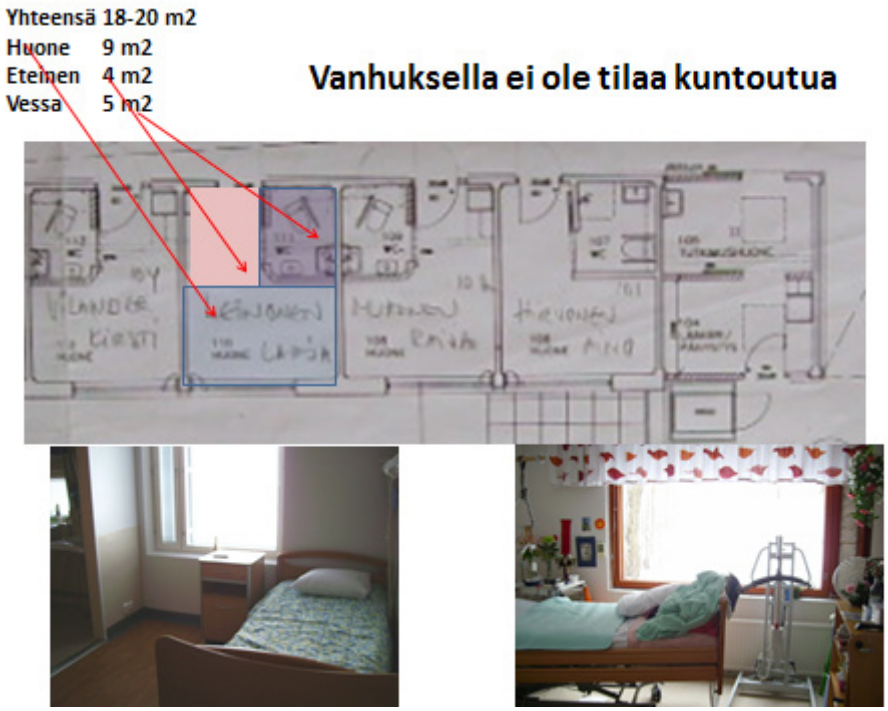
5.6.1 Havaintoja ikääntyneiden palveluasumisen rakennuksista

Sotera on suorittanut inventaarion kuudessa sairaanhoitopiirissä ja käynyt läpi kattavasti sairaanhoitopiirien vanhusten palvelurakennukset. Inventoinneissa on vanhusten palvelurakennusten toimivuutta ja tiloja arvioitu arkkitehtuurin, asumisen, kuntoutuksen, liikkumisen, oleskelun, ruokailun, ulkotilojen ja sijainnin näkökulmista. Tilaratkaisut, niin sisä- kuin ulkotilat, ovat toiminnan ja asiakasarvon lisäämisen kannalta oleellisia.

Perushavainto on, että vanhuksen huone on samankokoinen riippumatta yksikön nimestä. Yhteiset tilat ovat vastaavasti samantyyppisiä. Joskus tilaa ei ole muutettu mitenkään, vaikka sairaalan vuodeosasto on muutettu palveluasunnoksi.

Erittäin vakava huomio on, että kuntoutukselle varattuja tiloja on rakennuksissa hyvin vähän tai ne puuttuvat kokonaan. Tämä merkitsee laitosvanhusten syntymistä tarpeettomasti.

Kohteita voida asettaa paremmuusjärjestykseen sen perusteella, onko kyseessä kunnallinen vai yksityinen tai uusi vai vanha rakennus. Edelleen voidaan arvioida, että noin neljännes tiloista on ahtauden vuoksi katastrofaalinen vanhuksen toimintakyvylle.



Kuva 10. Kuva 2010-luvulla valmistuneesta ahtaasta ”kuoleman odotuskopista”

Jos vanhuksen oma tila palveluasunnossa on valmiiksi kalustettu ja noin 10–15 m^2:n suuruusluokkaa, kyseessä on todellisuudessa laitoshuone, ei asunto tai koti. Nimikkeet ja käytäntö eivät aina vastaa toisiaan.

Huoneet ovat ahtaita. Vaikka suurin osa palvelutaloista sallii vanhuksen tuovan omia huonekaluja, tätä ei juurikaan hyödynnetä, koska niitä ei mahdu huoneeseen. Esimerkiksi oman nojatuolin sijoittaminen pieneen huoneeseen on mahdotonta. Huone on suunniteltu sängyn ja makuutoimintojen ympärille. Tavoitteena on, että huoneesta lähdetään muihin tiloihin liikkumaan ja harrastamaan, mutta näitä tiloja ei ole tai toimintaa ei ole järjestetty. Tällaisessa minimitilassa liikkuminen jää hyvin vähäiseksi. Ulkoilutilat ovat usein huonosti suunniteltuja tai puuttuvat kokonaan.

Kuvan 10 ongelmat syntyivät 2000-luvulla, jolloin rakennuskustannuksiin alettiin kiinnittää huomiota. Tonteille asetettiin hintavaatimuksia, ja rakennukset siirtyivät taajaman laidoille. Tiloja pienennettiin siirtymällä 20 m^2 ruutuun ja samanaikaisesti siirryttiin vaatimaan ylisuuria saniteettitiloja. Laatua ohjasi ARA:n ja Valviran yhteinen rakentamisen normi.

Lääketieteellisessä kirjallisuudessa on riittävästi näyttöä siitä, että liikkuminen ja lihasmassa ovat vanhuksen kunnolle välttämättömät. Jos lihasmassaa ei ole, on erittäin vaikeaa pitää vanhusta kunnossa. Hänen kuntonsa romahtaa ympäristöstä johtuvista syistä.

Vanhusten palveluasunnot on rakennettu liian pieniksi. Olemassa olevien palvelutalojen huoneet on pääosin suunniteltu vuodelepoa varten. Huoneet on tehty minimimitoituksen mukaan, eli ne ovat 12–15 m^2. Rollaattorin käyttö estää kalustuksen. Vanhuksen kunnon ylläpitäminen omatoimisen arkiliikunnan avulla on hyvin vaikeaa tilassa, jonka suunnittelulähtökohdat ovat passiivisesta vuodelevosta lähtöisin. Uusimmat isommat huoneet mahdollistavat ikääntyneen omatoimisen liikkumisen apuvälineiden turvin myös omassa huoneessaan.

Rakentamista valvoo sekä Valvira että aluehallintovirasto. Niiden yhteisessä laatuvaatimuksessa edellytetään, että vanhuksen käytettävissä olevan tilan tulee olla noin 20 m^2. Kun eteinen ja wc tarvitsi kumpikin noin 5 m^2, jäi vanhukselle

Kuva 11. Vuodepotilaita ja virikkeellistä istumatilaa terveyskeskuksen pitkäaikaisella vuodeosastolla

nettoelintilaa noin 10 m^2. Kun hoitajat vaativat ylisuuria sairaalasänkyjä ja vapaata pääsyä kummaltakin puolelta, ei vanhuksen huoneeseen mahdu edes nojatuoleja.

Nämä olosuhteet voivat olla oikeutettuja yksiköissä, jossa on levottomia potilaita, mutta olosuhteita ei voida pitää inhimillisinä eikä sellaisina, että hauras vanhus eläisi siellä edes osittain toimintakykyisenä. Kuntoutuminen ja toimintakyvyn palauttaminen ei näissä olosuhteissa ole mahdollista.

Tilanne on sama riippumatta yksikön nimestä, olipa se sitten vanhainkoti, palveluasunto tai vuode-osasto. Jo kymmenen päivän vuodelepo heikentää jalkojen lihaksia ja aerobista kuntoa sekä fyysistä aktiivisuutta. Rakenteesta tuleva pakkomakuu aiheuttaa lihaskadon, ja seurauksena on ennenaikainen kunnon huonontuminen ja varhentunut kuolema.

Kuvat 12. Muistisairaan huone uudessa rakennuksessa ja Ruotsissa

Seurauksena on nykyinen tilanne, jossa vanhuksella ei ole kunnon ylläpitoon mahdollisuutta osassa 2000-luvun rakennuksia. Varsinainen asuintila on niin ahdas, ettei sinne sängyn ja yöpöydän jälkeen mahdu kunnollista nojatuolia.

Kun samanaikaisesti oleskelutiloissa on 20 vanhusta kohti 6–7 nojatuolia, jää ainoaksi mahdollisuudeksi pysyvä vuodelepo. Tällöin vanhuksen kunto huononee rakennuksen ominaisuuksien vuoksi, ja kyseessä on pakkomakuu. Tilat sopivat saattohoitokodiksi, mutta eivät 1–2 vuoden asumiseen.

Vertailu paljastaa hoitokulttuurieroja. Suomalaisen 25 vanhuksen yksikön olohuoneessa on usein vain 13 istumapaikkaa. Asukkaista siis puolet voivat tulla päivällä olohuoneeseen ja toisten on oltava huoneissaan. Jos huone on ahdas, ei asukkaalla ole muuta mahdollisuutta kuin levätä vuoteessaan.

Kunnollinen kalustus on hurskas toivomus, jos perustila on liian ahdas. Kun vertaamme vanhusten huoneita muualla ja Suomessa, näemme eron, kuten oheisista kuvista on todettavissa.

Kuva 12. Dementiaryhmäasunnon olohuone De Hogeweyk -dementiakylässä ja Suomessa

Laitoksen ei pidä sallia akuuttien kriisien jälkikuntoutuksen hoitamista, jossa siellä ei ole kuntoutustilaa ja jossa ei voida pitää kuntoa yllä tai kuntoutua. Tämä vaatimus kyseenalaistaa perinteisten terveyskeskusten roolin iäkkään väestön kriisien jälkeisenä kuntouttajana.

5.6.2 Kustannukset, normit ja elämän laatu

Kokonaistilan tarvetta määriteltäessä vedotaan usein kustannuksiin. Pienempi rakennus on halvempi, mutta toiminnan kokonaiskustannukset eivät välttämättä ole halvempia. Kun kokonaiskustannuksista henkilökunnan työ on noin 70 % ja asunto ja ruokailu noin 30 %, niin kannattaa tavoitella mahdollisimman suurta itsehoitoisuutta. Seuraava esimerkki valaisee tilannetta.

Lisätila ei ole kallista. Jos ajattelemme, että normaaliin rakennukseen lisätään asuintilaa 5 m^2, merkitsee tämä lattian, katon ja seinien kasvattamista. Jos rakennuksen keskineliöhinta on 2 000 euroa, ovat nämä neliöt vastaavasti noin 600 euroa. Asuinpinta-alan määrän lisääminen merkitsee rakennuksen kokonaiskustannusten kasvamista ehkä noin 7–10 %:lla. Kun hoitopäivän kokonaiskustannuksista asumisen osuus on noin 10–15 %, ei näissä tämä pieni lisä ole kustannusten kannalta ratkaisevaa. On todennäköistä, että ahtaus lisää hoitokustannuksia, koska kävelevä itsehoitoinen henkilö on helpompi hoitaa kuin vuoteessa kaikkia palveluja tarvitseva.

Kun riittävän tilavassa rakennuksessa vanhukset pystyvät asumaan oleellisesti parempikuntoisina, tarvitaan hoitotyötä vähemmän. Yhden hoitajan palkan vuosikustannukset ovat noin 50 000 euroa. Jo keskikokoisessa yksikössä lisäinvestointi on kuoletettu, kun parempikuntoiset vanhukset ovat tarvinneet neljä hoitajatyövuotta vähemmän hoitotyötä.

Kun vanhusten palvelutarpeen huippu sijoittuu vuosiin 2025–2040, ehdimme vielä rakentaa paremman itsenäiseen asumiseen perustuvan palvelujärjestelmän. Tarve lisääntyy Etelä-Suomessa, mutta Keski- ja Itä-Suomessa on monin paikoin palvelutarpeen huippu jo nyt käsillä tai sivuutettu.

Rakentamisen normit on saatava uudelleen harkinnan kohteiksi. Kun toisaalta normeja puretaan, on arviointi tehtävä laatupisteytyksellä. Minimimitoituksen

ongelmat korostuvat osaltaan vahvasti, koska minimimitoitettu tila tekee rakennuksen muuntojouston vaikeaksi tai lähes mahdottomaksi.

Muualla EU:ssa rakennuksen tilankäyttö on noin 35–42 m^2 vanhusta kohti. Omassa huoneessa on tilaa noin 25–30 m^2 tai jopa 45 m^2. Huoneeseen mahtuu riittävä kalustus. Maksamalla lisävuokraa voi saada isomman tilan.

5.6.3 Ahtaudesta on päästävä eroon

Liian ahtaista tiloista on päästävä eroon, eli noin 15 000 paikkaa yhteensä noin 55 000 nykyisestä eriasteisesta paikasta pitää korvata riittävän tilavilla senioriasunnoilla. Tähän liittyy taajamien uudistaminen ikääntyvälle väestölle sopivaksi ja paikallisuuden vaatimusten lisääntyminen. Kun Suomessa rakennetaan vuosittain noin 30 000 uutta kerrostaloasuntoa, ei ehkä 15 000 vanhuksen asunnon korjaaminen asianmukaiseksi tai uuden tilan hankkiminen ole ylivoimainen taloudellinen ongelma.

Rakentamisen normit on saatava uudelleen harkinnan kohteiksi. Tällä hetkellä ARA käyttää normina 25 m^2:n ruutua ja hyväksyy 3,5 m^2:n wc:n. Tämä edustaa opiskelija-asunnon tasoa. Vanhus rollaattoreineen vaatii vähintään 30 m^2:ä, jonne saadaan riittävä yhden hengen koti edellyttäen, että yhteistilat ovat toimivat.

Yhteisissä tiloissa on oltava erillinen ruokailutila, seurustelutila ja rauhallinen nurkkaus omaisten ja ystävien tapaamista varten. Oleskelutiloissa on oltava nojatuoleja 80 % asukkaiden määrästä. Oleskelu- ja ruokailutilat on voitava yhdistää yhdeksi kokonaisuudeksi erilaisia tilaisuuksia varten.

Osa tiloista on rakennettava kahden hengen asuttavaksi. Tila tarvitaan aviopuolisolle tai muuten sukulaisen tai ystävän kanssa asumiseen. Tällöin lähtökohtana on 45–60 m^2:n asuintila.

Aluehallintovirastolta tarkistetun tiedon mukaan minimikoot eivät ole enää valvontaohjelmassa, vaan lain mukaan tilojen tulee olla riittäviä, esteettömiä, apuvälineiden käytön mahdollistavia. Käytännössä aluehallintovirasto suosittelee kuitenkin yhdelle henkilölle vähintään 20 m^2 huoneen kokoa, joka sisältää myös wc-tilat. Tila on siis 5 m^2 pienempi kuin ARA:n tämänhetkinen vaatimus ja asumisen kannalta liian ahdas.

Vanhuspalvelulaki ohjaa palveluntuottajaa huolehtimaan, että iäkkäiden henkilöiden käytössä olevat toimitilat ovat riittävät, turvalliset, esteettömät, kodikkaat sekä muutenkin olosuhteiltaan sopivat heidän tarpeisiinsa nähden. Soteran tämän projektin osana suorittamissa Pohjois-Karjalan vanhuspalveluyksiköiden inventaarioissa tuli ilmi, etteivät nämä tavoitteet ole toteutuneet. Pienin vanhuksen käytössä oleva oma huone oli noin 7 m^2. Lupaviranomaisten eli Valviran ja aluehallintovirastojen tulisi ottaa nämä vaatimukset huomioon myöntäessään lupia uusille toimijoille sekä valvoessaan julkisia ja yksityisiä vanhuspalveluja.

Jotta vanhukset voisivat ylläpitää kuntoaan palvelujärjestelmässä, tarvitaan uudistettu tilasuositus. Mallia voidaan ottaa Pohjois-Irlannin sotesta, jossa annettiin vanhainkodeille määräaika, jossa tilat oli saatava normien mukaisiksi. Voisimme harkita Suomessa tavoitetta, jossa vuonna 2025 palvelurakennus ei enää saisi olla niin ahdas, että ahtaus aiheuttaisi vanhuksen kunnon huonontumisen.

Muutoksen vauhdittamiseksi viranomaisten tulisi antaa kilpailutustilannetta varten tilasuositus, jossa ahtaudesta annettaisiin negatiivisia laatupisteitä, tai alaraja, joka olisi tarjouksen hylkäämisperuste. Esimerkiksi asumistilan alle 10 m^2:n koko tulisi olla laitoksen sulkemisperuste. Myös kuntoutusmahdollisuuksien puute sulkisi yksikön pois kilpailutuksesta.

5.7 Ympärivuorokautisen hoidon rahoituksen rakenne pitää uusia

Pitkäkestoista ympärivuorokautista hoivaa tarjotaan ikäihmisille tällä hetkellä kahdessa eri muodossa: tehostettuna palveluasumisena 76 % sekä vielä 18 % laitoshoitona vanhainkodin tyyppisissä yksiköissä ja 6 % terveyskeskusten pitkäaikaisosastoilla.

5.7.1 Laitoshoito ja kunnalle tuleva kustannus

Vanhainkotiyksiköt ja terveyskeskusten pitkäaikaisosastot ovat enimmäkseen vanhaa perua useiden kymmenien vuosien takaa, jolloin myös niiden tilat ovat nykyvaatimuksiin nähden vaatimattomat ja epämodernit, jopa epäkäytännöllisetkin. Jo pelkästään tilojensa perusteella vanhainkotihoiva saa helposti negatiivisen, pahan laitoshoidon leiman, vaikka itse palvelun sisältö voikin olla varsin laadukasta, jos yksikön toimintakulttuuri on valjastettu siihen. Valitettavan usein tilojen epäkäytännöllisyys kuitenkin ohjaa myös toimintaa ”laitostavaan” suuntaan, joten tilojen modernisoinnilla on suuri merkitys toiminnan ohjaamiseen. Näissä yksiköissä pääsääntöisesti hoidetaan erittäin huonokuntoisia monisairaita vanhuksia, joiden hoidontarve on suuri. Hoitopäivän hinta on reilusti asumispalveluja korkeampi, minkä vuoksi kunnat ovat erittäin haluttomia ostamaan vanhainkotimuotoista hoivaa.

Asiakkaan itsensä ja hänen läheistensä kannalta vanhainkoti ja pitkäaikaisosastot ovat hoivamuotona kuitenkin helpoin ”all-inclusive”-palvelumuoto, sillä siihen kuuluu kaikki mitä asukas tarvitsee: asuminen, ruoka, hoiva, lääkkeet, hoitotarvikkeet, ympärivuorokautiset lääkäripalvelut, vaatteet ja pyykkihuolto, viriketoiminta, kuntouttava toiminta (fysioterapia, toimintaterapia, jalkahoito, ravitsemus- ja puheterapia ym.), kuljetukset toimenpiteisiin ja tutkimuksiin sairaalaan jne. Kunta voi periä enintään 85 % asiakkaan tuloista korvauksena hoidon järjestämisestä, mutta sen yli menevä osuus jää kunnan maksettavaksi. Asiakkaan tai hänen läheistensä ei tarvitse hakea korvauksia tai toimeentulotukea Kelalta.

5.7.2 Tehostettu asumispalvelu ja kunnalle tuleva kustannus

Tehostettu asumispalvelu on uudempi konsepti, jolla alun perin tavoiteltiin mahdollisimman kodinomaista ja itsenäistä asumismallia niille ikäihmisille, jotka eivät enää tule toimeen omassa kodissaan. Tavoite oli hyvä: ikäihmiset asuisivat vuokralla yhteisössä, jossa heillä on oma huone ja mahdollisuus osallistua yhteisiin aktiviteetteihin halunsa mukaan. Asumista tukemassa ovat ympärivuorokautinen apu ja valmiiksi järjestetty ruokahuolto sekä muut tukipalvelut. Asukas maksaisi erikseen vuokraa kiinteistön omistajalle sekä hoivamaksua palvelun tuottajalle, jolloin toiminta muistuttaisi enemmän normaalia kotiasumista.

Hyvää tarkoittava malli kompastui kuitenkin heti alkuvaiheessaan siihen, että asunnon perusmalliksi vakiintui 20 m^2:n tila sisältäen oman huoneen ja wc/suihkutilan. Tällöin ei tosiasiallisesti voida puhua asunnosta. Toinen seikka on se, että näihin yksiköihin ohjautuu varsin raskasta hoivaa vaativia asukkaita, vaikka henkilöstömitoitus on vanhainkoteja pienempi. Tämän vuoksi palvelun sisältö painottuu voimakkaasti perustarpeista huolehtimiseen.

Tähän kehitykseen johti se, että kuntien tavoitteena oli laskea rajusti omia sotekustannuksiaan siirtämällä kustannukset asiakkaan itsensä sekä muiden julkisten tahojen maksettaviksi.

Tehostetussa asumispalvelussa maksulogiikka toimii seuraavasti:
- Asukas maksaa vuokraa -> hakee Kelalta asumistukea -> maksaa erotuksen itse.
- Asukas maksaa kotikunnalleen (palvelun järjestäjälle) hoivapalvelumaksua -> hakee Kelalta hoitotukea -> maksaa erotuksen itse.
- Asukas maksaa itse lääkkeensä -> hakee Kelalta lääkekorvaukset -> maksaa erotuksen itse.
- Asukas maksaa itse hoitotarvikkeensa (muut kuin vaipat tms. päivittäistarvikkeet).
- Asukas maksaa itse muut elämisen ja hoitonsa kulut (esim. lääkärin lähete fysioterapiaan -> maksaa itse omavastuuosuuden).
- Palveluun kuuluu hyvin rajoitetusti lääkäripalveluja. Asukas maksaa itse omavastuuosuutensa tutkimuksiin ja hoitoon asumispalvelun ulkopuolella.

Palveluasumisessa asukkaan asuinhuoneen vuokraan lisätään vielä vyörytys yleisistä tiloista, joten asukkaan vuokra nousee. Tämä merkitsee sitä, että pienituloisille vuokran osuus on liian iso hänen itsensä maksettavaksi tulevien palveluasumisen muiden kustannusten vuoksi. Tiedossa on tilanteita, joissa maaseudulla olevan palvelutalon isoon 30 m^2:n huoneeseen on vaikea saada asukasta sen kalleuden takia (vyörytykset mukaan lukien). Alueella on paljon maatiloja, joiden asukkaiden eläkkeet ovat pieniä.

5.7.3 Keskeiset ongelmat ja sote

Koko vanhuspalvelukapasiteetille ei tule olemaan käyttöä. Maamme tulee nopeasti tilanteeseen, jossa alueellisesti palvelukapasiteettia tyhjenee, koska alueelta vähenevät palvelua tarvitsevat vanhukset. Noin sadassa kunnassa kuolemien määrä vähenee nykytasosta ja palvelutarve pienenee.

Huonekoon pienuus tehostetussa asumispalvelussa ei sekään johdu palveluntuottajan tahtotilasta tai kitsaudesta, vaan siitä, että asumispalvelujen hintataso on kilpailutettu epäterveen matalaksi – tyypillisellä ±100 euron vuorokausihinnalla on sula mahdottomuus pystyä tarjoamaan mitään nykyiseksi normiksi muotoutunutta minimiä enempää. Esimerkiksi ostetun tehostetun asumispalvelun keskiarvo oli 95 euroa/vrk ja kunnan oman toiminnan 142 euroa/vrk. (Lähde: Tampere, Ikäihmisten palvelujen lautakunta, kokous 27.9.2016 ja Kuuden suurimman kaupungin vanhusten sosiaali- ja terveyspalvelujen ja kustannusten vertailu 2015, ISSN 1457-5078.)

Yksiköistä on karsittu kuntoutus minimiin. Seurauksena on, että kuntoutuvia vanhuksia jää pitkäaikaisiksi asukkaiksi palvelujen piiriin, kuten aiemmin tässä raportissa todettiin.

Edellä kuvatulla maksulogiikalla kunnalle jää huomattavasti vähemmän maksettavaa, mutta jos katsottaisiin yhteiskunnan kustannuksia kokonaisuudessaan Kelan ja julkisen terveydenhuollon osuuksineen, viivan alla lienee lähes sama summa kuin vanhainkotimallissakin. Loppujäännös kulunee asukkaan omaisen tai kunnan sosiaalityöntekijän Kela-hakemusten laatimiseen kulutettuun aikaan (tehostetun asumispalvelun asukashan ei ole itse kykenevä näitä asioita hoitamaan).

Asukkaan kannalta vanhainkoti tai laitosvaihtoehto ja tehostettu asumispalvelu johtavat samaan taloudelliseen lopputulokseen – vain asiaan käytetty työmäärä on huomattavan erisuuruinen. (ref: https://www.sitra.fi/julkaisut/Selvityksi%C3%A4-sarja/Selvityksia94.pdf).

Sote-uudistuksen yhteydessä on muodostettava palvelujärjestelmä, joka olisi aidosti asiakkaan tarpeista lähtevää, byrokratiaa minimoivaa ”all-inclusive”-tyyppistä palvelua. Palveluun tulee kuulua kuntoutus jo reilusti ennen palvelun tarpeiden syntymistä, jotta ongelmien alkamisajankohtaa voidaan lykätä ja kalliiden kustannusten ajanjaksoa lyhentää. Tehokkaan ennaltaehkäisyn kautta saataisiin epäilemättä merkittäviä säästöjä yhteiskunnalle.

Nykyisellä kustannusten osaoptimoinnilla on päädytty tilanteeseen, jossa ainoastaan varakkaat ikäihmiset, joilla on mahdollisuus ostaa tai vuokrata asunto palveluineen yksityisiltä toimijoilta, pystyvät elämään ja asumaan laadukkaasti loppuun saakka. Järjestelmä siis ruokkii kahtiajakoa varallisuustason mukaan – mitä kukaan ei varmasti pidä hyvänä asiana. Lienee kuitenkin epärealistista ajatella, että yhteiskunta kustantaisi yksityistä palvelutarjontaa vastaavan kokonaisen asunnon palveluineen myös kaikille niille, joilla ei ole siihen itse varaa. Ratkaistavaa on siis paljon.

5.8 Johtopäätökset

1. Sote-alueen kuntoutus on ikääntyvän väestön kannalta keskeinen toimintamuoto, joka nykyisin on liian hajallaan. Kuntoutuksen suunnittelu on otettava sote-alueen suunnittelun keskiöön.

2. Kuntoutusjärjestelmän ohjaus on alueellisesti keskitettävä, mutta toteutus voi olla hajautettu.

3. Rahoitukseen pitää kehittää vaikuttavuuteen perustuva malli, jossa osa palkkiosta on sidottu potilaan tai asiakkaan kuntoon kuukauden kuluttua kuntoutuksen päättymisestä tapahtuvassa tarkastuksessa.

4. Ahtauden suosiminen ja sen hyväksyminen viranomaistaholla oli paha viranomaisten arviointivirhe, joka lyhentää suomalaisten vanhusten elämää. Alle 25 m^2:n asuintiloista tulee luopua, jos halutaan vanhuksen elävän itsenäisesti. Vanhusrakentaminen tarvitsee uuden tilanormin.

5. Vanhojen tilojen korjaamiselle on asetettava viiden vuoden määräaika, jonka kuluessa tilat on saatettava tasolle, jossa ahtaus ei huononna kuntoa, ja kaikissa yksiköissä on mahdollisuus kunnon ylläpitoon.

6. Yhteisöllisyyden lisääminen myös haja-asutusalueen taajamissa tiivistämällä rakennetta tulee ottaa kaavoituksen keinovalikoimaan. Erityisesti taantuvien taajamien korjaus- ja täydennysrakentaminen väestökatoalueella vaatii harkintaa. Siirrettävien rakennusten käyttöä tulisi harkita ja kokeilla.

6 Maakuntien ja kuntien rooli väestön terveyden edistäjänä

Tässä luvussa tuomme esille sekä saavutuksia että tulevaisuuden haasteita.

6.1 Eliniänodote ja elämäntavat

Maakunnat, sote-alueet ja yksittäiset kunnat ja aluekeskukset tarvitsevat tietoa päätöksen teon tueksi. Sitä on saatavissa mm. Tilastokeskuksesta. Tilastokeskus on julkaissut vuonna 2016 maakunnittaisen eliniän odotteen 0-vuotisille pojille ja tytöille (Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolleet [verkkojulkaisu]. ISSN=1798- 2529. 01 2015. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 12.11.2016]).

Eliniän odote on lisääntynyt naisilla vuodesta 1970 (74 vuotta) vuoteen 2015 (84 vuotta) noin 10 vuotta ja miehillä vastaavasti vuodesta 1970 (66 vuotta) vuoteen 2015 (78,5 vuotta) noin 12 vuotta. Olemme saavuttaneet EU28-ryhmässä sijoituksen 9 naisten ja 16 miesten kohdalla. Olemme siis EU:n keskitasoa.

Eliniän odotteen 8–9 vuoden lisäys on tullut väestön elintapojen muuttumisen ansiosta. Kuntoutuksella on edelleen saatavissa lisää elinvuosia, mutta se on epätasaisesti organisoitu. Korjaavan lääketieteen osuus on eliniän lisääntymisestä noin yksi vuosi (Pekka Puska, henkilökohtainen tiedonanto, 2015).

Merkittävä osa aikuisväestön kuolemista on paremmalla terveyskäyttäytymisellä estettäviä kuolinsyitä. Parantunut terveyskäyttäytyminen korjaa myös toimintakykyä. Eliniän odotteen kasvattamisessa on siten väestön ja yksilön terveillä elintavoilla ja fyysisen sekä psyykkisen kunnon ylläpidolla keskeinen asema. Tarvittavat kunnon parantamis- ja ylläpito-ohjelmat ovat maakuntakohtaisia ja siten erilaisia.

6.2 Kuolemat elintapatauteihin ja väestön kuntoutus

Elintapoja kuvaa kuolemien määrä väestöön suhteutettuna. Tuloksia voidaan esitellä monella tavalla, mutta palvelujärjestelmän kannalta kuolemaa edeltää hoitovaihe, joka vaatii 1–2 vuoden aikana toimenpiteitä ja palvelua. Vastaavasti terveellisemmillä elintavoilla ehkäistävien tautien aiheuttamien kuolemien lukumäärä kuvaa alueen väestön elintapoja.

Maakuntien väestöt ovat erilaisia, ja niiden vertailu vaatisi ikä- ja sukupuolirakenteen vakiointia. Tätä varten pitäisi olla myös ikään ja sukupuoleen sidottu alkoholin, tupakan tai ylipainon indeksi. Kun näitä ei edes teoreettisesti ole

mahdollista saada, on seuraavassa vertailu eräiden kuolinsyiden määrää 100 000 asukasta kohti. Tämä on riittävän hyvä tarkastelutapa tuomaan esille maakuntien välisiä eroja.

Kuolinsyyt olivat seuraavat: 01–41 Taudit ja tapaturmainen alkoholimyrkytys (A00–R99, X45), 41 Alkoholiperäiset taudit ja tapaturmainen alkoholimyrkytys, 11 Kurkunpään, henkitorven ja keuhkon syöpä (C32–C34) ja 23 Diabetes (E10–E14).

Taulukko 13.

Elintapasairauksiin kuoleminen maakunnittain vuonna 2015. Lähde: Kuolinsyytilasto 2015.

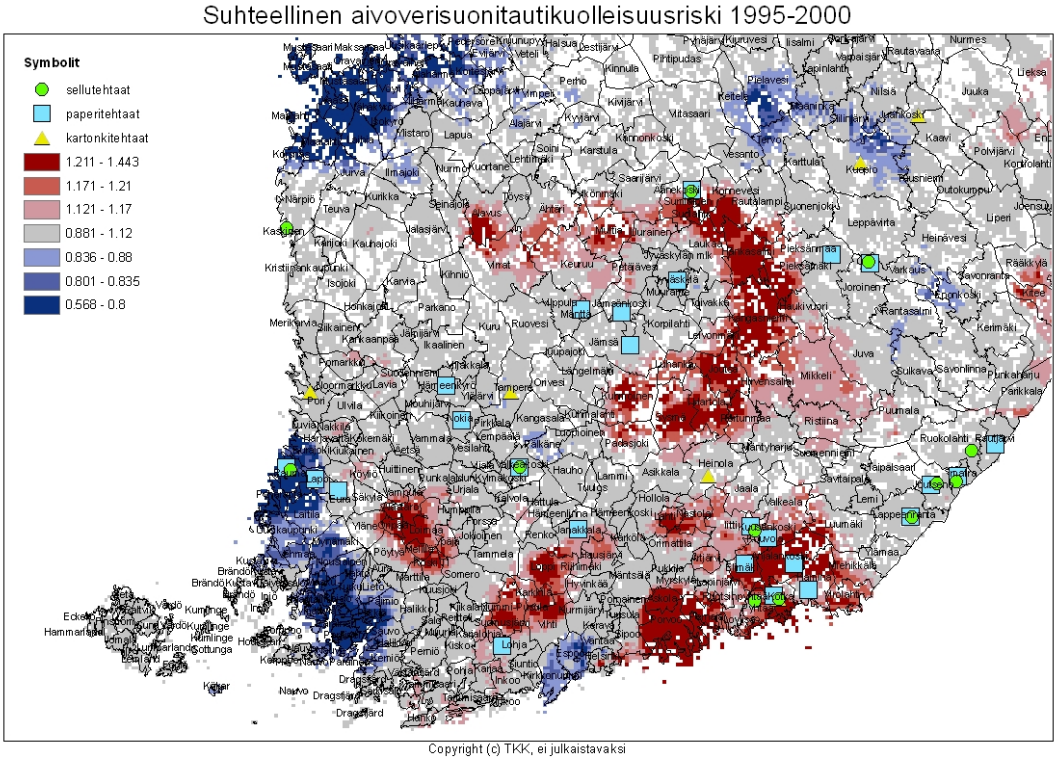
Kuolleet 100 000 asukasta kohti	Kaikki kuolemat	Alkoholi	Tupakka	Yhteensä	Alkoh. ja tup. % kaikista	Diabetes
MANNER-SUOMI	952	30	41	72	7,5	9
Uudenmaan maakunta	729	30	37	67	9,2	7
Lapin maakunta	1099	20	68	88	8,0	11
Kymenlaakson maakunta	1261	45	51	96	7,6	9
Satakunnan maakunta	1176	31	56	87	7,4	7
Varsinais-Suomen maakunta	973	29	42	71	7,4	7
Etelä-Karjalan maakunta	1259	44	48	92	7,3	18
Pirkanmaan maakunta	934	31	37	68	7,3	16
Pohjois-Savon maakunta	1167	38	46	84	7,2	8
Pohjois-Pohjanmaan maakunta	772	21	34	54	7,0	11
Päijät-Hämeen maakunta	1049	30	43	73	6,9	9
Pohjanmaan maakunta	941	17	47	64	6,8	4
Pohjois-Karjalan maakunta	1190	33	47	81	6,8	9
Keski-Suomen maakunta	1007	35	32	67	6,7	15
Kainuun maakunta	1237	28	55	83	6,7	8
Etelä-Savon maakunta	1408	45	49	94	6,7	13
Kanta-Hämeen maakunta	1055	34	36	70	6,6	5
Etelä-Pohjanmaan maakunta	1116	27	42	70	6,3	11
AHVENANMAA - ÅLAND	979	10	41	52	5,3	12
Keski-Pohjanmaan maakunta	919	10	30	41	4,4	10

Taulukossa 13 laskettiin yhteen alkoholi- ja tupakkataudit. Tämän jälkeen niiden osuutta verrattiin kokonaiskuolemiin (jossa ne ovat myös mukana). Maakunnat järjestettiin laskevaan järjestykseen sen mukaan, montako prosenttia kuolemista aiheutui alkoholin tai tupakan liikakäytöstä.

Tarkastelutapa kiinnittää huomiota Uudenmaan tilanteeseen. Maakunnassa on keskimääräistä vähemmän alkoholi- ja tupakkaperäisiä kuolemia. Mutta kokonaisuudessaan kuolemia on vähän, joten tästä syystä tässä tarkastelussa Uusimaa nousee esiin. Päinvastainen ilmiö on Etelä-Savon maakunnassa. Maakunta on tupakka- ja alkoholikuolemien kärkisijoilla, mutta suuri kokonaiskuolleisuus sijoittaa piirin parhaaseen kolmannekseen.

Aikuisiän diabeteksen puhkeamisessa on ylipainolla suuri merkitys. Kakkostyypin diabetes on samalla valtimotauti. Diabetekseen ja valtimotauteihin menehtyminen on ainakin osittain yhteydessä maakunnan väestön ylipainoongelmaan.

Seuraavassa on aivoverisuonitaudin kuolleisuusriskikartta vuosien 1995–2000 aineistosta. Kuolleisuus sekä miehillä että naisilla näyttää muodostavan alueellisia klustereita.



Kuva 14. Aivoverisuonitaudin kuolleisuusriski Etelä-Suomessa

Maakuntien terveyskäyttäytymisen tutkimisessa tulisi ottaa käyttöön kehittyneet kartantekomenetelmät.

Terveet elintavat eivät riipu ainoastaan sosioekonomisesta asemasta. Niihin vaikuttavat myös kaupunkien sekä taajamien suunnittelu, rakennuskanta ja väestöryhmien keskittyminen tietyille, myös ongelmalähiöiksi kutsutuille alueille.

6.3 Tavoitteena väestön fyysinen, sosiaalinen ja psyykkinen hyvinvointi

Vanhuspalvelulain tavoitetaso merkitsee vuonna 2016 noin 40 000 pysyvää ympärivuorokautista hoitopaikkaa nykyisten noin lähes 54 000 paikan asemasta. Toimimattoman kuntoutusjärjestelmän vuoksi jää vuosittain noin 14 000

kuntoutuskelpoista iäkästä henkilöä laitosasukkaiksi. Tämä merkitsee vuosittain noin 600 miljoonan euron kustannusvuotoa, jolla voitaisiin osallistua kestävyysvajeen supistamiseen.

Vanhuspolitiikassa eläkeläisiä käsitellään yhtenä ryhmänä. Nykyisin 75 vuoden ikä on liian varhainen raja palvelujärjestelmien kehittämiseen. Yhteisöllisyys ja sen korostaminen sekä kaikinpuolinen toimeliaisuus on ikääntyvälle väestölle keskeinen asia.

Olennaista vanhuspolitiikassa on erottaa kaksi vaihetta: **aktiivinen seniorivaihe**, joka eläkkeelle siirtymisestä kestää noin 80-vuotiaaksi asti ja jopa ylikin, ja **varsinainen vanhuus**, joka on erilaisten vaivojen ja ongelmien kanssa elämistä yhden tai kahden vuoden aikana ennen kuolemaa. Tässä vaiheessa terveydenhuollolla ja muilla palveluilla on keskeinen rooli. Mietittäessä sote-alueen kuntoutuksen toteutusta osa ikääntyneistä kuuluu aikuisväestön kanssa samaan ryhmään.

6.4 Sosiaalinen kuntouttava ympäristö ja kunta

Sote-uudistuksen toteutuessa tullaan tilanteeseen, jossa kunnan uusi rooli alueellisen yhteisöllisyyden kehittäjän ja väestön peruskunnon ylläpitäjänä on merkittävä osa kokonaisuutta.

Aikuisväestö on itse vastuullinen omasta terveydestään ja kunnon ylläpidosta. Kunnan tehtäväksi jää ottaa vastuu väestön terveydestä yleisellä tasolla. Tähän kuuluu myös edellytykset omaehtoiselle kunnon ylläpidolle.

Erilaiset Pohjois-Karjala-projektin kaltaiset ohjelmat ovat maakunnallisia ja koskettavat fyysistä kuntoutusta vain välillisesti. Edellytysten luonnissa on kunnilla merkittävä rooli. Useat taajamien keskustat eivät ole ikäihmisille soveltuvia. Niiden kehittäminen siten, että ikääntyvä väestö pystyy käyttämään taajaman palveluja ja säilyttää siten itsenäisen toimintakykynsä, on kunnan keskeinen tehtävä. Tähän kuuluvat myös taajaman kävelyreitit, kuntopuistot ja muut liikuntamahdollisuudet. Näin voidaan edistää väestön fyysistä ja psyykkistä hyvinvointia, mikä jää kunnan tehtäväksi.

Naapuruuden vahvistaminen on osoittautunut vahvaksi eurooppalaiseksi trendiksi. Väestö on kyllästynyt etäisiin keskitettyihin palveluorganisaatioihin ja ryhtynyt omatoimisesti kehittämään toimintoja. Esimerkkeinä on Saksan, Britannian, Hollannin ja Ruotsin laaja vapaaehtoisuuteen perustuva vanhusten tukitoiminta, kuten vanhusten kävelytys, musiikinkuuntelu ja virkistysretket.

Aikuisväestön ennalta ehkäisevä kuntoutus on psyykkinen, fyysinen ja sosiaalinen toimintaohjelma. Ikääntyvä väestö edellyttää maakuntatason toimenpiteitä Pohjois-Karjala-projektin tapaan. Aikuisväestön ja ikääntyvän väestön yksinäisyyden ja asumisen vaikeuden aiheuttaman pärjäämättömyyden ja masennuksen ehkäisy ja hoito tapahtuvat samoilla keinoilla. Ehkäisy ei ole pelkästään sote-sektorin asia, vaan siihen tarvitaan mukaan kunnat, joilla on vastuu

kaavoituksesta ja ympäristöstä. Lisäksi tarvitaan kolmannen sektorin toimintaa ja sille toimintaedellytykset.

Sisäisen muuttoliikkeen vuoksi kuntoutuspalvelujen tarve kasvaa Etelä-Suomessa ja yliopistokaupunkien ympärillä.

6.5 Maakunnan väestön kunnon ylläpito

Väestön kunnon ylläpito ja ennaltaehkäisevä terveydenhoito ovat saman asian kaksi eri puolta. Niitä on maakunnan tasolla vaikea erottaa toisistaan.

Suuret hyvinvointi- ja terveysprojektit on organisoitava sote-piireissä läheisessä yhteistyössä muuhun päätöksentekoon. STM:n Terve Kunta -yhteisössä kehittynyttä tietämystä on viljeltävä uusissa hankkeissa. Kuten aikanaan Pohjois-Karjalassa lähdettiin kylätasolta, on uudessa sotessa alettava korjata vinoutuneita asenteita ja tapoja pienyhteisöistä. Tähän soveltuvat yhdistysten luvatun maan Suomen useimmat järjestyneet yhdistykset, mutta on huomioitava myös nuorten keskinäiset yhteenliittymät ja kiinnostuneiden kokoontuminen sosiaalisen median tai muun yhteisöllisyyttä edistävän toiminnan avulla. Niinpä yhteisödiagnostiikka ja tervehdyttäminen ovat asian keskeisiä keinoja.

Ennaltaehkäisevä terveydenhuolto ja siihen liittyvä väestön kuntoutus vaikuttavat väestön terveydentilaan pitkällä aikavälillä. Tuloksia voidaan nähdä 10–30 vuoden päästä. Esimerkiksi Pohjois-Karjalan yli 80-vuotiaiden miesten kuolleisuus oli 2010-luvulla maan pienimpiä. Ilmiön taustalla on yli 40 vuotta aikaisemmin toteutettu Pohjois-Karjala-projekti. Terveyden edistäminen ja väestön kunnosta huolehtiminen on pitkäjänteistä työtä.

Järjestämislakiehdotuksessa määritellään hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä sekä kuntien ja maakuntien rooleista ja yhteistyöstä. Kunnilla ja maakunnilla on terveyden edistämisen alueella monia yhteistyötä edellyttäviä vastuita ja toimintoja. Terveyden edistämisen toimintamalleista on jo hyviä käytäntöjä, joita tulee hyödyntää kuntien ja maakunnan välisessä yhteistyössä.

Tavoite on kaikenikäisen väestön terveyden ylläpito aktiivisella ja terveellisellä elämäntavalla, tapaohjauksella ja liikunnalla. Samalla minimoidaan sosiaali- ja terveyspalveluiden tarvetta.

Tavoitteena on myös työssäkäyvien sairauslomien ja työkyvyttömyyseläköitymisen merkittävä pienentäminen uusilla sosiaalisen median ja digitaalisuuden mahdollistamilla valistuksen keinoilla esimerkiksi seuraavasti:

- geneettisten sairauksien seulonta, hoito ja kuntoutus
- perimän altistavien ja elintapojen esille tuomien sairauksien väestöön kohdistuva valistus ja tarvittaessa hoito
- sosiaalisen haittakäyttäytymisen ja elintapojen siirtämisen estäminen
- siirtyminen raskaiden ruumiillisten töiden myötävaikuttamasta tuki- ja liikuntaelimistön häiriöiden ja sairaustilojen hoidosta ja kuntoutuksesta istuvan elämäntyylin aiheuttamien vaivojen kuntouttamiseen ja hoitoon

- ympäristö tulee kehittää arkiliikuntaa suosiviksi niille, joilla ei ole liikuntaa haittaavia vammoja ja joiden tila sallii räätälöidyn liikkumisen. Tämä koskee myös ikääntyvää väestöä.

Keinot ovat jälleen ympäristösidonnaisia: kuntosalien käyttöä, matalan kynnyksen terveyspalveluja jonottamatta, työterveyshuollon toimenpiteitä ja hyvää tiedonvaihtoa neuvolasta teini-ikään ja aikuisuuteen sekä edelleen ikääntymiseen.

6.6 Aikuisväestön kuntoutus ja kunnon ylläpito

Aikuisväestön ennalta ehkäisevä kuntoutus on fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintaohjelma. Ikääntyvän väestön terveyden edistäminen edellyttää maakuntatason toimenpiteitä Pohjois-Karjala-projektin tapaan.

Terveyden edistäminen ei ole pelkästään sote-sektorin asia, vaan siihen tarvitaan mukaan kunnat, joilla on vastuu kaavoituksesta ja ympäristöstä. Kunnan keskeisenä vastuuna on rakentaa puitteet, jotka mahdollistavat eri-ikäisten ja -kuntoisten liikuntaharrastukset. Kuntosaleja sekä esteettömiä ja valaistuja liikuntaratoja tulee olla riittävästi. Liikenneyhteydet ja liikkumista mahdollistavat kuljetuspalveluratkaisut ovat tärkeitä myös sosiaalisen kuntoutuksen näkökulmasta. Kunta voi vaikuttaa asumisviihtyvyyteen ja virikkeellisyyteen kuntoutumista edistävästi. Terveyden edistämisessä tarvitaan myös kolmannen sektorin toimintaa.

EVTK-tutkimuksessa (Laitalainen ym. 2010) kartoitettiin liikuntasuosituksen toteutumista. Reilu neljännes liikkuu kestävyyskunnon kannalta riittävästi. Noin kymmenesosa täyttää lihaskuntoliikunnan suosituksen. Sekä kestävyysettä lihaskuntoliikunnan suosituksen täytti vain viisi prosenttia eläkeikäisistä miehistä ja neljä prosenttia naisista. Vähintään kolme kertaa viikossa tasapainoharjoituksia teki kolme prosenttia miehistä ja neljä prosenttia naisista. Viidesosa eläkeikäisistä ei liiku lainkaan. Kaksi kolmasosaa eläkeikäisistä suomalaisista (65 % miehistä ja 70 % naisista) liikkuu selvästi liian vähän (Suomalaisten fyysinen aktiivisuus ja kunto 2010, Terveyttä edistävän liikunnan nykytila ja muutokset; Pauliina Husu, Olavi Paronen, Jaana Suni, Tommi Vasankari).

Tarvitaan liikunnanohjausta ja erilaisia ryhmäliikuntatapahtumia, jotka edistävät myös sosiaalista kuntoutumista. Myös sisä- ja ulkoliikuntamahdollisuuksien lisäämiseen tarvitaan panostusta.

Masentuneisuus on iäkkäillä yleinen ongelma, joka tulee tunnistaa ja hoitaa. Yksinäisyyden ja syrjäytymisen ehkäisy on keskeistä psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämisessä. Erilaiset virikkeelliset ryhmätoiminnat ovat tärkeässä roolissa. Rakentamisessa on huomioitava asuntojen toimivuus virikkeellisenä ja sosiaalisena ympäristönä.

Ravinnon merkitystä tulee korostaa ikääntyvän väestön toimintakyvyn ja terveyden edistämisessä. Erityisesti proteiinien, vitamiinien ja hivenaineiden päivittäinen saanti tulee turvata. Alkoholin liialliseen käyttöön tulee kiinnittää huomiota.

6.7 Miten rakennetaan hyvä kunta ikääntyvälle väestölle

Seuraavassa tarkastellaan ikääntymisen huomioon ottamista rakentamisessa kunnan kaavoituksen ja taajaman toimivuuden näkökulmasta.

6.7.1 Tarvitaan kolme rakennustyyppiä

Palvelurakennukset on nykyisin tyypitelty ja luokiteltu monilla nimikkeillä. Luokittelun perusteena on vaiva (alkoholismi, kehitysvamma, vanhuus, psykiatrinen ongelma). THL:n toimipaikkarekisterissä on yli 30 erilaista nimikettä ja kombinaatiota. Käytännössä tilat ovat samanlaisia. Usein samassa rakennuksessa ovat vaihtuneet asukkaat, toimija, hallintojärjestelmä ja laitoksen nimi. Rakennus on kuitenkin ikärakenteeltaan sama.

Edellä on tarkasteltu palvelutarpeita. Tarkastelun perusteella olisi syytä harkita, voidaanko rakennukset tyypittää uudella tavalla siten, että palvelurakennuksissa olisi kolme tyyppiä:

1. Vaikeasti sairaiden tai paljon hoitoa vaativien potilaiden hoivakoti olisi raskain rakennus. Tämä rakennustyyppi voi toimia myös saattohoitokotina.

2. Muistisairaita varten olisivat dementiakodit. Muistisairaiden vaatimukset ovat itsenäinen oma huone ja normaalit asumisen yhteistilat, joissa tapahtuu ruokailu, oleskelu, television katsominen jne. Rakennukset ovat tavallisen kokoisia ja osa normaalia asumista.

3. Vanheneva väestö tarvitsee senioriasuntoja, jotka sijaitsevat taajaman keskustassa olevassa palvelukorttelissa ja muistuttavat tavallisia asuntoja, joilla on yhteisiä tiloja.

Laatuvaatimukset ja normit on saatava uudelleenharkinnan kohteeksi. Liian ahtaille tiloille on asetettava määräaika, jonka aikana tiloja on väljennettävä sen kokoisiksi, että kunnon ylläpito on mahdollista.

6.7.2 Senioreille asuntoja taajaman keskustaan

Osa ikääntyvän väestön palvelujen käytössä olevista tiloista on vanhoja ja ahtaita, ja ne estävät itsenäisen kunnon ylläpidon. Vuodeosastotyyppisiä palveluasuntoja on liikaa, ja niiden käyttökelpoisuus on kyseenalaista. Jos vanhuksen tila riittää vain nukkumiseen, ei ratkaisu ole eettisesti kestävä eikä toiminnallisesti tarkoituksenmukainen. Näistä tiloista pyritään luopumaan.

Vanhuksen koti voi olla sopimaton apuvälineille, liian kaukana kotipalvelusta tai muista syistä sopimaton. Hän saattaa kuitenkin edelleen olla fyysisesti varsin hyväkuntoinen ja olla toimintakykyinen toisenlaisessa ympäristössä.

Kun ikääntyneet eivät selviä enää yksin, tarvitaan muutto elämän loppuvaiheen asuntoon. Tämän asunnon tulisi olla ensisijaisesti oma asunto, ei laitos.

Sen tulee sijaita taajaman keskustassa, jossa tarvittavat palvelut ovat noin 200 metrin säteellä. Näitä ovat päittäistavarakauppa, ravintola ja kotihoidon/avun palvelupiste.

Hoivapalvelut tulee keskittää kävelymatkan päässä olevaan palvelukeskukseen, joka antaa palveluja tarpeen mukaan. Vanhuksen kunto vaihtelee, välillä tarvitaan paljon hoivaa ja kunto paranee useaksi viikoksi, jolloin henkilö elää lähes itsenäistä elämää. Palvelukeskus palvelee myös lähiympäristön asukkaita.

Tavoitteena on, että ikääntyvän väestön asunnot on tehty mitoituksella, joka kelpaa rakennuksen elinkaaren aikana myös aikuisväestölle. Hollannin nykyinen kokoluokitus on vanhuksen käytössä olevan oman tilan osalta miniminä 25 m^2, tavoitteellisena 32 m^2 ja kahta ikääntynyttä kohti 45–50 m^2. Nämä tilat on rakennettu niin, että ne kelpaavat myöhemmin aikuisväestölle.

Palvelukortteli on asumismuotona hybridi, jossa on useita toimintoja yhdistetty samaan kokonaisuuteen. Näitä ovat esimerkiksi senioriasunnot, tavalliset asunnot, kuntosali, dementiakoti, kirjasto, kahvila ja lounasravintola sekä luentoja juhlasali. Hoivapalvelut tulevat keskuksesta, ne palvelevat sekä dementiakotia että rakennuksessa asuvia itsehoitoisia vanhuksia.

Tarvittava senioriasunto suunnitellaan rakennettavaksi siten, että sen yhteistilat täydentävät taajaman palvelurakennetta. Asuntojen tukitoiminnot ovat jo olemassa olevia toimintoja, tai ne täydentävät taajaman palvelurakennetta olemalla avoimia kaikille käyttäjille.

Tämä merkitsee taajaman palvelurakenteen huolellista inventointia ja kävelykeskustatyypistä muutaman korttelin rakennetta.

Sote-alueella on inventoitava alueen ikääntyneiden palvelurakennusten käyttökelpoisuus ja huolehdittava siitä, että korjaussuunnitelmat tehdään tiloissa toimivaa itsehoitoista vanhusta varten.

6.7.3 Palvelukortteli – toimintaa kaikenikäisille asukkaille

Euroopassa on kyseenalaistettu nykyiset vanhusten hoitojärjestelmät, ja tilalle on jatkuvasti kehitetty uusia inhimillisempiä ja paremmin toimivia järjestelmiä. Keskeisinä toimintamalleina ovat palvelukortteliajattelu ja päivähoito.

Palvelukortteliajattelu lähtee liikkeelle siitä tosiasiasta, että seniorit ovat varsin hyväkuntoisia tavallisia henkilöitä. Kun elinikä on toisen maailmansodan jälkeen pidentynyt kymmenen vuotta, on pääosa tästä tervettä normaalia elämää. Eläkkeelle siirtyminen merkitsee ikääntyvälle väestölle kuitenkin vaihetta, jossa haetaan viimeinen asunto. Senioriasuminen on Suomessa tarkoittanut sitä, että asunto on normaalia kalliimpi ja usein keskustan laidalla, mutta talossa on ehkä hiukan isommat yhteistilat. Muuten on kyse tavallisesta asuintalosta.

Senioriasuminen Keski-Euroopassa tarkoittaa sitä, että asunto on noin 35–50–70 m^2 ja sijaitsee keskustassa, jolloin kävelyetäisyys palveluihin on lyhyt. Asunnot

ovat tarvittaessa eristettävissä lukitusjärjestelmällä siten, että muistisairas henkilö pääsee rakennuksesta ulos ainoastaan valvotusti.

Rakennuksen alakerta sisältää kulttuuri- ja harrastetiloja koko taajaman asukkaille. Näihin kuuluvat isohko luentosali, musiikkiesityksiä, jumalanpalveluksia, harrasteteatteria ja tilat näiden harjoittelua varten, lähikirjasto, kuntosali, mahdollisesti pieni uima-allas, kahvila ja ruokala, joka toimittaa myös annokset asukkaiden huoneistoihin. Tiloista löytyy myös erilaisia käsityömahdollisuuksia sekä miehille verstas metallityökaluineen.

Palvelukorttelin rakennuksen koko on noin 15 000–20 000 m^2. Siinä olevat huoneistot ovat sellaisenaan myös aikuisväestölle sopivia. Niiden rahoitus on yleensä sekarahoitusta, osa sosiaalista asuntotuotantoa, ja osa asunnoista on yksityisessä omistuksessa. Rakennuskompleksista on erilliset siivet, joissa on dementia-asunnot tai sairaskodit. Kortteliin kuuluvat riittävän isot, tarvittaessa suljetut sisäpihat.

Olennainen ero palvelukortteliasumisen ja palveluasunnon välillä on siinä, että palvelukorttelissa asutaan normaalisti ja tilavat huoneistot voi sisustaa omin huonekaluin. Palveluasunnossa tila on ahdas ja kalustettu tietyillä huonekaluilla. Palvelukorttelin asunto sopii viimeiseksi asunnoksi seniorille, mutta palveluasunto on vain elämän loppuvaiheen ratkaisu.

Rakennus toimii osin vapaaehtoistoiminnan ja alueen harrastustoiminnan keskuksena.

Osa palvelukorttelin vanhuspalveluista tulee alueen väestön vapaaehtoistoiminnan kautta. Esimerkiksi vapaaehtoispalvelusta voi olla ilmoitustaulu, johon merkitään tarpeet, kuten 85-vuotispäivän kahvien järjestäminen kymmenelle henkilölle, budjetti 70 euroa, yhteys ja puhelinnumero jne.

Palvelukorttelissa on myös vanhusten päiväkeskukseen toimintaa, jonne ympäristön vanhukset haetaan. Kun päivällä on aktiviteetteja klo 9–17 välillä, on vanhus illalla kotiin vietäessä riittävän väsynyt, jotta yöstä tulee yhtenäisempi. Kun samalla pidetään päiväkeskuksen avulla rytmistä kiinni, pystyy muistisairas henkilö asumaan kauemmin kotona.

Kuntoutusta varten tarvitaan tilat. Jotta vanhusväestöä voitaisiin kuntouttaa laajamittaisesti ja mielekkäästi, taajaman kuntoutustilan täytyy olla sellainen, että se mahdollistaa useamman hengen ryhmien kuntouttamisen samanaikaisesti.

Vanhusten palvelurakennuksen ympäristössä on oltava riittävän pitkä suojattu kävelyreitti. Taajamien keskustarakentamisen osalta on pyrittävä korttelisuunnitteluun siten, että lisärakentaminen elävöittäisi asutuskeskuksen keskustaa.

6.7.4 Tarve ja palvelu kohtaavat palvelukorttelissa

Palvelukorttelissa on sosiaali- ja terveyspalvelujen palvelupiste, joka antaa palveluita tarpeen mukaan. Silloin kun henkilö on sairas, hänen luonaan käydään

useita kertoja päivässä. Kun hän on terve, häntä tuetaan vain tarvittaessa. Sosiaalinen yhteys synnytetään ja pidetään yllä myös rakennuksessa olevan kulttuuritoiminnan avulla.

Palvelukorttelissa palvelukeskus antaa palveluja kohdennetusti. Tällöin esimerkiksi siivous ei ole päivittäistä muuten kuin erillistilanteessa. Kun vanhukselle kuuluu osittain itse vastuu oman huoneensa siisteydestä, pystytään siivouskustannuksia ratkaisevasti vähentämään.

Järjestelmä on huomattavasti taloudellisempi kuin Suomen tavallinen 30-paikkainen osastotyyppinen yksikkö. Alueyksiköitä ovat useimmat palveluasunnot, joille on rakennettu oman rakennus, vuodeosastot tai muut vastaavat toiminnot. Alueyksiköistä on todettu, että vaikka henkilökuntaa on varattu 4–5 tuntia päivässä vanhusta kohti, vanhuksen luona ollaan vain tunti tai sen alle. Tästä hoivaa tai hoitotyötä on noin neljännes. Merkittävä osa on niin sanottua muuta työtä, jonka sisältö on usein hyvin epäselvää.

Palvelukorttelin osia on toteutettu Helsingissä. Esimerkiksi Helsingin Kampin ja Kurvin sosiaalipalvelutalot ovat varsin onnistuneita ratkaisuja, jotka toteutettiin lähinnä 80-luvun ajatuksin. Turussa vastaava tehtiin Ruusu-korttelissa, ja myös Oulussa on vastaavia ratkaisuja. Nämä Suomen mallit ovat toistaiseksi suljetumpia kuin muut pohjoismaiset tai Keski-Euroopan ratkaisut, joissa pyritään saamaan yrittäjät ja palvelut toimimaan normaalisti ja ne ovat koko väestön käytettävissä. Yrittäjät puuttuvat eivätkä palvelut ole avoimia laajemmin väestölle.

Palvelukorttelikonsepti on eri muodoissaan nyt levinnyt Eurooppaan. On todennäköistä, että se on ikääntyvän väestön tulevaisuuden toimintamalli.

Tämä malli voidaan toteuttaa haja-asutusalueen taajamissa toisella tavalla. Kyseessä ei tällöin ole korttelirakenne vaan kylä ja toimiva naapurusto. Toimivan naapuruston periaatteena on normaalia laajempi yhteiskäyttö tai osa-aikaisuus palvelutuotannossa. Oma erittäin vaativa suunnittelutehtävä on siis sovittaa palvelukortteliajattelu suomalaiseen kuntataajamaan, jonka tiivistäminen ja palvelukyvyn kasvattaminen ovat edellytyksinä taajaman selviämiseen.

6.8 Johtopäätökset

1. Merkittävä osa aikuisväestön kuolemista on paremmalla terveyskäyttäytymisellä estettäviä kuolinsyitä. Eliniän odotteen kasvattamisessa on väestön ja yksilön terveillä elintavoilla ja kunnon ylläpidolla keskeinen rooli. Maakuntien keskeiset kuolinsyyt vaihtelevat etenkin miesten osalta. Tarvittavat väestön kunnon parantamis- ja ylläpito-ohjelmat ovat maakuntakohtaisia ja siten erilaisia.

2. Terveyskasvatus on pitkäjänteistä, ja tulokset näkyvät vuosien tai vuosikymmenien jälkeen. Pohjois-Karjala-projektin myöhäisvaikutukset näkyvät alueen ikääntyneiden miesten eliniän odotteessa 40 vuoden jälkeen.

3. Terveet elintavat eivät riipu yksiselitteisesti sosioekonomisesta asemasta. Merkittävä tekijä on alueen väestön käyttäytyminen, tavat ja yksilön hyväksyntä yhteisön jäseneksi. Siihen voi vaikuttaa myös kaupunkien suunnittelu, rakennuskanta ja väestöryhmien keskittyminen tietylle alueelle sekä alueen yhteisöllisyys.

4. Maakuntien terveysongelmat vaativat maakunnallisia terveysohjelmia. Ohjelmien käynnistäminen kuuluu sekä ehkäisevälle terveydenhuollolle että väestön hyvinvoinnista vastaavalle kunnalle. Kuntoutus vaikuttaa merkittävästi väestön terveyden ylläpitoon.

5. Maakunnan tason ehkäisevät terveydenhuoltoprojektit on organisoitava sote-piirin tasolla. Lähiyhteisön toimintakyky ja elintavat ovat fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen kunnon kannalta ratkaisevia. Yhteisödiagnostiikka ja sairaan alueen tervehdyttämistoimenpiteet muodostuvat keskeisiksi.

6. Ikääntyvän väestön yksinäisyyden ja asumisen vaikeuden aiheuttaman pärjäämättömyyden ja masennuksen ehkäisy ja hoito edellyttävät maakuntatason ohjelmia, joita kunnat toteuttavat.

7. Psyykkisen ja sosiaalisen kuntoutuksen käytettävissä olevat keinot kuuluvat lähinnä sosiologian ja yhdyskuntasuunnittelun piiriin sekä yleiseen terveyspolitiikkaan, ja ne ovat kuntien vastuulla.

8. Vaikka tulevaisuuden ennustaminen on vaikeaa, on saatavilla olevan tiedon avulla varustauduttava odotettavissa oleviin muutoksiin. Tällä tavalla päätösten teosta tulee perusteltua ja päätöksenteon vaikutuksia pystytään seuraamaan parhaiten.

7 Kaikilla toiminnan tasoilla tarvitaan henkinen muutos

Vanhentunut hoitokulttuuri on uusittava

Suomen keskeiset ongelmat liittyvät meidän palvelujärjestelmäämme. Suomessa vallitsee edelleen passiivinen ylihoitava hoitokulttuuri, jonka muuttaminen on ongelma. Ongelma voidaan pelkistää toteamalla, että laitokseen on helppo jäädä, koska aktiivinen kuntouttaminen puuttuu. Ongelmana on usein mainittu hoitohenkilökunnan asenne, joka ei tähtää toimintakyvyn ylläpitoon.

Meillä on paneuduttava erityisesti kuntoutukseen ja asetettava kuntoutukselle vastaava tavoite kuten Ruotsissa, eli henkilö on kuntoutettava takaisin kotiin. Kuntoutusta ei tule nähdä erillisenä entiteettinä, vaan osana hoitoprosessia heti alusta alkaen. Tavoitteet tulee asettaa selkeästi, ja koko hoidon ajan on pyrittävä tarkentamaan niitä toimenpiteitä, joita tavoitteiden saavuttamiseksi tarvitaan. Jos ajatellaan, että kaikkien kohdalla tavoite on mahdollisimman itsenäinen ja omatoiminen selviytyminen, ovat keinot tavoitteen saavuttamiseksi hyvinkin yksilöllisiä.

Jos tarkastelemme tavoitteita, on muualla panostettu olennaisesti enemmän vanhusväestön kuntoon ja kunnon ylläpitoon sekä sosiaaliseen ja psyykkiseen hyvinvointiin. Etenkin psyykkinen hyvinvointi voi olla hyvinkin ongelmallista, koska 75-vuotiaiden vanhusten itsemurhien määrät ovat Saksassa nousseet. Syynä on turhautuminen siihen, ettei ihmisillä ole riittävästi tekemistä. Yhteisöllisyys ja sen korostaminen sekä kaikenpuolinen toimeliaisuus ovat vanhusväestölle keskeisiä asioita.

Kunnon ylläpitoon liittyy toimenpiteitä, joilla ehkäistään vanhuuden yksinäisyys, pidetään vanhukset liikkeellä ja fyysisesti toimintakykyisinä. Usein tässä on apuna kolmannen sektorin toiminta tai yhteisön muu spontaani auttaminen. Tähän on myös Suomessa panostettava.

Asennemuutos on tehtävä kaikilla toiminnan tasoilla

Terveydenhuollon ammattilaisten asenteisiin tarvitaan muutosta. Hoitoa ja hoivaa tarvitseva ei ole subjekti, vaan omaa elämäänsä itse ohjaava kansalainen, jota tulee elämän kaikissa vaiheissa auttaa ja tukea takaisin oman elämän hallintaan erilaisin hänen tilansa vaatimin keinoin. Terveydenhuollon ammattilaiset toimivat yhdessä kuntoutujan kanssa aktiivisesti ja aktivoivasti. Tärkeää on jatkuva kommunikointi asiakkaan kanssa ja oikeanlainen kuunteleminen.

Kuntoutuksen merkitys kaikessa hoitamisessa korostuu, jotta voidaan mahdollisimman monen kohdalla saavuttaa päämäärä, ihmisten kotona asuminen iästä ja sairauksista riippumatta. Tämä edellyttää terveydenhoitohenkilöstön sopivaa koulutusta jo perusopinnoista lähtien. Hoidon paradigma on uudistettava ja sen myötä nostettava kuntoutukselliset toimenpiteet ja osaaminen keskiöön. Monipuolista kuntoutuksen koulutusta on terveydenhuoltohenkilöstölle vähän. Hoitohenkilökunnan ja lääkärien erikoissuuntauksen opetuksessa tulee syventää erikoisaloihin liittyvän kuntoutuksen opetusta ja käyttää mm. ihmisen kohtaamiseen erilaisissa tilanteissa esimerkiksi videoinnin ja draaman keinoja.

Uudistumisen on asetettava tavoitteet ja aikataulu

Kun tarkastelemme muita maita, on Suomen vanhusten kodin ulkopuolinen asuminen poikkeuksellisen yleistä. Suomi on vanhusten asumispalveluissa jäljessä Eurooppaa ja muita Pohjoismaita noin 20 vuotta. Suomessa vallitsee edelleen passiivinen ylihoitava hoitokulttuuri, jossa aktiivinen kuntouttaminen puuttuu. Meillä on edelleen terveyskeskuksissa joitakin tuhansia pitkäaikaisia vuodeosastopaikkoja, joilla hoidetaan sekä hauraita vanhuksia että vanhuksia, joilla on myös muistisairautta. Kummatkaan eivät hoidosta parane. Näissä olosuhteissa vanhusten kunto huononee ja elinikä lyhenee.

Kunnon ylläpitoon liittyy toimenpiteitä, joilla ehkäistään vanhuuden yksinäisyys, pidetään vanhukset liikkeellä ja fyysisesti ja sosiaalisesti toimintakykyisinä. Usein tässä on apuna kolmannen sektorin toiminta tai muu yhteisön spontaani auttaminen. Meiltä puuttuu myös laaja kolmas sektori. Tähän on myös Suomessa panostettava.

Syynä hitaaseen uudistumiseen on suomalainen kehitystyö, joka vertaa meitä itseämme muihin Pohjoismaihin. Vertailua ei tehdä hoidon sisällön mukaan, vaan hoidon käyttämien resurssien suhteen. OECD:n tilastoissa olemme tällä hetkellä seitsemäs maa silloin, kun mitataan terveyden- ja sosiaalihuollon työntekijöiden määrää tuhatta asukasta kohti. Resursseja meillä on riittävästi hyvään ja moderniin palvelujärjestelmään.

Sote-uudistuksen tavoitteeksi on asetettava kuntoutuksen uudistaminen ja liian ahtaiden tilojen väljentäminen vuoteen 2025 mennessä.

Sosiaali- ja terveysministeriön on johdettava tarvittavaa muutosta.

8 Toimenpide-ehdotukset sosiaali- ja terveysministeriölle ja ympäristöministeriölle

Tällä hetkellä osa vanhuksista kuntoutetaan, mutta merkittävä osa kuntoutusta tarvitsevista vanhuksista jää kuntouttamatta. Siksi ehdotamme sosiaali- ja terveysministeriölle sekä ympäristöministeriölle, että ministeriöt ryhtyvät johtamaan tarvittavaa henkistä muutosta ja että iäkkäiden hoito ja kuntoutus uudistetaan seuraavia periaatteita noudattaen:

1. **Sote-alueelle tulee perustaa kuntoutusjärjestelmä, johon kuuluu keskitetty kuntoutusyksikkö ja lähikuntoutusyksiköiden verkko. Akuutin sairauden ja kriisin tultua hoidetuksi ikään katsomatta henkilö joko kotiutetaan tai siirretään kuntoutukseen. Potilaan tilanteesta riippuen kuntoutus toteutetaan akuuttihoidon resursseilla varustetussa yksikössä tai alueen lähikuntoutusjärjestelmässä.**

2. **Alueellisen vanhusten kuntoutuksen tavoitteeksi asetetaan, että 95 % yli 75-vuotiaista asuu itsenäisesti kotonaan tarvittaessa kotipalveluilla tuettuna.**

3. **Kuntoutusjakso kestää pääsääntöisesti korkeintaan kuukauden, mutta potilaan tilanteesta riippuen kauemminkin. Kuntoutusyksikkö ei ole pysyvä sijoituspaikka. Kuntoutusjakson aikana noudatetaan edellä kuvattuja kuntoutusperiaatteita. Yksilö- tai ryhmäkuntoutusta annetaan 6–8 tuntia päivässä, ja kuntoutus jatkuu tarvittaessa kotikuntoutuksena.**

4. **Mahdollisen päätöksen pysyvästä hoitotarpeesta tekee kuntoutusyksikön asiantuntijaelin. Siihen eivät saa osallistua pysyviä hoitopalveluja tuottavan yksikön edustajat.**

5. **Osalle vanhuksia oma koti ei ole toimiva ratkaisu sen rakenteen tai etäisyyden vuoksi. Heille tarvitaan asuntoja taajamien keskustojen palvelukortteleihin.**

6. **Terveyskeskussairaalan vuodeosastot ovat ahtaita, ja niistä puuttuu kuntoutustilat. Yhteiset tilat puuttuvat tai ovat sairaalamaisen niukasti varustettuja. Kuntouttavaa toimintaa on vähimmillään vain puoli tuntia viikossa vanhusta kohti. Tällainen toiminta lopetetaan. Tarvittava osastokuntoutus toteutetaan sote-alueen akuuttisairaanhoidon kanssa läheisessä yhteydessä, tiloiltaan ja laitteiltaan kuntoutukseen soveltuvassa yksikössä. Kuntoutus aloitetaan jo**

akuuttihoidon yksikössä. Pitkäaikaisosastot suljetaan vuoden 2018 alussa vanhuksen kuntoa huonontavana järjestelmänä.

7. **Pysyvästi hoivaa tarvitsevien vanhusten rakennukset on suunniteltava riittävän tilaviksi, jotta niissä olisi mahdollista itseohjautuva ja opastettu kuntoutuminen ja kunnon ylläpitäminen osana normaalia inhimillistä elämistä. Tilat on suunniteltava siten, että ne ovat tarvittaessa muutettavissa normaaliin asumiskäyttöön. Tilojen yhteydessä tarvitaan katettuja lämmittämättömiä sisäpihoja ja kalustein varustettuja viihtyisiä istuskelualueita. Rakennuksen ympäristöön tarvitaan lisäksi iäkkäille ja lapsiperheille suunniteltu kuntopolku. Palvelukorttelityyppisiä ratkaisuja tulee suosia.**

Kunnallisalan kehittämissäätiön julkaisujen sarjassa ovat ilmestyneet

1 Sami Borg ja Sari Pikkala
KUNTAVAALITRENDIT (2017)

2 Toim. Soile Pohjonen & Marika Noso
KANSALAINEN KESKIÖÖN! NÄKÖKULMIA SOTE-UUDISTUKSEEN (2017)

3 Markku Lehto MIKSI HANKE EI ONNISTUNUT – VAI ONNISTUIKO SE? (2017)

4 Tapio Häyhtiö OSALLISUUTTA SOTE-PALVELUIHIN PALVELUMUOTOILEIMALLA? (2017)

5 Veera Värtinen TUTKIJAT JA SOSIAALISEN MEDIAN KÄYTTÖ (2017)

6 Esko Hussi, Esa Mäkiniemi ja Erkki Vauramo IKÄÄNTYVÄ VÄESTÖ JA TOIMINTAKYVYN YLLÄPITO (2017)

JULKAISU

Esko Hussi, Esa Mäkiniemi ja Erkki Vauramo

Ikääntyvä väestö ja toimintakyvyn ylläpito

Muuttuva yhteiskunta – muuttuvat palvelut -projekti on 20 merkittävän kunta- ja sosiaali- ja terveydenhuolto-organisaation yhteisprojekti, jonka keskeinen tulos on kuntoutuksen aseman nostaminen toiminnan keskiöön.

Kuntoutus on toteutettu hyvin eri tavoilla eri puolilla maata. Osa vanhuksista, jotka voidaan kuntouttaa, jää kuntouttamatta. Etelä-Karjalan sairaanhoitopiirin toimintamalli on osoittautunut ylivoimaiseksi. Toimiva kuntoutus lisää vanhusten elämän laatua ja tuo yli puolen miljardin kustannussäästön.

Kuntien uusi asema sote-uudistuksen jälkeen merkitsee keskeistä vastuuta väestön terveyden edistämisestä ja edellytyksien luomisesta terveille elintavoille sekä yhteisöllisyydelle.

kaks.fi
KUNNALLISALAN KEHITTÄMISSÄÄTIÖ