



sote- ja
maakuntaudistus
Varsinais-Suomi

Varsinais-Suomen ikäihmisten palvelujen yhteen sovitettu kokonaisuus



Kirsi Kiviniemi
kirsi.m.kiviniemi@turku.fi

SISÄLLYS

1	Johdanto	3
2	Ikäihmisten palvelujen yhteen sovitetun kokonaisuuden tausta	3
3	Varsinais-Suomen ikäväestö ja ikäväestön sosiaali- ja terveysterveyst	6
4	Maakunnan vanhusneuvostojen näkemys tulevaisuuden palveluista	13
5	Ikäihmisten palvelujen yhteen sovitettu palvelukokonaisuus	15
5.1	<i>Ikäihmisten asuminen</i>	17
5.2	<i>Maakunnallinen asiakasneuvonta – KomPAssi-hankkeen tuotos</i>	20
5.3	<i>Hyvinvointia, toimintakykyä ja terveyttä edistävät palvelut</i>	21
5.4	<i>Asiakasohjaus – KomPAssin tuotos</i>	26
5.5	<i>RAI-järjestelmän käyttöön otto</i>	26
5.6	<i>Kotihoidon palvelut</i>	27
5.7	<i>Kotipalvelun tukipalvelut</i>	30
5.8	<i>Ikäihmisten kuntoutuspalvelut</i>	32
5.9	<i>Muistisairaana henkilön palvelut</i>	35
5.10	<i>Omaishoitopalvelut</i>	36
5.11	<i>Perhehoitopalvelut sekä omais- ja perhehoitokeskus</i>	38
5.12	<i>Tilapäinen ja pitkäaikainen ympärivuorokautinen hoito</i>	39
5.13	<i>Ikäväestö sote-keskuksen ja suun terveydenhuollon asiakkaana</i>	40
5.14	<i>Ikäväestö päivystyksen ja akuuttisairaanhoidon asiakkaana</i>	41
6	Palvelurakennetavoitteet	41
7	Kokonaisarkkitehtuuri	44
8	Ikäihmisten palvelujen kokonaisuuden viestintä väestölle	45
	<i>Lähteet</i>	45

1 Johdanto

Varsinais-Suomessa ikäihmisten hyvinvoinnin ja toimintakyvyn edistäminen ja palvelujen parantaminen on I & O kärkihankkeen ohella sisällynyt eri työryhmien työskentelyyn. Ikäväestö on huomioitu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen alatyöryhmissä: osallisuus, kulttuurihyvinvointi, liikunnan palveluketjut, ehkäisevä päihdetyö, järjestötyöryhmä ja ravitsemus.

I & O kärkihankkeen tavoitteiden mukaan tavoitteena oli kehittää kotihoidon palveluja ja kuntouttavia palveluja. I & O kärkihankkeen rahoittaman KomPAssi-hankkeen tavoitteena oli keskitetyn asiakasohjauksen toimintamallin ja toimintamallia tukevien sähköisten välineiden kehittäminen. Toisena asiakokonaisuutena KomPAssi-hankkeessa oli ikäihmisten omaishoitoa tukevien palvelujen kehittäminen: omaishoitajien valmennus, vertaistuki, akuutit kriisitilanteet ja omaishoitajan vapaiden aikainen lyhytaikainen perhehoito.

Tämä ikäihmisten yhteen sovitettujen palvelujen kokonaisuus on koostettu työryhmien työskentelyn tuloksena. Palvelujen kokonaisuus sisältyy sote-uudistuksen järjestämisen käsikirjaan. Käsikirjaluonnosta on käsitelty sote-uudistuksen järjestämisen ja sote-integraatio työryhmissä sekä ikääntyneiden kuntoutus-, hoito- ja hoivatyöryhmissä.

Suunnitelmaa ei ole virallisesti hyväksytty maakunnassa.

2 Ikäihmisten palvelujen yhteen sovitettun kokonaisuuden tausta

Sipilän ensimmäisen hallituksen kärkihankkeen ”Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja kaiken ikäisten omaishoitoa” (I & O kärkihankke) tavoitteena oli keskitetyn asiakasohjauksen kehittäminen, kotihoidon palvelujen kehittäminen, omaishoidon palvelujen kehittäminen ja ikääntyneiden asumisen ja palvelujen yhdistäminen. (Kuvio 1)

Kuvio 1. Kärkihankkeen teemat



Kärkihanke rahoitti mainittuihin teemoihin perustuvia maakunnallisia hankkeita. Varsinais-Suomi sai rahoitusta keskitetyn asiakasojauksen ja omaishoidon kehittämishankkeeseen.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista (980/2012) velvoittaa kunnat laatimaan suunnitelman ikääntyneen väestön tukemiseksi. Suunnitelmassa on kunnan toimenpiteet ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi sekä iäkkäiden henkilöiden tarvitsemien palvelujen ja omaishoidon kehittämiseksi. Suunnitelmassa on painotettava kotona asumista ja kuntoutumista edistäviä toimenpiteitä.

Suunnitelma sisältää analysoitua tietoa kunnan ikärakenteesta, ikäväestön toimintakyvystä ja hyvinvoinnista, ikäväestön palvelutarpeesta sekä palvelurakenteesta. Suunnitelmaan kirjaetaan ikäväestön hyvinvoinnin edistämisen ja palvelurakenteen tavoitteet sekä toimenpiteet, joilla tavoitteisiin pyritään. Suunnitelmassa huomioidaan kunnan eri hallintokuntien yhteistyö sekä kunnan yhteistyö muiden julkisten toimijoiden, yritysten, järjestöjen, seurakuntien ym. toimijoiden kanssa ikäväestön hyvinvoinnin edistämiseksi. (Kuvio 2)

Kuvio 2. Varsinais-Suomen ikäihmisten palvelujen yhteen sovitetun suunnitelman lähtökohta



Laatusuosituksessa hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi korostetaan toimintakykyistä ikääntymistä, asiakas- ja palveluohjausta, henkilöstöä, asumisen ja palvelujen yhdistämistä sekä teknologiaa ikäihmisten palveluissa. Laatusuositus sisältää eri teemoihin liittyvät seurantaindikaattorit. Laatusuositus ohjaa sisällöllisesti suunnitelman tavoitteita ja toimenpiteitä.

Terveydenhuoltolaki (1326/2010) edellyttää, että sairaanhoitopiirin jäsenkunnat laativat terveydenhuollon järjestämissuunnitelman yhteistyössä sairaanhoitopiirin kanssa. Varsinais-Suomen kuntajohtajien kokous päätti vuonna 2015, että lakisääteinen terveydenhuollon järjestämissuunnitelma laajennetaan kattamaan sosiaali- ja terveydenhuolto kokonaisuutena. Vuosille 2017 – 2018 laadittuun järjestämissuunnitelmaan otettiin mukaan uutena teemana terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen. Syksyllä 2016 kuntavaltuustot ja sairaanhoitopiirin valtuusto hyväksyivät maakunnan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelman vuosille 2017 – 2018. Suunnitelman yhtenä teemana oli ikääntyneiden kuntoutus-, hoito- ja hoivapalvelut, joiden kehittämiseksi oli asetettu tavoitteet, aikataulu ja mittarit.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelmaa laadittaessa maakunnassa todettiin, että palveluiden sisällöissä on kuntakohtaisia eroja ja tästä syystä kuntien asukkaat ovat keskenään eriarvoisessa asemassa palvelujen saatavuuden suhteen. Järjestämissuunnitelma ohjaa myös maakunnan sote-uudistusta. Ikäihmisten palvelujen osalta järjestämissuunnitelmaan kirjattiin neljä toisiaan tukevaa valmistelun kokonaisuutta:

- Maakuntatasoisen palveluohjausmallin kehittäminen
- Akuuttipalvelujen kokonaisuus
- Kuntouttavien palvelujen kokonaisuus
- Palliatiivinen hoito ja saattohoito

Järjestämissuunnitelman kokonaisuudet olivat sisällöllisesti linjassa I & O kärkihankkeen tavoitteiden kanssa. Ikäihmisten kotihoidon kehittämiseen liittyy olennaisesti akuuttipalvelujen, kuntouttavien palvelujen sekä palliatiivisen ja saattohoidon kehittäminen. Omais- ja perhehoitoa järjestämissuunnitelmaan ei sisältynyt, mutta ne olivat mukana Varsinais-Suomen keskitetyn palveluohjauksen KompAssi-hankkeessa.

I & O kärkihankkeen ja maakunnan järjestämissuunnitelman ikäihmisten palvelujen tavoitteet olivat osin yhtenevät ja tukivat siten maakunnallista kehittämistyötä.

Varsinais-Suomen sote- ja maku-uudistuksen poliittinen ohjausryhmä on linjannut, että maakunnassa aloittaa väliaikainen toimielin vasta sen jälkeen, kun sote- ja maku-uudistukseen liittyvä lainsäädäntö on hyväksytty eduskunnassa. Uudistuksen muutosorganisaation vastuuvallimistelijat ovat linjanneet periaatteet, jotka ohjaavat sote- ja maku-uudistuksen valmistelua:

- Asiakas ennen organisaatiota
- Varmistetaan oikea-aikainen palveluihin pääsy
- Vahvistetaan ennaltaehkäiseviä- ja peruspalveluja, jotka ovat vaikuttavia ja kustannustehokkaita

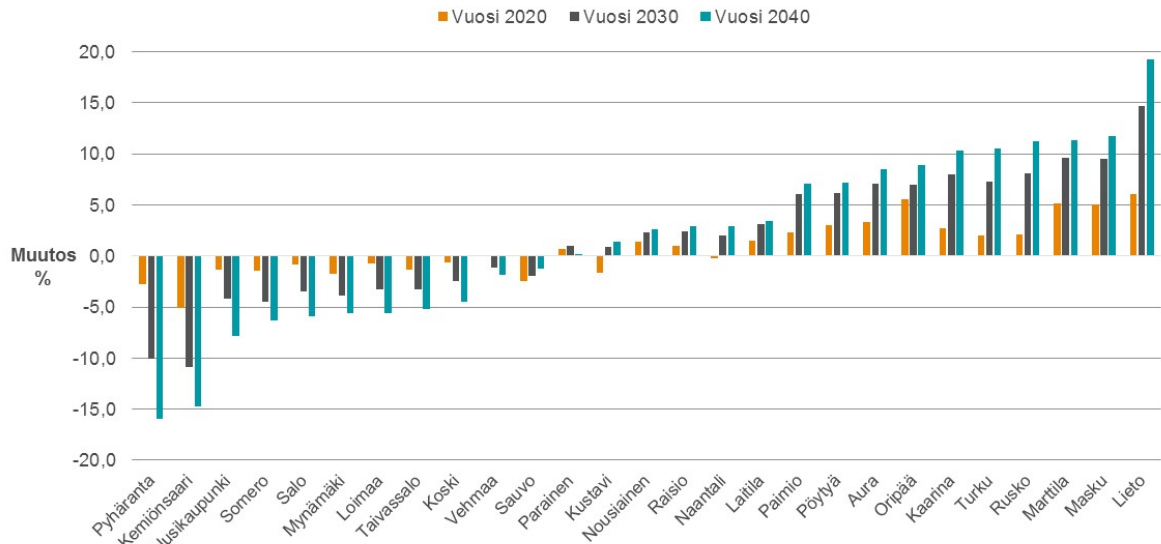
- Uudistetaan palvelut digitaalisuus huomioiden
- Rahojen pitää riittää!

3 Varsinais-Suomen ikäväestö ja ikäväestön sosiaali- ja terveystalvet

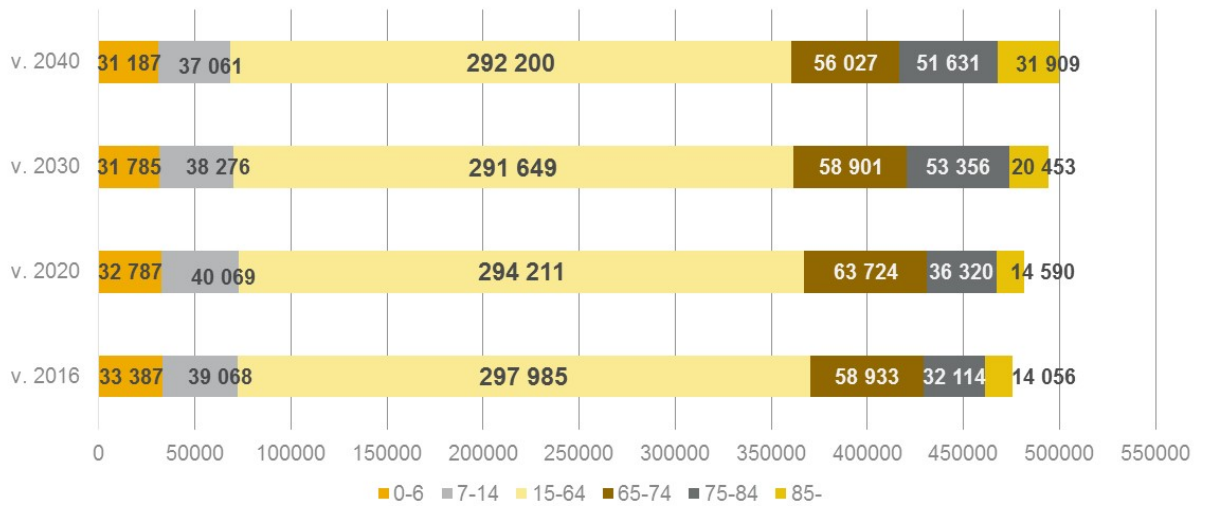
Perustietoa Varsinais-Suomen maakunnasta:

- Maakunnassa on 27 kuntaa ja viisi seutukuntaa: Loimaan, Salon, Turun, Vakka-Suomen ja Turunmaan (Åboland) seutukunnat.
- Maakunnan väestömäärä oli 477 652 vuoden 2017 lopussa
- Vuoden 2017 lopussa väestömäärältään suurin kunta oli Turku 189 669 asukasta ja pienin kunta oli Kustavi 926 asukasta
- Kun tarkastellaan väestömäärän kehitystä vuoteen 2040 (vuoden 2015 väestöennusteen perusteella) niin voidaan todeta, että puolet kunnista on sellaisia, joista väestömäärä näyttää vähenevän ja puolet kunnista on sellaisia, joissa väestömäärä lisääntyy (Kuvio 3)
- Salon, Vakka-Suomen ja Loimaan seutukunnassa väkimäärä näyttäisi vähenevän ja Turun seutukunnassa väestömäärä näyttäisi kasvavan. Ennusteessa ei ole huomioitu Uudenkaupungin hyvään työllisyystilanteeseen liittyvää positiivista muuttoliikettä ja väestömäärän kasvua
- Varsinais-Suomen väestö ikääntyy. Kokonaisuutena maakunnan väestömäärä kasvaa vuoteen 2040 mennessä ja kasvu tapahtuu 65 vuotta täyttäneen väestön osalta. Suhteellisesti suurinta väestön lisäys on 85-vuotta täyttäneessä väestöryhmässä. (Kuvio 4)
- Maakunnan väestöllinen huoltosuhte oli v. 2017 61,0 % ja väestöennusteen mukaan huoltosuhte heikkenee siten, että vuonna 2040 sen ennustetaan olevan 71,1 %. (Kuviot 5a, 5b ja 5c) Huoltosuhteen perusteella tarkasteltuna voimakkaimmin ikääntyviä kuntia ovat Kemiönsaari, Kustavi, Naantali, Salo, Sauvo, Somero ja Vehmaa. Näiden kuntien huoltosuhteen muutos on yli 20 prosenttiyksikköä vuoteen 2040 mennessä. Marttila, Oripää, Paimio ja Turku ovat kuntia, joissa huoltosuhteen muutoksen ennustetaan jäävän alle 10 prosenttiyksikköön vuoteen 2040 mennessä
- Kun tarkastellaan, miten 75 vuotta täyttänyt väestö sijoittuu maakunnassa, todetaan, että vuonna 2015 53 % väestöstä asui 16 km säteellä Turun kauppatorilta. Ennusteen mukaan entistä useampi 75 vuotta täyttänyt ihminen asuu 16 km säteellä Turun kauppatorista
- Varsinais-Suomi on kaksikielinen maakunta. Ruotsinkielisiä kuntia ovat Kemiönsaari ja Parainen ja Turku on kaksikielinen kunta. Vuonna 2017 ruotsinkielisten 65 vuotta täyttäneiden osuus oli 6,3 % (n=6731) ja muun kielisten 1,2 % (n=1334) kyseisestä ikäryhmästä. Varsinais-Suomen koko väestöstä 5,6 % oli ruotsinkielisiä ja 7,8 % muun kielisiä. (Taulukko 1)

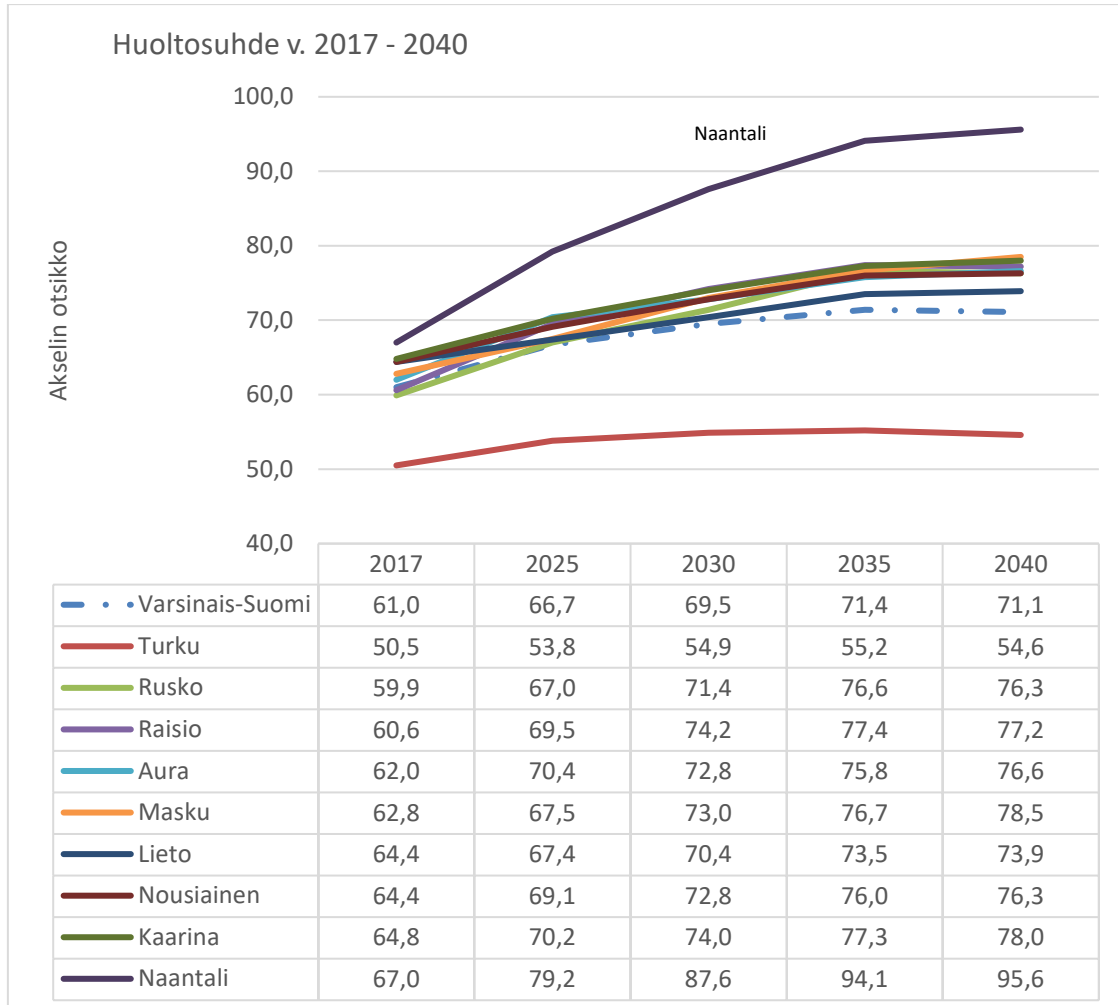
Kuvio 3 Ennuste väestömäärän kehityksestä Varsinais-Suomen kunnissa



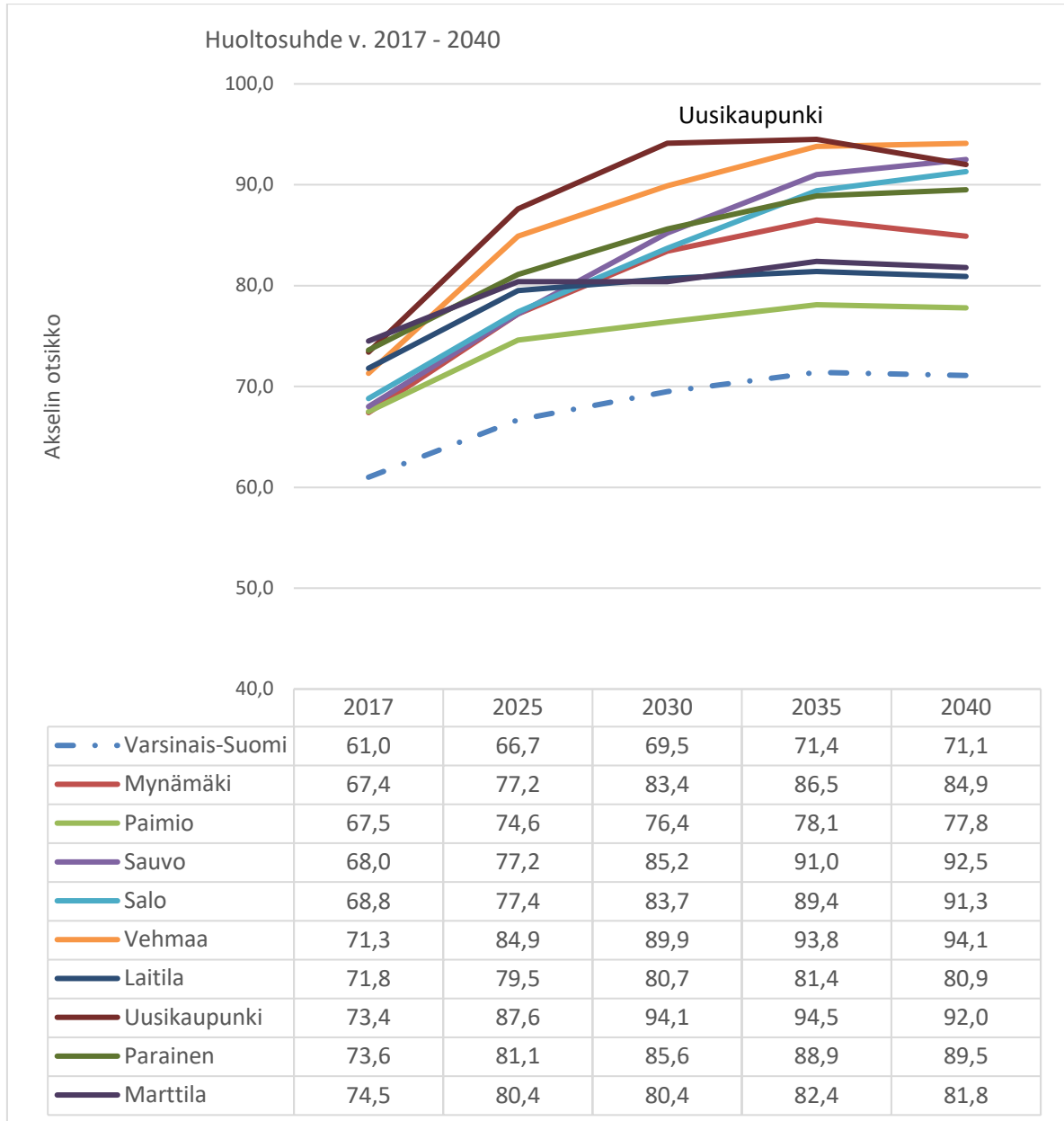
Kuvio 4: Varsinais-Suomen väestörakenne ja ennuste sen kehittymisestä



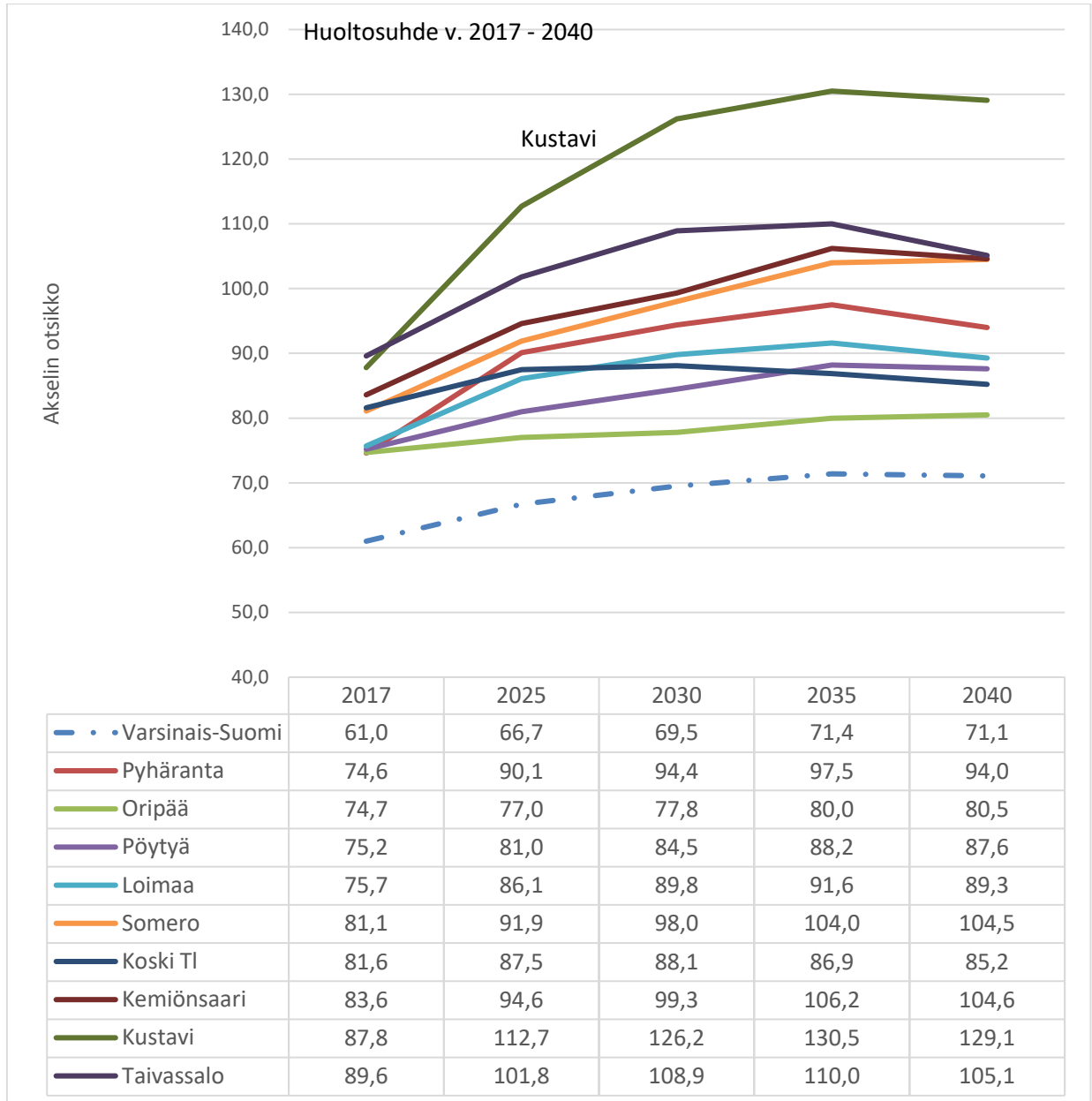
Kuvio 5a: Väestöllisen huoltosuhteen kehitys kunnissa: Aura, Kaarina, Lieto, Masku, Naantali, Nousiainen, Raisio, Rusko ja Turku



Kuvio 5b: Väestöllisen huoltosuhteen kehitys kunnissa: Laitila, Marttila, Mynämäki, Paimio, Parainen, Salo, Sauvo, Uusikaupunki ja Vehmaa



Kuvio 5c: Väestöllisen huoltosuhteen kehitys kunnissa: Kemiönsaari, Koski Tl, Kustavi, Loimaa, Oripää, Pyhäranta, Pöytyä, Somero ja Taivassalo



Taulukko 1: 65 vuotta täyttäneet Suomen, Ruotsin ja muun kieliset Varsinais-Suomen kunnissa

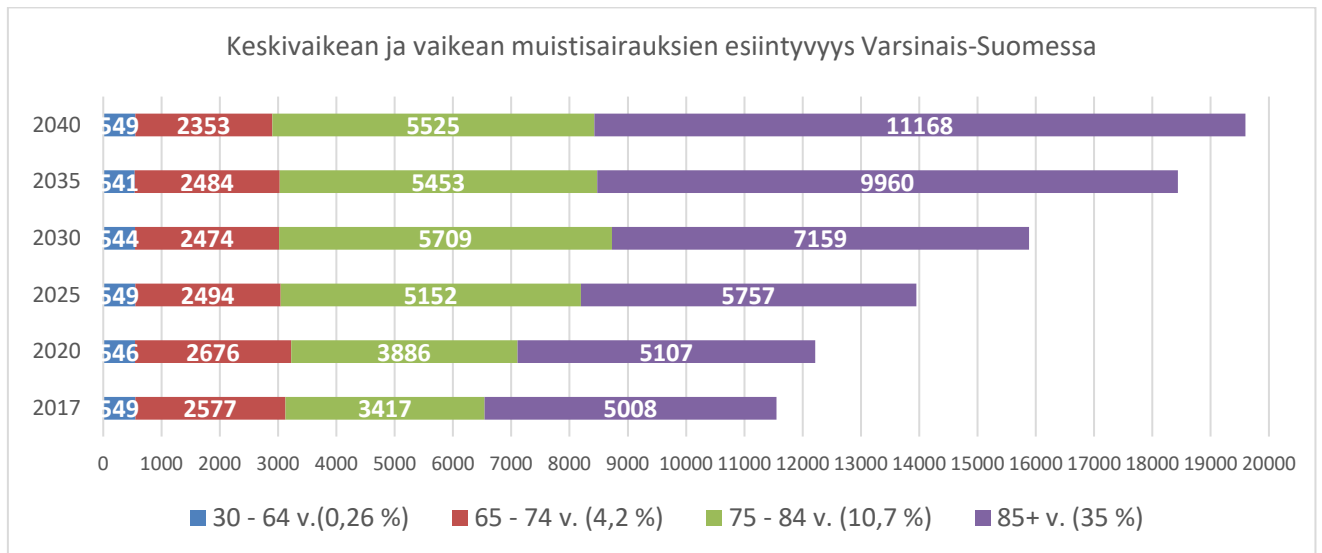
	Vuosi 2016			Vuosi 2017		
	Suomenkieliset	Ruotsinkieliset	Muut kielet yhteensä	Suomenkieliset	Ruotsinkieliset	Muut kielet yhteensä
Koko maa	1 064 533	71 629	13 404	1 091 758	72 395	14 740
Varsinais-Suomi	97 210	6 655	1 238	99 550	6 731	1 334
Aura	692	3	3	716	4	3
Kaarina	6 215	226	58	6 400	223	64
Kemiönsaari	602	1 535	11	626	1 542	10
Koski	744	2	1	749	2	-
Kustavi	335	4	3	344	4	3
Laitila	1 982	11	12	2 015	11	15
Lieto	3 442	37	14	3 589	35	16
Loimaa	4 585	5	21	4 618	5	18
Marttila	521	5	2	535	5	2
Masku	1 626	18	7	1 677	18	7
Mynämäki	1 886	13	5	1 920	13	5
Naantali	4 328	86	19	4 504	86	23
Nousiainen	834	6	-	888	6	-
Oripää	345	1	1	349	1	2
Paimio	2 164	18	9	2 220	20	8
Parainen	1 470	2 450	27	1 547	2 477	28
Pyhäranta	538	-	3	553	1	3
Pöytyä	1 997	11	6	2 004	12	7
Raisio	4 993	61	63	5 121	59	65
Rusko	1 071	9	2	1 136	8	3
Salo	12 864	178	168	13 190	185	175
Sauvo	684	17	2	723	19	2
Somero	2 668	22	10	2 698	21	12
Taivassalo	520	3	1	518	3	1
Turku	35 319	1 904	778	36 056	1 937	849
Uusikaupunki	4 157	29	11	4 219	32	12
Vehmaa	628	1	1	635	2	1

Ikä on tärkeä muistisairauden riskitekijä. Väestön ikääntyessä on todennäköistä, että etenevää muistisairautta sairastavien henkilöiden kokonaismäärää tulee nousemaan vuosittain. Muistisairaudesta esiintyvyyttä voidaan arvioida eri tavoin. Tässä vaikean ja keskivaikean muistisairaudesta esiintyvyyttä arvioidaan suomalaisen väestötutkimuksen antaman tiedon perusteella. Toinen vaihtoehto olisi ollut arvioida esiintyvyyttä eurooppalaisten väestötutkimusten antaman tiedon perusteella.

Keskivaikean ja vaikean muistisairauden esiintyvyys arvioidaan ikäryhmittäin Mini-Suomi -tutkimuksen (30–84-vuotiaat), Vantaan vanhimmat -tutkimuksen (85 vuotta täyttäneet) ja Kuopio 75+ -tutkimuksen mukaan seuraavasti (Sulkava ja Viramo, 2006):

- 30–64 vuotiaat, 0,26 %:lla
- 65–74 vuotiaat, 4,2 %:lla
- 75–84 vuotiaat, 10,7 %:lla
- 85– vuotiaat 35,0 %:lla

Kuvio 6: Keskivaikean ja vaikean muistisairaouden esiintyvyys Varsinais-Suomessa



<http://www.muistiasiantuntijat.fi/tuemme.php?udpview=suomalaisen-tutkimuksen-mukaan>
Esiintyvyyden laskemisessa on käytetty vuoden 2015 väestöennustetta.

Varsinais-Suomessa oli vuonna 2017 noin 11 600 muistisairasta henkilöä. Vuonna 2025 muistisairaita henkilöitä on hieman yli 12 000 ja vuonna 2030 muistisairaita ihmisiä on lähes 16 000.

Varsinais-Suomen 27 kunnassa sosiaali- ja terveystalvet on organisoitu eri tavoin. Ikäihmisten palveluja järjestävät kunnat, kuntayhtymät tai yhteistoiminta-alueet. Käytännössä ikäihmisten sosiaalipalvelujen järjestäjätahoja on 24 ja terveydenhuollon järjestäjätahoja on tämän lisäksi kuusi eri toimijaa. Ikäihmisten palvelut ovat pääosin julkisten toimijoiden tuottamia luokun ottamatta tehostettua palveluasumista ja kotihoidon tukipalveluja.

Taulukko 2: Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen Varsinais-Suomessa

Kunta järjestää itse sosiaali- ja terveyspalvelut
Kaarina, Kemiönsaari, Laitila, Naantali, Parainen, Salo, Somero, Turku
Kuntayhtymä järjestää sosiaali- ja terveyspalvelut
Perusturvakuntayhtymä Akseli (Masku, Mynämäki, Nousiainen)
Yhteistoiminta-alue järjestää sosiaali- ja terveyspalvelut
Raision - Ruskon yhteistoiminta-alue Raisio (vastuukunta), Rusko
Kuntayhtymä järjestää terveyspalvelut
Pöytyän kansanterveystyön kuntayhtymä (Aura, Pöytyä)
Paimion - Sauvon kansanterveyskuntayhtymä (Paimio, Sauvo)
Yhteistoiminta-alue järjestää terveyspalvelut
Uudenkaupungin yhteistoiminta-alue Uusikaupunki (vastuukunta), Kustavi, Pyhärinta, Taivassalo, Vehmaa
Härkätien sosiaali- ja terveyspalvelut, yhteistoiminta-alue Lieto (vastuukunta), Koski TL, Marttila
Loimaa - Oripään yhteistoiminta-alue Loimaa, Oripää
Kunta järjestää sosiaalipalvelut, ikäihmisten palvelut
Aura, Koski TL, Kustavi, Lieto, Loimaa, Marttila, Oripää, Paimio, Pyhärinta, Pöytyä, Sauvo, Taivassalo, Uusikaupunki, Vehmaa

4 Maakunnan vanhusneuvostojen näkemys tulevaisuuden palveluista

Maakunnan vanhusneuvostojen edustajat työstivät keväällä 2018 teemaa ”maakunnan palvelulupaus ikäväestölle”. Palvelulupausta työstettiin viiden tavoitteen ohjaamana: saatavuus, saavutettavuus, laatu, vaikuttavuus ja palveluiden organisointi.

Kuvio 7: Palvelulupauksen sisältyvät tavoiteteemat



Taulukko 3: Työryhmien tuotokset

Saatavuus	Saavutettavuus	Laatu	Vaikuttavuus	Palveluiden organisointi
Yksilöllisyys	Puhelinpalvelut	Byrokratian purku	Ikäkausitarkastukset säännöllisiksi	Asiakkaan oma vastuu pitää ilmaista selkeästi
Palvelut äidinkielellä (2-kielisyys)	Sähköiset palvelut, tekstiviestit ok, mutta myös vanhat kanavat pidettävä mukana	Jos annetaan palvelulupaus, siihen on myös sitouduttava	Vuorovaikutuksen kehittäminen, asiakkaalla on oikeus antaa palautetta	Toimivat tietojärjestelmät; sähköiseen systeemiin pitää olla kirjatuna, mitä on aiemmin tehty
Lisää liikkuvia palveluja	Jotta sähköinen asiointi voi levitä, tarvitaan välineitä (esim. lainaaminen), kursseja, koulutusta	Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen	Yksinäisyys voi olla syynä ikäihmisen menemiselle tk-vastaanotolle	Asiakastiedon pitää olla ajantasalla
Palveluista pitää tiedottaa myös monikanavaisesti (myös painetut lehdet)	Lähipalvelut – niin lähellä ettei tarvitse mennä toiselle paikkakunnalle; esim. kirjastossa voi olla palvelutori	Ikäväestöä neuvottava miten saa kotitalousvähennystä, alvittomat palvelut ym.; yhtenäiset käytännöt alvittoon palveluihin	Kolmas sektori mukaan täydentämään palveluja; ikäihminen voi olla auttaja toiselle ikäihmiselle "Mie tuun" -kamppanja	Räätälöidyt palvelut, palvelutarpeen tarkistus aika-ajoin; ei palvelua liikaa eikä liian vähän
Nykyiset palvelut säilytettävä myös "reuna-alueilla"	Lähikontakti – mahdollisimman paljon palveluja kotiin	Parhaiden käytäntöjen levittäminen	Systemaattinen asiakaspalautteen kerääminen	Palveluiden tulee olla oikea-aikaisia ja niitä tulee seurata

	Kuljetuspalveluiden tulee kehittyä palveluiden, jos palvelut etäänny	Ikäihmisten kuuleminen, keskinäisen luottamuksen rakentaminen	Informoidaan asiakkasta, miten saa yhteyden hoitavaan henkilöön	Asiakkaita pitää kuunnella aidosti ja toimintaa pitää kehittää palautteen perusteella
	Liikkuvat palvelut; palvelubussi (lääkäri, hoitaja, kela, laboratorio, ikäneuvola)	Yhteistyön kehittäminen (virkamiehet, yhdistykset, vanhusneuvostot)	Oma hoitaja / lääkäri / vastuuhenkilö tai – tiimi, joka vastaa kokonaisvaltaisesti asioista	
	Ikäneuvolakonseptin kehittäminen yhdenmukaiseksi		Yhteydenottokynnyksen madaltaminen Kotihoidon työntekijöillä oltava enemmän aikaa asiakkaalle	
			Kotihoitoon tarvitaan varahenkilöjärjestelmä	
			Kunnan ennaltaehkäisevä toiminta kuntoon	

Yhteenvetona vanhusneuvoston palvelulupaustyöskentelystä voi todeta, että palvelulupauksessa tulisi huomioida:

- sähköiset palvelut on yksi vaihtoehto palvelujen tuottamisessa
- tietokoneita, tabletteja yms. pitäisi olla lainattavana
- ikäihmiset tarvitsevat koulutusta ja neuvonta sähköisten välineiden käytössä
- ikäväestöä pitää kuunnella palvelujen kehittämisessä
- eriarvoisuutta edistävät palvelut pitää yhtenäistää
- palvelujen pitää perustua tarvearviointiin ja niiden pitää olla oikea-aikaisia
- ikäihminen voi olla toisen ikäihmisen auttaja

5 Ikäihmisten palvelujen yhteen sovitettu palvelukokonaisuus

Maakunnan ikäihmisten palveluiden järjestämisen tavoitteena on tukea ikääntyneen väestön hyvinvointia, toimintakykyä, terveyttä ja itsenäistä pärjäämistä. Ikäväestöä neuvotaan, ohjataan ja tuetaan hyvinvoinnin itsenäisessä edistämisessä ja kulloiseenkin elämäntilanteeseen sopeutumisessa. Ikäväestö saa laadukkaita sosiaali- ja terveystalvuuja oikea-aikaisesti yksilöllisen tarpeen perusteella. Iäkäs henkilö osallistuu häntä koskevan palvelun suunnitteluun, tavoitteiden asetantaan sekä toteutuneen palvelun ja hoidon arviointiin. Ikääntyneiden palveluissa korostuvat asiakaslähtöisyys, asiakkaan oikeudet ja itsemääräämisoikeus. Ikäväestö osallistuu aktiivisesti asiakasraatien yms. kautta toiminnan ja palvelujen kehittämiseen.

Kuvio 8: Ikäihmisten palvelujen yhteen sovitettu kokonaisuus



5.1 Ikäihmisten asuminen

Maakunnan 65 vuotta täyttäneestä väestöstä 36,2 % asuu yhden hengen asuntokunnassa (vaihteluväli on Ruskon 22,8 %:sta Turun 41,0 %:iin). 1-hengen asuntokunnista 25,9 % asuu erillisissä pientaloissa (vaihteluväli Turun 8,0 %:sta Pyhärannan 77,9 %:iin). 1-hengen asuntokunnista 69,8 % on naisia (vaihteluväli Kustavin 57,5 %:sta Turun 73,6 %:iin). (Taulukko 4)

Taulukko 4: Ikäväestön asuminen Varsinais-Suomessa

	1 henkilön asuntokunnat		1 henkilö, erillinen pientalo		1 henkilö, nainen	
	n	%	n	%	n	%
..Rusko	261	22,8	145	55,6	180	69,0
..Masku	407	23,9	236	58,0	257	63,1
..Nousiainen	249	27,9	142	57,0	160	64,3
..Lieto	1015	27,9	465	45,8	676	66,6
..Pyhäranta	163	29,3	127	77,9	107	65,6
..Kaarina	2047	30,6	561	27,4	1444	70,5
..Taivassalo	166	31,8	91	54,8	105	63,3
..Mynämäki	617	31,8	303	49,1	404	65,5
..Sauvo	241	32,4	127	52,7	145	60,2
..Parainen	1324	32,7	650	49,1	853	64,4
..Pöytyä	679	33,6	386	56,8	416	61,3
..Marttila	182	33,6	108	59,3	120	65,9
..Paimio	765	34,0	245	32,0	517	67,6
..Naantali	1571	34,1	367	23,4	1089	69,3
..Vehmaa	218	34,2	122	56,0	144	66,1
..Uusikaupunki	1470	34,5	476	32,4	989	67,3
..Laitila	706	34,6	295	41,8	485	68,7
..Kemiönsaari	761	34,9	402	52,8	466	61,2
..Aura	255	35,3	124	48,6	165	64,7
..Raisio	1860	35,5	356	19,1	1338	71,9
..Salo	4840	35,7	1664	34,4	3271	67,6
..Loimaa	1659	35,7	675	40,7	1137	68,5
Varsinais-Suomi	38935	36,2	10090	25,9	27184	69,8
..Kustavi	127	36,2	80	63,0	73	57,5
..Somero	1005	36,8	460	45,8	657	65,4
..Koski Tl	282	37,5	126	44,7	183	64,9
..Oripää	144	40,9	85	59,0	90	62,5
..Turku	15921	41,0	1272	8,0	11713	73,6

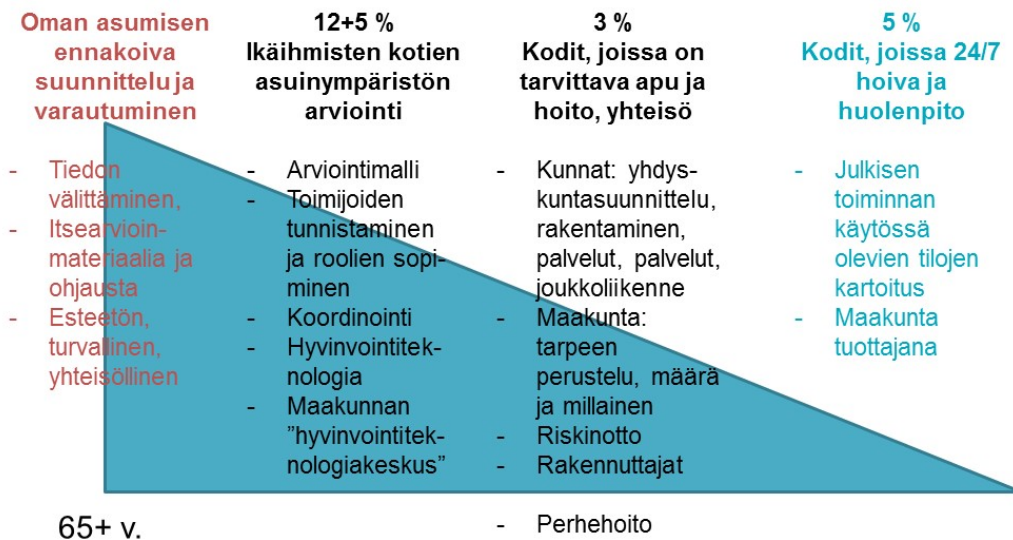
Maakunnan missään kunnassa ei ole ikäasumisen ohjelmaa, mutta kunnissa on tehty ratkaisuja, joilla on saatu ns. välimuotoisen asumisen ja palvelut yhdistäviä ratkaisuja ikäihmiselle. Tällaisia ratkaisuja ovat olleet mm. aiempien tehostetun palveluasumisen tilojen muuntaminen välimuotoiselle asumiselle sopiviksi. Välimuotoisella asumisella tarkoitetaan esteetöntä asuntoa, jossa teknologiaa hyödyntäen ikäihmisen on mahdollista asua siten, että henkilökunta ei ole läsnä 24/7. Tällaisia asuntoja on esimerkiksi samassa kiinteistössä kuin ympärivuorokautisen hoivan yksikkö. Kaarinan kaupunki perusti viiden asukkaan yhteisökodin, jonne voi muuttaa runsaasti palveluja tarvitseva säännöllisen kotihoidon asiakas. Kotihoidon

henkilökunta on kodissa päivä- ja ilta-aikaan ja yöaikainen valvonta hoidetaan teknologiaa hyödyntäen.

Työryhmissä on tunnistettu tarve edistää ikäihmisten asumiseen liittyviä asioita. Keskusteluissa on ollut maakunnan ja kuntien ympäristötoimien (kaavoitus, yhdyskuntasuunnittelu, rakentaminen) ja rakennuttajien yhteistyö ikäasumisen kehittämisessä.

Ikäasumiseen kehittämiseen sisältyy myös ikäväestön kannustaminen oman asumisen suunnitteluun ja oman kodin muuntaminen vastamaan ikäihmisen tarpeita: turvallisuus, liikkumista edistävät tekijät jne. Kuviossa 9 on hahmoteltu keskeisiä asiakokonaisuuksia, jotka liittyvät ikäihmisen elämänpolun vaiheisiin. Itsenäisesti asuva ja ilman säännöllisiä sote-palveluja pärjäävä ikäihminen tarvitsee tietoa ja neuvoja oman asumisen turvallisuuden edistämiseksi. Matalan kynnyksen neuvontapalveluilla on tässä tärkeä rooli. Toimintakyvyn heikentyessä on tärkeää, että kodin riskitekijät tunnistetaan ja ne korjataan.

Kuvio 9: Ikäasumisen kehittämisen kokonaisuus



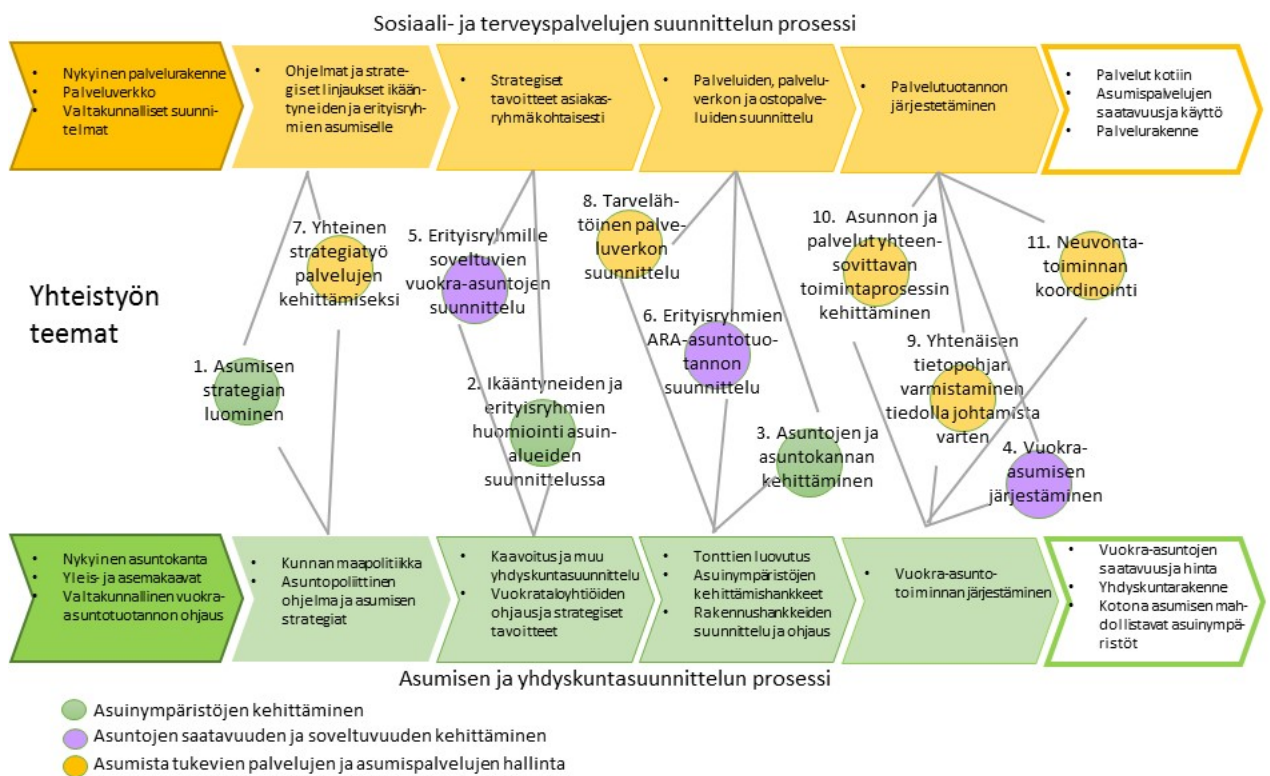
Ikäihmisten määrän lisääntyessä kehittämisen painopisteen pitää kohdistua toimenpiteisiin, joilla voidaan tukea ja edistää normaaliuden periaatetta ikäväestön asumisessa eli sitä että maakunnassa on riittävästi esteettömissä asuinympäristöissä esteettömiä asuntoja ikäväestölle. Toinen tärkeä toimenpidetkokonaisuus on ikäväestön toimintakykyä ja hyvinvointia edistävät toiminnot. Kolmas kehittämisen kohde on ikäihmisten palvelut sekä palvelurakenteen että palvelujen sisältöjen osalta.

Ikäihmisten asumisen ja asumisympäristöjen kehittämisen toimintakäytännöt

Kunnan toimialojen yhteistyö on tärkeää ikääntyneiden ja muiden erityisryhmiin kuuluvien ihmisten asumiseen liittyvissä kysymyksissä. Yhteistyön edistämiseksi on mahdollista hyödyntää valtioneuvoston selvitystä maakunnan ja kuntien yhteistyömalleista ikääntyneiden

asuinympäristöjen, asuntojen saatavuuden ja asumista tukevien palvelujen yhteensovittamisen osalta <https://tietokayttoon.fi/documents/10616/6354562/18-2018-Maakuntien+ja+kuntien+yhteisty%C3%B6+ik%C3%A4ntyneiden+ja+erityisryhmien+asumisessa+ja+asumispalveluissa.pdf/c2ae92a6-4ea8-4fb5-8ad6-ec4bd6ba8eaf?version=1.0> (Maakuntien ja kuntien yhteistyö ikääntyneiden ja erityisryhmien asumisessa ja asumispalveluissa 2018).

Kuviossa 10 on mainittu 11 teema-alueetta kunnan toimialojen yhteistyölle. Esimerkiksi ikäihmisten ja erityisryhmien edustajien osallistuminen asuinalueiden suunnitteluun sekä asuntokannan ja asuinympäristöjen kehittäminen tai yhteisen tietopohjan kehittäminen tiedolla johtamista varten. Asunnon ja palvelut yhteen sovittavassa asiakasprosessissa keskeisessä roolissa ovat ns. välimuotoiset asumisen mahdollisuudet. Välimuotoista asumista on mahdollista toteuttaa eri tavoin. Olennaista siinä on, että jo kohtalaisen paljonkin palvelua tarvitseva ikäihminen voi asua turvallisesti ja laadukkaasti omassa kodissa ja saada tarvitsemansa palvelut.



Kuvio 10: Teemaehdotuksia kunnan toimialojen yhteistyölle (kuviota muokattu Maakuntien ja kuntien yhteistyö ikääntyneiden ja erityisryhmien asumisessa ja asumispalveluissa 2018 –raportin kuviosta).

Yhteistyön kehittämisen konkreettisia toimenpiteitä ovat kunnan toimialojen yhteistyössä toteuttamat selvitykset sekä ikääntyneiden ja erityisryhmien asumisen teemaan liittyvät strategiset ohjelmat ja toimenpiteet.

- Ikäväestön asumisen ja asuinympäristöjen nykytilan tarkempi analysointi - lähtökohta asuntokannan parantamiselle, uustuotannolle ja asuin- ja elinympäristöjen kehittämiseksi
- Suunnitelma, miten saadaan systemaattisesti tietoa säännöllisten palvelujen ulkopuolella olevan ikäväestön toimintakyvystä ja hyvinvoinnista (esim. 75 vuotta täyttäneestä väestöstä yli 70 % kuuluu tähän ryhmään)
- Ikäväestön tarpeet ja toiveet asumiselle sekä asuin- ja elinympäristölle
- Muisti- ja ikäystävällisen asuinympäristön periaatteiden edistäminen yhdyskuntasuunnittelussa ja rakentamisessa (mm. WHO Age-friendly cities periaatteet)
- Ikäteknologia ikääntyneiden kotona asumisen tukemisessa

Kehitettävää:

- Maakunnan ja kuntien yhteistyö ikäasumisen kehittämisessä
- Edistää, että kuntien strategioihin / ohjelmiin sisältyy ikäasumisen kehittämisen ohjelma

5.2 Maakunnallinen asiakasneuvonta – KomPAssi-hankkeen tuotos

KomPAssi-hankkeessa kehitettiin keskitetty matalan kynnyksen neuvontapalvelujen toimintamalli (<https://kimpassa-allihopa.fi/sote/varsinais-suomen-maakunnallisia-sote-hankeita/kompassi-varsinais-suomen-keskitetty-asiakas-ja-palveluohjaushanke/materiaalipankki/>). Toimintamallin kehittämisessä oli mukana kuntien edustajia ja toimintamallia pilotoitiin 13 kunnassa. Toimintamallin keskeiset osat ovat 1) keskitetty neuvontapuhelinpalvelu, 2) www.asiakasneuvonta.fi -sivusto sekä 3) ammattilaisten käytössä oleva ATSOR, sähköinen toiminnanohjausjärjestelmä.

Marraskuussa 2018 neuvontapalvelujen käyttöön tuli yksi puhelinnumero suomenkielisille yhteydenottajille ja yksi puhelinnumero ruotsinkielisille soittajille. Kuntien omat vanhat neuvontapuhelinnumerot yhdistyvät vielä ”back-office” toimintona keskitettyyn neuvontapalveluun. Keskitetty puhelinpalvelu toimii klo 9 – 15 välillä. Puhelimeen vastaajat ovat kuntien sote-palvelujen työntekijöitä ja asiakkaiden neuvonta on kuulunut jo aiemmin heidän työtehtäviinsä. Kunnat osallistuvat puhelinpalvelun resurssointiin siinä suhteessa miten iso osa maakunnan 75 vuotta täyttäneestä väestöstä asuu kunnan alueella. Jokaisesta puhelinkontaktista tilastoidaan mm. yhteydenoton syy, missä ajassa vastattiin ja saatiinko asiakkaan yhteydenoton tarve ratkaistua puhelun aikana vai johtiko puhelu jatkotoimenpiteisiin. Yksi esimerkki jatkotoimenpiteestä on, että asiakkaan yhteystiedot välitetään kotikuntaan ja kotikunnan vanhuspalvelujen ammattilaiset jatkavat asiakkaan asioiden selvittelyä mahdollisimman nopealla aikataululla.

Asiakasneuvonta-nettisivustolla on kerätty tietoa tärkeimmistä ikäihmisten yhteydenottoon liittyvistä teemoista: apua ja palveluja kotiin, asuminen, henkinen hyvinvointi, kodin turvallisuus ja apuvälineet, liikenne ja kuljetus, liikunta, omaishoito, raha-asiat ja tulevaisuuden turvaaminen, ruoka ja ravitsemus, seura, ajanviete ja harrastukset sekä terveys. Sivusto on vielä kehitysvaiheessa, mutta sinne on tulossa tietoa ikäihmiselle. Sivuston kautta saa myös tietoa palvelutuottajista ja sivuston kautta on tulevaisuudessa mahdollista tilata palveluja. Sivuston kautta on mahdollista lähettää asiakasneuvonnan ammattilaisille sähköpostia tai ottaa chat-yhteys ammattilaiseen. Ammattilaisten käytössä on oma chat-kanava, joka mahdollistaa ammattilaisten keskinäisen konsultoinnin. Chat-ringissä on mukana myös järjestötoimijoita ja aluepelastuslaitos.

Toiminnanohjausjärjestelmä on ammattilaisille sähköinen työväline, jonka kautta on mahdollista siirtää yhteyttä ottaneen asiakkaan yhteystiedot kotikuntaan ja kotikunnan ammattilainen on yhteydessä asiakkaaseen. Toiminnanohjausjärjestelmään myös dokumentoidaan eri kanavien kautta tulleet yhteydenotot ja neuvontapuhelut (puhelin, chat, sähköposti, kontaktikäynti). Kertynyttä tietoa hyödynnetään matalan kynnyksen neuvontapalveluista raportoidessa ja toimintaa edelleen kehitettäessä.

Keskitetty puhelinneuvonta vakiintui maakunnalliseksi toiminnaksi hankkeen päätyttyä. Toimintaa hallinnoi Turun kaupunki. Maakunnan muut kunnat ovat tehneet Turun kaupungin kanssa hallinnointisopimuksen vuoden 2020 loppuun asti.

5.3 Hyvinvointia, toimintakykyä ja terveyttä edistävät palvelut

Otantatutkimuksella on selvitetty Varsinais-Suomen 75 vuotta täyttäneen väestön hyvinvointia (Murto ym. 2018). Tiedot ovat vuodelta 2015.

- 42,9 % kokee elämänlaatunsa hyväksi (vähemmän kuin maan ka)
- 8,7 % kokee itsensä yksinäiseksi (vähemmän kuin maan ka 9,4 %)
- 12,3 % kokee muistinsa huonoksi (enemmän kuin maan ka 8,1 %)
- 27 % arkiaskareissa suuria vaikeuksia (vähemmän kuin maan ka 43,2 %)
- 9 % saa riittämättömästi apua (vähemmän kuin maan ka)
- Yli 60 % harrastaa vapaa-ajan liikuntaa
- Viidenneksellä (21,7 %) on suuria vaikeuksia 500 metrin matkan kävelemisessä (vähemmän kuin maan keskiarvo)
- Viidennes (22,1 %) osallistuu aktiivisesti järjestöjen toimintaan (vähemmän kuin maan ka)
- 6,8 % käyttää runsaasti alkoholia (enemmän kuin maan ka 6,1 %)

NEUVONTAPALVELUT JA HYVINVOINTITORI

Varsinais-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelmaan sisältyy hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimenpideohjelma. Varsinais-Suomessa on toiminut maakun-

nallinen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmä vuodesta 2015. Työryhmä on jatkanut hyte-asioiden työstämistä osana sote- ja maakuntaudistusta. Työryhmällä on teemakohtaiset alatyöryhmät: kulttuurihyvinvointi, liikunta, ravitseminen, osallisuus, ehkäisevä päihdetyö ja järjestöt.

Työryhmä on laatinut Varsinais-Suomen alueellisen hyvinvointikertomuksen 2018. Kertomus on toteutettu siten, että se palvelee mahdollisimman hyvin tulevan maakunnan järjestäjän tarpeita. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen toteutuu yhteistyössä maakunnan kuntien ja muiden toimijoiden kanssa. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmä ja alatyöryhmät ovat tehneet tiivistä yhteistyötä KompAssi-hankkeen toimijoiden kanssa. (Varsinais-Suomen hyvinvointikertomus 2018)

Tavoitteena on, että maakunta järjestää ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista tukevia neuvontapalveluja sekä koordinoi sitä, että eri puolilla maakuntaa on tarjolla hyvinvointia ja terveyttä edistäviä palveluja.

Neuvonnan sisältöjä ovat mm.

- toimintakyvyn omaehtoinen edistäminen (miten edistää omaa toimintakykyä, mitä liikuntapalveluja, kuntosaleja ym. on tarjolla)
- ravitsemustilan arviointi ja monipuolisen ravinnonsaannin neuvonta
- kaatumisten ehkäisy IKINÄ-mallin mukaan
- tapaturmien ja onnettomuuksien ehkäisy
- sairauksien ehkäisy
- kodin turvallisuus ja esteettömyys (tarkistuslistat, toimenpidesuosituksukset)
- sosiaaliturvaan liittyvät asiat (mm. taloudelliset tuet, alvittomat palvelut, kotitalousvähenys)
- turvallinen lääkehoidon toteuttaminen
- Ikäihmistä ohjataan käyttämään kotikunnan kulttuuri-, liikunta- ym. palveluja, järjestöjen ja seurakuntien palveluja sekä yritysten tarjoamia kulttuuri-, liikunta- ja hyvinvointipalveluja.

KompAssi-mallin mukaan neuvontaa on tarjolla eri kanavien kautta. Ikäihminen voi ottaa yhteyttä sähköpostitse, chat- tai videoyhteydellä, puhelimella tai hän voi tulla käymään neuvontapisteessä. Neuvontapalveluja toteutetaan myös liikkuvana resurssina yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa.

Neuvontapalvelu on matalan kynnyksen palvelua ja se on saatavilla ja saavutettavissa kaikkialla ja kaiken aikaa internetin kautta. Palvelujen saavutettavuuden näkökulmasta on huomioitava se, että ikääntyvä väestö tarvitsee ohjausta ja opastusta digitaalisten palvelujen käyttämisessä. Maakunta järjestäjän roolissa edistää siitä, että maakunnan eri puolilla on edellytykset toimiville internetyhteyksille, ikäväestölle on tarjolla ohjausta ja opastusta digitaalisten palvelujen käyttämiseen, ja että väestön käytettävissä on asiakastietokoneita esim. kuntien palvelupisteissä, kirjastoissa tai muissa julkisissa tiloissa tai liiketiloissa. Toimivat nettiyhteydet ja asiakastietokoneet mahdollistavat sen, että digitaaliset palvelut ovat ikäihmisten ja heidän läheistensä saavutettavissa.

Toimintakykyä ja hyvinvointia edistäviä toimintamuotoja ovat erilaiset ohjatut ryhmätoiminnot kuten kuntosalit- ja muut fyysistä toimintakykyä edistävät ryhmät sekä kognitiivista toimintakykyä edistävät toimintaryhmät tai yksilöohjaus. Sosiaalista toimintakykyä edistetään ja yksinäisyyttä ehkäistään erilaisilla yhdessäolon muodoilla ja vertaisryhmätoiminnalla. Kulttuurihyvinvointia edistäviä toimintoja ovat esimerkiksi musiikki, esittävä taide, sanataide tai tanssi. Olennaista on, että ikäihminen voi itse valita miten hän haluaa osallistua: kokijana, osallistujana vai tekijänä. Ryhmämuotoista toimintaa järjestetään lähitoimipisteinä toimivilla hyvinvointitoreilla.

Hyvinvointitorilla ikäihmisen on myös mahdollista ruokailla (maksullista) ja siellä voi olla tarjolla tukipalvelun kaltaisia palveluja erillistä maksua vastaan kuten sauna-/ peseytymispalvelua ja vaatehuoltopalvelua (pyykinpesu). Hyvinvointitorilla voi olla tarjolla yritysten tuottamana mm. jalkahoitopalvelua sekä parturi- ja kampaamopalveluja jne.

Hyvinvointitorit ovat keskeisessä roolissa maakunnan ikäväestön hyvinvoinnin ja toimintakyvyn edistämässä. Hyvinvointitoreilla on ikäväestölle suunnattua avointa toimintaa. Järjestöt, kunnan eri hallintokunnat/maakunta ja seurakunnat järjestävät toreilla toimintaa. Hyvinvointitorin saavutettavuus on olennaista ikäväestön toimintakyvyn ja hyvinvoinnin edistämässä. Hyvinvointitoriverkon ja liikkumista edistävien palvelujen suunnittelu toteutetaan yhteistyönä.

Arvio palvelujen käytöstä, tarvittavasta henkilöressursista ja maakunnalle aiheutuvista kustannuksista

Digitaalisia palveluja käyttävän ikääntyvän väestön määrä kasvaa koko ajan. Vuonna 2017 65-74 vuotiaista 69 % käytti tietokonetta ja ikäryhmästä 75-89 vuotta 23 % oli tietokoneen käyttäjiä (Tilastokeskus 2017). Sähköisten palvelujen rakentamisen kustannukset arvioidaan myöhemmin. Liikkuva resurssi toteutetaan yhteistyössä kolmannen sektorin kanssa. Liikkuva resurssi -toiminnasta aiheutuu maakunnalle kustannuksia. Lähipalvelupisteinä toimivista hyvinvointitoreista tulee maakunnalle tila- ja henkilöstökustannuksia.

Kehitettävää:

- Hyvinvointitorien palveluverkko
- Toimintamallin hiominen kuntien, kolmannen sektorin ja seurakuntien kanssa
- Yhdessä maku-palvelujen kanssa on suunnitteilla henkilöliikenteen kartoittaminen maakunnassa: julkisen liikenteen palvelut ja eri kuntien nykyiseen toimintaan sisältyvät kuljetuspalvelut. Kartoituksesta saatavaa tietoa hyödynnetään liikkumista tukevien palvelujen suunnittelussa

IKÄVÄESTÖN HYVINVOINTI- JA TERVEYSTARKASTUS

Ikäihmisille järjestetään ikäryhmittäin kohdennettuja hyvinvointi- ja terveystarkastuksia, joihin sisältyy toimintakyvyn, terveydentilan ja sosiaalisen elämäntilanteen kartoitus. Palveluun sisältyy terveellisten elintapojen, toimintakyvyn ja hyvinvoinnin edistämisen neuvonta. Hyvinvointi- ja terveystarkastuksen toteuttaa asiakkaan oma sote-keskus. Ikäihmisen toimintakyvyn testaus toteutetaan luotettavilla mittareilla ja elämäntilanteen kartoitus keskustellen ja toimiviksi todetuilla kyselyillä. Hyvinvointi- ja terveystarkastukset suunnataan ikäihmisille, joilla ei vielä ole tarvetta säännöllisille sosiaali- ja terveyspalveluille.

- 68 vuotta täyttäneen ikäryhmän hyvinvointi- ja terveystarkastus toteutetaan sähköisenä (tai lomake-) kyselynä. Mikäli ikäihmisen vastaukset antavat herätteitä riskitekijöistä, hänet kutsutaan terveyden-/sairaanhoidajan vastaanotolle. Tarvittaessa ikäihminen ohjataan gerontologisen sosiaalityön ammattilaisen ja/tai lääkärin vastaanotolle ja/tai hänelle tehdään geriatrinen kokonaisarviointi.
- 75 vuotta täyttäneen ikäryhmän kohdalla hyvinvointi- ja terveystarkastus yhdistetään ajokorttitarkastukseen, mikäli henkilöllä on ajokortti. Ajokortiton 75 vuotias saa sähköisen kyselyn (tai lomakkeen) ja mikäli vastaukset antavat herätteitä riskitekijöistä, ikäihminen kutsutaan terveyden-/sairaanhoidajan vastaanotolle. Tarvittaessa ikäihminen ohjataan gerontologisen sosiaalityön ammattilaisen ja/tai lääkärin vastaanotolle ja/tai hänelle tehdään geriatrinen kokonaisarviointi.
- 80 vuotta ja 88 vuotta täyttäneiden ikäryhmien hyvinvointi- ja terveystarkastus toteutetaan sähköisenä (tai lomake-) kyselynä. Kyselyn yhteydessä ikäihmistä informoidaan siitä, että hänelle tullaan ehdottamaan asiakasohjaajan toteuttamaa kotikäyntiä. Kotikäynnillä ikäihminen saa ohjausta turvallisesta ja esteettömästä kotiympäristöstä, toimintakyvyn ylläpitämisestä, asuinympäristössä olevista hyvinvointia edistävästä palveluista sekä muista esille tulevista asioista. Tarvittaessa ikäihmiselle tehdään geriatrinen kokonaisarviointi.

Sote-keskukset toteuttavat sähköisen/lomakekyselyn ikäryhmäkohtaiset hyvinvointi- ja terveystarkastukset asiakkailleen maakunnan linjausten mukaan. Tarvittaessa asiakas ohjataan edelleen asiakasohjaukseen palvelutarpeen arviointiin.

Arvio palveluiden käytöstä maakunnalle aiheutuvista kustannuksista

Ikääntyneen väestön määrä lisääntyy erityisesti vanhimmissa ikäryhmissä (Tilastokeskus väestörakenne 31.12.2017 ja väestöennuste v. 2015) ja tästä syystä hyvinvointi- ja terveystarkastusten volyyymi on kasvava. Ikäväestön terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen todennäköisesti siirtää raskaampien palvelujen tarvetta myöhemmäksi. Vuonna 2017 alle 10 % 68 vuotiaista tarvitsi säännöllisesti palveluja. 75 vuotiaista neljännes, 80 vuotiaista kolmannes ja 88 vuotiaista lähes puolet ikäryhmästä tarvitsi säännöllisesti palveluja.

Taulukko 5: Hyvinvointi- ja terveystarkastuksen ikäryhmien henkilömäärät

Vuosi	68 vuotiaat, n=	75 vuotiaat, n=	80 vuotiaat, n=	88 vuotiaat, n=
2017	6611	3371	3155	1691
2022	6183	6458	2991	1624
2027	5852	5976	5745	2065
2032	6205	5386	5397	2501
2037	5656	5631	4930	3525

Hyvinvointia, toimintakykyä ja terveyttä edistävien palvelujen seuranta ja arviointi

Neuvonnan ja hyvinvointitarkastusten vaikutuksia voidaan seurata valikoiduilla laatusuosituksen indikaattoreilla ja/tai Kuva-indikaattoreilla. FinSote indikaattorit ovat otospohjaisia.

- Neuvonnan ja ohjauksen yhteydenottojen lukumäärä, anonymit ja tunnistetut, eri kanavien kautta toteutuneet yhteydenotot
- Neuvonta- ja ohjausasiakkaiden asiakastyytyväisyys
- Ikäryhmäkohtaisten hyvinvointi- ja terveystarkastusten osuus vastaavan ikäisestä ikäryhmästä, %
- Ikäryhmäkohtaisista hyvinvointi- ja terveystarkastuksista jatkotoimenpiteisiin ohjautuneet ikäihmiset, % tarkastukseen osallistuneista
- Vapaa ajan liikuntaa vähän harrastavien osuus 75+ täyttäneistä (FinSote)
- Yksinäiseksi itsensä kokevien osuus 75+ täyttäneistä (FinSote)
- Muistinsa huonoksi kokeneiden osuus 75+ täyttäneistä (FinSote)
- Itsensä masentuneeksi kokevien osuus 75+ täyttäneistä (FinSote)
- Alkoholia humalahakuisesti käyttävien osuus 75+ täyttäneistä (FinSote)
- Terveystilansa keskitasoiseksi tai huonommaksi kokevien osuus 75+ täyttäneistä (FinSote)
- Arkitoiminnassa vähintään suuria vaikeuksia kokeneiden osuus 75+ täyttäneistä (FinSote)
- Influenssarokotusten kattavuus 75+ täyttäneistä, kattavuustavoite %
- Tavoitteena on, että xx % maakunnan 75 / 80 / 85 vuotta täyttäneestä väestöstä asuu omassa kodissaan vuonna 2022
- Tavoitteena on, että xx % 75 / 80 / 85 vuotta täyttäneestä väestöstä pärjää ilman säännöllisiä kotiin annettavia palveluja vuonna 2022

Kehitettävää:

- Hyvinvointi- ja terveystarkastusten toimintamallin hiominen sote-keskussuunnittelijoiden kanssa mm. itsearviointimittarit
- Sähköisen itsearviointivälineen toteuttaminen

5.4 Asiakasohjaus – KomPassin tuotos

KomPassi-hankkeessa kehitettiin maakunnan asiakasohjauksen toimintamalli ja prosessi. Hankkeessa linjattiin, että asiakasohjauksessa palvelutarpeen arvioinnissa käytetään käyttöön Oulu Screener -välinettä.

Maakunnan kaikilla kunnilla on omat palvelujen myöntämisen kriteerit. Kotihoidon, kotipalvelujen tukipalveluiden ja tehostetun palveluasumisen asiakasmaksut ovat myös kuntakohtaisesti päätetyt. KomPassi-hankkeen työryhmissä työstettiin maakunnalliset omaishoidon, kotihoidon, tukipalvelujen ja ympärivuorokautisen hoidon myöntämisen kriteerit ja toimintaohje (luonnosversiot).

Kehitettävää:

- Linjaus maakunnallisista palvelujen myöntämisen kriteereistä, jotka kunnat voisivat ottaa käyttöön jo ennen järjestämisvastuun siirtymistä maakunnalle

5.5 RAI-järjestelmän käyttöön otto

Vuonna 2016 toteutetussa vanhuspalvelujen tila kyselyssä tuli esille, että ikäihmisten palvelutarpeen arviointi ei toteudu laaja-alaisesti toimintakyvyn eri ulottuvuudet huomioiden. Turulla oli käytössä ikäihmisten palveluissa RAI-HC, RAI-LTC ja Oulu Screener sekä MNA ravitsemuksen riskiarviomittari. Somerolla oli käytössä RAI-LTC. Vuonna 2017 11 kuntaa maakunnan 27 kunnasta kilpailutti tehostetun palveluasumisen ostopalvelut. Kilpailutuksessa edellytettiin, että palveluntuottaja ottaa ensimmäisen sopimusvuoden aikana käyttöön RAI-LTC –järjestelmän.

Tavoitteena oli edistää ja laajentaa RAI-järjestelmän käyttöönottoa maakunnassa (taulukko 6). Screener Oulu ja MNA-mittari tulee käyttöön vuoden 2019 aikana kahdeksaan organisaatioon (tarkoittaa 11 kuntaa). Samat kahdeksan organisaatiota ottavat käyttöön myös RAI-HC –järjestelmän. RAI-LTC tulee käyttöön kahdessa organisaatiossa. Lisäksi kuudella kunnalla on vuoden 2019 suunnitelmassa Oulu Screenerin, MNA-mittarin ja RAI-HC järjestelmän käyttöönotto.

Taulukko 6: RAI-järjestelmän käyttöönotto Varsinais-Suomessa

	Screeener Oulu	MNA	HC	LTC	Feenix Lää- keseula
v. 2018					
Kaarina	x	x	x		
Kustavi	x	x	x	x	x
Lieto	x	x	x	x	
Naantali	x	x	x		
Salo	x	x	x		
Uusikaupunki	x	x	x		
v. 2019					
Raisio	x	x	x		
Sote Akseli	x	x	x		
vahvistamatta					
Koski TI	x	x	x		
Marttila	x	x	x		
Parainen	x	x	x	x	
Pöytyä	x	x	x		
Sauvo	x	x	x		
Vehmaa	x	x	x		

Kehitettävää:

- RAI-arviointiosaamisen kehittäminen ja varmistaminen
- RAI-arviointiedon hyödyntäminen asiakaslähtöisen hoidon ja palvelun suunnittelussa
- PaloRAI-mittarin (EVAC) tuottaman riskitiedon hyödyntäminen yhteistyössä aluepe-
lastuslaitoksen kanssa ikäihmisten kotona asumisen turvallisuuden edistämiseksi
- RAI:n tuottaman tiedon hyödyntäminen toimintaprosessien johtamisessa ja suunnittelussa

5.6 Kotihoidon palvelut

Kotihoito ja kotipalveluun sisältyvät tukipalvelut ovat kotiin annettavia palveluja. **Kotihoidolla** (Shl 20 §) tarkoitetaan kotipalvelun (Shl 19 §) ja terveydenhuoltolain 25 §:ään sisältyvien kotisairaanhoidon tehtävien muodostamaa kokonaisuutta. Kotipalvelulla tarkoitetaan asumiseen, hoitoon ja huolenpitoon, toimintakyvyn ylläpitoon, asiointiin sekä muihin jokapäiväiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista tai niissä avustamista.

Kotihoidon tavoitteena on mahdollistaa ikäihmisen pärjääminen omassa kodissa toimintakyvyn ja terveyden heikentyessä tai yllättävissä elämäntilanteiden muutoksissa. Kotihoidon keskeiset sisältöalueet ovat:

- asiakkaan yksilöllisen tarpeen mukainen apu päivittäisissä toiminnoissa
- toiminnot, jotka vahvistavat asiakkaan voimavaroja
- toiminnot, joilla tuetaan asiakkaan toimintakyvyn eri ulottuvuuksia
- toiminnot, jotka edistävät asiakkaan kuntoutumista
- ravitsemustilan arviointi ja ravinnon saannista huolehtiminen
- kodin turvallisuuden ja esteettömyyden arviointi ja tarvittavien muutosten edistäminen
- kaatumisen ehkäisy IKINÄ-mallin mukaan
- turvallisen lääkehoidon toteuttaminen
- asiakkaan tarvitseman sairaanhoidon toteutus
- asiakkaan sosiaalisen ja kulttuurihyvinvoinnin edistäminen
- asiakkaan läheisten tukeminen ja motivointi osallistumaan asiakkaan hyvinvoinnin edistämiseen
- kotihoitoon sisältyy myös asiakassuunnitelmaan kirjattuja kodinhoitoon liittyviä tehtäviä
- kotihoidon käynneillä toimitaan yhdessä asiakkaan kanssa. Asiakasta ohjataan ja tuetaan sekä kannustetaan itsestä huolehtimiseen ja luottamaan kotona pärjäämiseen.

Kotihoidon palveluntuottajalla on käytössä RAI-arviointijärjestelmä (RAI-HC). Palveluntuottaja arvioi asiakkaan toimintakykyä, voimavaroja sekä hoidon ja avun tarvetta puoli vuosittain RAI-järjestelmän mittareilla. Palveluntuottaja hyödyntää arviointitietoa asiakkaan päivittäisen hoidon suunnittelussa. RAI-laatuindikaattorien avulla palvelun tuottaja voi tunnistaa kehittämiskohteita omassa toiminnassaan.

Tilapäinen / lyhytaikainen kotihoito on määräaikaista enintään 12 viikkoa kestävä palvelua, jonka tavoitteena on edistää asiakkaan toimintakykyä, hyvinvointia ja pärjäämistä. **Säännöllinen ja pitkäaikainen kotihoito** on palvelua, jota toteutetaan asiakassuunnitelman tavoitteiden ja suunnitelmaan kirjattujen toimintojen mukaisesti.

Kotihoitoa tuotetaan ympärivuorokautisesti asiakkaan tarpeen niin vaatiessa, mutta yöaikaisen hoidon saatavuus voi vaihdella maakunnan eri puolella. THL:n arviointiraportin (2018) mukaan maakunnan ikääntyneillä ei ole yhdenvertaisia mahdollisuuksia saada yöaikaista kotihoitoa.

Kotihoidon palveluja tuottavat yritykset ml. maakunnan yhtiö ja maakunnan liikelaitos. Kotihoito toteutetaan sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilöiden kotikäynteinä ja/tai videovälitteisinä etäkäynteinä tai asiakkaan ohjaamisena / saattamisena kodin ulkopuolella toteutuvaan hyvinvointia ja toimintakykyä edistävään toimintaan.

Maakunnassa on yhtenäiset kotihoitopalvelun myöntämisen kriteerit.

Rekisteritietojen (Sotkanet) mukaan vuoden 2017 lopussa säännöllisen kotihoidon asiakkaita oli Varsinais-Suomessa 7126. Tiedonlähteenä on käytetty THL:n kotihoidon asiakaslaskentaa. Tässä poiminnassa ovat mukana asiakkaat, jotka ovat saaneet kotipalvelua tai kotisairaanhoidoa (asiakkaalla on tai asiakas on saanut palvelua/hoidoa vähintään kerran viikossa). Luvuissa ei ole mukana asiakkaita, jotka olivat laskentapäivänä (30.11.) laitoshoidossa tai asumispalvelussa. Varsinais-Suomessa oli 7126 säännöllisen kotihoidon asiakasta. Asiakkaista 23 % oli alle 75 vuotiaita, 31 % oli 75 - 84 vuotiaita ja 85 vuotta täyttäneitä oli 46 % (taulukko 7).

Taulukko 7: Säännöllisen kotihoidon asiakkaat vuonna 2017, ikäryhmittäinen asiakasmäärä ja asiakasmäärän osuus vastaavasta ikäryhmästä. Vertailutietona on koko Suomi, Pirkanmaa ja Satakunta.

	< 65 v. n=	%	65 - 74 v. n=	%	75+ v. n=	%	80+ v. n=	%	85+ v. n=	%	yht.	%
Varsinais-Suomi	569	0,15	1051	1,71	5506	11,91	4608	16,61	3253	22,74	7126	1,49
Koko Suomi	6092	0,14	11043	1,63	56671	11,29	46921	15,92	31934	21,85	73806	1,34
Pirkanmaa	469	0,12	1012	1,65	5377	11,60	4495	16,34	3120	22,64	6858	1,34
Satakunta	241	0,15	501	0,82	2443	9,69	2010	13,38	1344	18,16	3185	1,45

Varsinais-Suomen väestö ikääntyy ja tämä ennakoi kasvua kotihoidon asiakasmäärissä tulevina vuosina. THL:n arviointiraportissa (2018) todetaan, että maakunnan säännöllisen kotihoidon asiakkaista 35 %:lla on vähäinen palvelutarve (1 - 9 käyntiä kuukaudessa). Näiden vähän palvelua tarvitsevien asiakkaiden kohdalla on systemaattisesti mietittävä vaihtoehtoisia ratkaisuja säännöllisen kotihoidon sijaan ja otettava käyttöön digitaalisia palveluja (esim. videovälitteiset kotihoidon etäkäynnit, asiakasseteli lääkkeiden koneelliseen annosjakelun toteuttamiseksi ja tarvittaessa lääkeannostelurobotti jne.). Ikäväestön motivointi toimintakykyä ja hyvinvointia edistävään toimintaan ja monipuoliset hyte-palvelut oletettavasti siirtävät säännöllisten palvelujen tarvetta myöhemmäksi. Huomioitavaa on, että alle 75 vuotiaan väestön määrä on vuoden 2025 jälkeen laskeva ja näin ollen säännöllisen kotihoidon asiakkuudet keskittyvät entistä enemmän iäkkäämpään väestöryhmään (taulukko 8).

Taulukko 8: Säännöllisen kotihoidon asiakasmäärän ennakointi, jos asiakkaiden määrä vastaa vasta ikäryhmästä, jos ikäryhmäkohtainen osuus on vuoden 2017 tasolla

	alle 75 v	0,38 %	75 - 84 v.	7,1 %	yli 85 v.	22,7 %	Yht. asiakkaita
v. 2021	429246	1610	39008	2770	14880	3378	7757
v. 2025	424028	1590	48152	3419	16448	3734	8743
v. 2030	420611	1577	53356	3788	20453	4643	10008
v. 2035	418739	1570	50963	3618	28458	6460	11649
v. 2040	416475	1562	51631	3666	31909	7243	12471

Asiakasmäärän lisäys tarkoittaa todennäköisesti kustannusten kasvua, vaikka palvelu pystyttäisiin tuottamaan kustannustehokkaammin.

Tavoitteena on, että 12 % 75 vuotta täyttäneestä väestöstä on säännöllisen kotihoidon asiakkaita vuonna 2025.

Seurattavat indikaattorit (laatusuosituksen toimeenpanon seuranta):

- Asiakasmäärät 75 / 80 / 85 vuotta täyttäneet, kustannukset
- Asiakasrakenne: palvelutarve (RAI, Maple)
- Fyysinen (ADL ja IADL), kognitiivinen (CPS), sosiaalinen (Social) ja psyykinen toimintakyky (DRS)
- Kotihoidon asiakkaiden ulospääsy osuus 75+, 80+, 85+ -vuotiaat asiakkaista
- Asiakkaille myönnetyn palveluajan ja toteutuneen palveluajan vertailu (asiakassuunnitelma)
- Koettu palvelun laatu (asiakas, omainen)

Palveluntuottajat raportoivat maakunnalle (laatusuosituksen toimeenpanon seuranta):

- Kotihoidon henkilöstön välitön asiakaskohtainen aika
- Henkilöstörakenne: suunniteltu ja toteutunut henkilöstömäärä ja osuudet
- Henkilöstömitoitus: suunniteltu ja toteutunut
- Henkilöstön kokemus annetusta palvelusta (sama mittari, millä asiakkaat ja omaiset arvioivat)
- Henkilöstön hyvinvointi: fyysinen ja psyykinen, kokemus oikeudenmukaisesta johtamisesta ja työn vaatimusten ja hallinnan tasapaino
- Henkilöstön poissaolot ammattiryhmittäinen / vuosi
- Henkilöstön vaihtuvuus ammattiryhmittäin / vuosi

Kehitettävää:

- Toimintamallin uudistaminen vähän palvelujen (1-9 käyntiä kuukaudessa) tarvitsevien asiakkaiden kohdalla ja näiden asiakkaiden ohjaaminen vaihtoehtoihin palveluihin
- Toimintamallin uudistaminen paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden osalta (yli 60 käyntiä kuukaudessa) ja asiakasryhmän osuuden lisääminen kaikista kotihoidon asiakkaista

5.7 Kotipalvelun tukipalvelut

Kotipalvelun tukipalveluja asiakkaalle annetaan sairauden, muun toimintakykyä alentavan synn tai elämäntilanteen perusteella. Kotipalvelun tukipalveluiden tavoitteena on asiakkaan oman toimintakyvyn ylläpitäminen ja asiakkaan tukeminen jokapäiväisen elämän toiminnoista selviytymisessä. Lakisääteisiä tukipalveluja ovat ateria-, vaatehuolto- ja siivouspalvelu sekä sosiaalista kanssakäymistä edistävät palvelut (Shl 19 §). Asiakkaan kokonaistilanteen ja elinympäristön arvioinnin perusteella asiakkaalle voidaan antaa tukipalveluluonteisina palveluina myös muita kuin lakisääteisiä palveluja kuten turvateknologiapalvelu, hyvinvointiteknologia-palvelu, sauna- /peseytymispalvelu, asiointipalvelu, kauppapalvelu tai muu asiakkaan kotona asumisen mahdollistava palvelu.

Kotipalvelua voidaan toteuttaa esimerkiksi kodinhoitona, ruokailuun ja henkilökohtaiseen hygieniaan liittyvänä apuna, kotona suoriutumisen tukemisena kuntoutuksen toimin sekä turvapalveluina. Turvapalveluilla tarkoitetaan esimerkiksi teknisiä ratkaisuja, joilla pyritään edistämään toimintakyvyltään heikentyneiden henkilöiden mahdollisuuksia asua kotonaan sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksikköjen sijasta. Ikäihmisen toimintakykyä tukevia ja hyvinvointiteknologiaa hyödyntäviä palveluja ovat mm. lääkkeiden koneellinen annosjakelu ja lääkeannostelurobotti tai kotiruokailun tukena toimiva virtuaalinen yhteisruokailuhetki. Yhteisruokailu toteutuu kotihoidon ammattilaisen ohjaamana. Ruokailijat voivat keskustella toistensa kanssa tablettien välityksellä.

Koska asioiden hoitaminen siirtyy monilla elämän alueilla sähköisiksi palveluiksi, tarkoittaa asioiden hoitamisen tukeminen tarvittaessa myös esimerkiksi internetissä tapahtuvaa asiointia (huomioiden kuitenkin pankkipalvelujen käyttöön liittyen rajoitteet verkkotunnusten käytölle). Tarpeen mukaan asiakkaalle järjestetään niitä palveluja, joista hänen ei ole mahdollista selviytyä itse.

Kotipalvelun tukipalvelut ovat sosiaalihuollon avopalvelua, josta ei ole käytettävissä systemaattisesti kerättyä rekisteritietoa. Sotkanetista saa tietoa indikaattorista, joka kuvaa vuoden aikana vähintään kerran jotain tukipalvelua (ateria-, kuljetus-, vaatehuolto-, kylvetys-, saattaja- ja turvapalvelu tai muu vastaava palvelu) saaneiden määrää. Indikaattorissa kukin henkilö on laskettu asiakkaaksi vain kerran riippumatta siitä kuinka monta kertaa hän on palveluja saanut tai kuinka montaa palvelua hän on saanut. Varsinais-Suomen 65 vuotta täyttäneestä väestöstä 8,2 % (n=8824) oli saanut vähintään kerran jotain tukipalvelua vuoden 2017 aikana.

Ateriapalvelu

Ateriapalvelun tavoitteena on edistää ikäihmisen hyvää ravitsemustilaa ja ehkäistä virheravitsemusta. Hyvä ravitsemustila on edellytys toimintakyvyn ylläpysymiselle ja jokapäiväisissä elämän toiminnoissa pärjäämiselle. Kotiin kuljetettu ateria on tarkoitettu asiakkaalle, joka ei itse tai läheisten avustuksella pysty valmistamaan ateriaa tai ei kykene kulkemaan ateriantipaikkaan. Ateriapalvelu voidaan toteuttaa lämpimän aterian kotiinkuljetuksena, lämmityksen vaativan aterian kotiinkuljetuksena tai asiakkaan kotiin sijoittuvalla ateria-automaatilla. Palveluun saattaa kuulua myös avustaminen ateria lämmittämisessä tai esille ottamisessa.

Vaatehuoltopalvelu

Vaatehuolto on asiakkaan omassa kodissa tai kodin ulkopuolella toteutuvaa käyttövaatteiden ja liinavaatteiden pesua. Vaatehuoltoon ei sisälly pyykin jatkokäsittely. Palveluun saattaa sisältyä myös kuljetus.

Siivouspalvelu

Siivouspalvelu on asiakkaan kodin kertaluonteista tai säännöllisesti toistuvaa ylläpitosiivousta tai perussiivousta. Siivouspalvelu toteutetaan palveluntuottajan välineillä ja aineilla.

Sosiaalista kanssakäymistä edistävä palvelu

Sosiaalista kanssakäymistä edistävää palvelua on esimerkiksi tavoitteellinen kuntouttava päivätoiminta (linkki palvelukuvaukseen), erilaiset tavoitteelliset ohjatut ryhmät, joita voidaan toteuttaa etäpalveluna tai hyvinvointikeskuksissa.

Maakunta linjaa muut palvelutarjoomaan sisältyvät tukipalvelut ja palvelujen myöntämiselle laaditaan perusteet.

Palvelu myönnetään ikäihmiselle palvelutarpeen arvioinnin perusteella (RAI Screener, MNA ja muut sovitut arviointivälineet). Maakunnassa on yhtenäiset palvelun myöntämisen perusteet.

Arvio palvelujen käytöstä ja maakunnalle aiheutuvista kustannuksista

Kotipalvelun tukipalvelujen kustannuksista ei ole saatavissa systemaattisesti kerättyä tietoa. Kotipalvelun tukipalveluilla tuetaan ja edistetään ikäihmisten kotona asumista. Väestön ikäännyessä on odotettavissa tukipalveluasiakkaiden määrän kasvu ja näin ollen myös kustannusten kasvua.

Seuranta ja arviointi

- Asiakasmäärät 75 / 80 / 85 vuotta täyttäneet, kustannukset
- Asiakasrakenne: palvelutarve (RAI, Maple)
- Fyysinen (ADL ja IADL), kognitiivinen (CPS), sosiaalinen (Social) ja psyykinen toimintakyky (DRS)
- Koettu palvelun laatu

5.8 Ikäihmisten kuntoutuspalvelut

Kuntoutuksen tavoitteena on parantaa tai ylläpitää iäkkään toimintakykyä sekä tukea mahdollisimman itsenäisenä asumista elämän eri tilanteissa. Ikääntyneelle tulee olla tarjolla toimintakykyä ylläpitävää kuntoutusta sekä tehostettua monialaista kuntoutusta äkillisissä terveydentilan, toimintakyvyn, elämäntilanteiden ja elinympäristöjen muutoksissa. Ikääntyneiden ihmisten kuntoutus voi käynnistyä mistä tahansa hänen palveluverkostonsa osasta ja yksilöllisesti erilaisilla tarpeilla. Erityisen tärkeää on arvioida kuntoutustarvetta ennen säännöllisiä palvelujen aloittamista tai lisäämistä. Kaikki ikääntyneiden kanssa työskentelevät ovat avainasemassa kuntoutustarpeen tunnistamisessa ja arvioon ohjaamisessa ja tämä on huomioitava ikääntyneiden palveluiden henkilökunnan koulutusohjelmassa.

Asiakkaan elinympäristössä annettava kuntoutus on tilanteesta riippuen kuntouttava arviointijakso, monialaista kotikuntoutusta, kuntouttavaa päivätoimintaa tai tehostettua kotikuntoutusta.

Kuntouttava arviointijakso

Kuntouttava arviointijakso on asiakkaan arkiympäristössä tapahtuvaa moniammatillista kuntoutusta. Jakso on tarkoitettu niille asiakkaille, joiden toimintakyky on laskenut ja kotona selviytyminen ilman palveluja on uhattuna. Asiakkaat ovat olleet aiemmin toimintakyvyltään pääsääntöisesti itsenäisiä eikä heillä ole entuudestaan kotihoidon palveluita. Jakson tavoitteena on asiakkaan toimintakyvyn kohentuminen ja sen myötä ensiarviota vähäisempi tai kokonaan poistunut kotihoidon ja muiden tukipalvelujen tarve.

Ennen kuntoutusjaksoa tai sen alkuvaiheessa selvitetään ja mahdollisuuksien mukaan hoidetaan kuntoutustarpeen taustalla olevat syyt geriatrisen arvioinnin periaatteiden mukaisesti. Jakson alussa asetetaan kuntoutumisen tavoitteet yhdessä kuntoutujan ja hänen tukiverkostonsa sekä ammattilaisten kanssa ja ne kirjataan kuntoutumissuunnitelmaan. Tavoitteet määrittävät jakson sisällön, kuten tarvittavan terapian määrän ja laadun. Kuntouttavan hoitotyön lisäksi arviointijaksolla tulee järjestyä tarvittava fysioterapia ja/tai toimintaterapia sekä sosiaaliohjaus. Mikäli kuntoutuminen edellyttää muiden erityistyöntekijöiden asiantuntemusta, tulee tarve tunnistaa sekä varmistaa niiden järjestyminen saumattomana osana kuntoutuksen kokonaisuutta. Kuntouttavan arviointijakson aikana tulee tunnistaa myös mahdollisten apuvälineiden tarve sekä arvioida kotiympäristö toimintakyvyn, turvallisuuden ja esteettömyyden näkökulmasta.

Kuntouttavalla arviointijaksolla tulee ensisijaisesti tukea asiakkaan toimintakykyä päivittäisistä toiminnoista suoriutumisessa ja jakson pääpaino on asiakkaan arjen toiminnallisessa harjoittelussa. Harjoittelun tulee tukea itsenäistä selviytymistä myös kodin ulkopuolella, ja jakson aikana tulee tarvittaessa esimerkiksi harjoitella kauppakäyntejä ja mahdollistaa erilainen kulttuuri- ja harrastetoiminta.

Asiakkaan toimintakykyä arvioidaan jakson aikana käyttäen luotettavia ja maakunnassa sovitutuja mittareita, jotka valikoituvat kuntoutujalla asetettujen tavoitteiden mukaan. Jakson aikana tulee tehdä sovitut alku- ja loppumittaukset ja kuntoutuksen etenemistä tulee seurata jatkuvalla arvioinnilla. Tavoitteita voidaan tarvittaessa muuttaa jakson aikana.

Jakson pituus on enintään 6 viikkoa. Tämän jälkeen maakunnan liikelaitoksessa arvioidaan asiakaslähtöisesti asiakkaan säännöllisen kotihoidon ja muiden palveluiden tarve.

Seuranta ja arviointi

- Kotihoidon uusien asiakkaiden määrä
- Kuntouttavalla arviointijaksolla olleiden asiakkaiden määrä ja niiden osuus, jotka jatkoivat kotona asumista ilman maakunnan järjestämiä palveluja
- Kuntouttavan arviointijakson vaikuttavuus – asiakkaiden toimintakyvyn koheneminen
- Asiakastyytyväisyys

Moniammatillinen kotikuntoutus

Monialainen kotikuntoutus on ikäihmisen arkiympäristössä tapahtuvaa moniammatillista kuntoutusta. Palvelu on tarkoitettu omaishoidettaville sekä säännöllisen kotihoidon asiak-

kaille, joiden toimintakyky on laskenut siten että uhkana on palvelutarpeen kasvu tai siirtyminen toiseen palveluun. Tavoitteena on kuntoutujan omatoimisuuden parantaminen ja aktivointi siten että ikääntyvä pärjää kotona mahdollisimman toimintakykyisenä ja laitoshoi-
toon joutumista voidaan ehkäistä.

Ennen kuntoutusjaksoa tai sen alkuvaiheessa selvitetään ja mahdollisuuksien mukaan hoide-
taan kuntoutustarpeen taustalla olevat syyt geriatrisen arvioinnin periaatteiden mukaisesti. Kuntoutusjakson alussa asetetaan kuntoutumisen tavoitteet yhdessä kuntoutujan ja hänen tukiverkostonsa sekä ammattilaisten kanssa ja ne kirjataan kuntoutumissuunnitelmaan. Ta-
voitteet määrittävät jakson sisällön, kuten kuntouttavan hoitotyön, aktivoinnin ja tarvittavan
terapian määrän ja laadun. Kuntoutus on moniammatillista ja iäkkään henkilön toimintaky-
kyä tuetaan tarvittaessa fyysisen, kognitiivisen, sosiaalisen ja psyykkisen kuntoutuksen kei-
noin jakson aikana.

Arkikuntoutuksen lisäksi arviointijaksolla tulee järjestyä tarvittava fysioterapeutin ja/tai toi-
mintaterapeutin ohjauksessa toteutettu kuntoutus sekä sosiaaliohjaus. Mikäli kuntoutuminen
edellyttää muiden erityistyöntekijöiden asiantuntemusta, tulee tarve tunnistaa sekä varmis-
taa niiden järjestyminen saumattomana osana kuntoutuksen kokonaisuutta. Kotikuntoutuk-
sen henkilöstö tukee asiakkaan kanssa työskentelevän henkilöstön osaamista ja ohjaa heitä
hyödyntämään työssään asiakkaan toimintakykyä tukevaa kuntouttavaa työotetta.

Kuntoutusjakson kesto voi vaihdella (4–12 viikkoa). Jakso tulee päättää, kun tavoitteet on
saavutettu. Jakso tulee myös päättää ja tehdä uusi kuntoutustarpeenarviointi, mikäli tavoit-
teiden saavuttaminen ei ole asiakkaalle realistista. Tärkeää on turvata edellytykset kuntout-
tavaan elämään myös kuntoutusjakson jälkeen.

Kuntoutustarpeen tunnistamisessa ja kuntoutukseen ohjaamisessa kaikki ikääntyneen
kanssa työskentelevät ammattilaiset ovat avainasemassa. Toimintakyvyn ja kuntoutustar-
peen arviointeja tehdään tarvittaessa kaikkiin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutapahtu-
miin, tutkimuksiin ja hoitoon liittyen.

Monialainen kotikuntoutus toteutetaan ensisijaisesti asiakkaan arkiympäristössä. Palvelun
toteutuksessa hyödynnetään mahdollisuuksien mukaan etäkuntoutuspalveluja ja siihen voi
sisältyä myös kuntoutumista edistäviä toimintoja muualla kuin asiakkaan kotona, kuitenkin
lähipalveluna.

Kuntouttava päivätoiminta

Kuntouttavan päivätoiminta on tarkoitettu tukemaan ikäihmisten toimintakykyä ja hyvin-
vointia. Toiminta on tavoitteellista ja kullekin asiakkaalla laaditaan yksilöllinen suunnitelma
ja tavoitteet.

Tehostettu kotikuntoutus

Tehostettu kotikuntoutus on tarkoitettu kuntoutujille, joiden toimintakyky on laskenut äkilli-
sesti akuutin sairauden, kuten lonkkamurtuman vuoksi. Asiakkaat tarvitsevat muuttuneen

terveydentilansa vuoksi sekä intensiivistä kuntoutusta että lääketieteellistä selvittelyä ja hoitoa edelleen, mutta hoito voidaan toteuttaa sairaalan seinien ulkopuolella. Arkiympäristössä tapahtuvan intensiivisen kuntoutuksen tavoitteena on kuntoutujan terveyden ja toimintakyvyn parantuminen vähintään toimintakyvyn laskua edeltävälle tasolle. Tehostettu kotikuntoutus on tavoitteellista ja määräaikaista, se toteutetaan geriatrisen kuntoutuksen periaatteiden mukaisesti, moniammatillisesti ja on lääkärijohtoista.

Palveluun ohjaututaan harkiten yksilöllisen toimintakykyyn ja kuntoutujan voimavaroihin perustuvan arvion mukaan. Sinne voi ohjautua hoidon kaikilta tasoilta portaattomasti; kuntoutujan yksilöllisen tarpeen mukaan niin suoraan päivystyksestä kuin osastoilta tai palvelu alkaa suoraan kotona tapahtuvan arvioinnin perusteella. Kuntoutussuunnitelma siirtyy rajapintojen yli ilman erillistä uutta arviointia. Palvelun tavoitteena on vuodeosastopäivien korvaaminen sekä hoidon vaikuttavuuden lisääminen viemällä kuntoutus asiakkaan arkiympäristöön. Tehostettu kotikuntoutus voi toimia lähisairaalan satelliittiyksikkönä tai tiiviissä yhteistyössä sairaalan kanssa. Tavoitteena tulee olla, että kuntoutujan on mahdollista siirtyä joustavasti kotoa osastopaikalle lähisairaalaan, mikäli toimintakyky niin vaatii. Tavoitteena on välttää tarpeeton yhteispäivystyksen käynti sekä mahdollistaa kuntoutujan kotiuttaminen herkemmin suoraan yhteispäivystyksestä tai keskitetyltä erikoissairaanhoidon osastolta.

Seuranta ja arviointi

- Hoitopäivien määrä sekä jaksojen määrä ja kesto
- Vuodeosastohoitoon palanneet 1kk ja 3 kk kotiutumisesta
- päivystyskäynti 7 vrk:n kuluessa kotiutuksesta
- Maakunnallisesti sovittu yhteinen toimintakyvyn mittari: toimintakyky hoitojakson alussa, lopussa ja toimintakyvyn muutos hoitojakson aikana.
- Asiakastyytyväisyys
- mittareiden käyttöaste
- Fysioterapian ja toimintaterapian määrä – mm. asiakaskontaktit ja annetun terapian määrä
- potilasvirrat: hoitoonpääsyn odotusaika.
- >75-vuotiaiden odotusaika päivystyksessä

Kehitettävää:

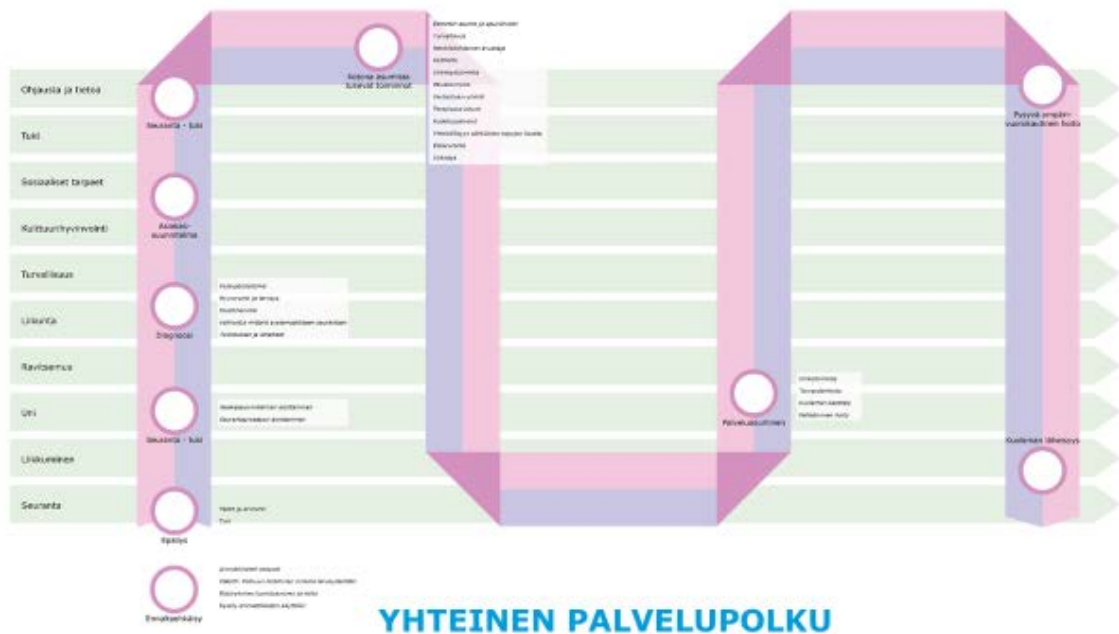
- Kuntouttavan päivätoiminnan toimintamallin työstäminen valmiiksi
- Yhtenäisten toimintamallien käyttöönoton tukeminen

5.9 Muistisairaahan henkilön palvelut

Maakunnan ikäihmisten kuntoutuspalveluja ohjasi tavoite ”Toimintakykyisenä kotona”. Suunnitteluvaiheessa tunnistettiin kolme keskeistä asiakassegmenttiä eli muistisairaant, ikäihmiset, joilla on todettu gerastenia sekä muut geriatriset akuuttitilanteet kuten AVH ja lonkkaleikkaus.

Muistisairauden esiintyvyys lisääntyy iän myötä ja tästä syystä ensi vaiheessa työstiin maakunnallista muistiasiakkaan polkua (kuvio 11).

Kuvio 11: Muistiasiakkaan palvelupolku



Kehitettävää:

- Palvelupolun digitalisointi siten, että yhteinen toimintamalli ohjaa eri kontaktipisteissä muistisairaana asiakkaan kanssa työskentelevien ammattilaisten toimintaa

Omaishoidon lainsäädännöllisenä perustana ovat laki omaishoidon tuesta (937/2005), laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (734/1992), työsopimuslaki (55/2001), julkisten alojen eläkelaki (81/2016) ja työtaturma- ja ammattitautilaki (459/2015). Omaishoidolla tarkoitetaan vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön hoidon ja huolenpidon järjestämistä kotiloissa omaisen tai muun hoidettavalle läheisen henkilön, omaishoitajan, avulla. Omaishoidon tuki on kokonaisuus, joka muodostuu **hoidettavalle annettavista tarvittavista palveluista** sekä **omaishoitajalle maksettavasta hoitopalkkiosta, omaishoitajan vapaista ja omaishoitajan hoitotehtävää tukevista palveluista.**

KomPassi-hankkeessa työstiin omaishoidon myöntämisen maakunnalliset kriteerit. Luonnoksen mukaan maakunnassa on käytössä omaishoidon ennaltaehkäisevä palkkio (uusi palvelu koko maakunnassa) sekä kolme hoitopalkkioluokkaa. **Omaishoidon ennaltaehkäisevää palkkiota** maksetaan tilanteissa, joissa omaishoidon tuen alimman palkkioluokan kriteerit eivät täyty, mutta henkilö tarvitsee säännöllisesti tai lähes päivittäin apua kotona pärjäämisessä.

Tuki voidaan myöntää, jos arvioidaan, että hoitajan antama palvelu korvaa kotihoidon palveluja osaksi tai kokonaan. Palkkiota ei makseta samassa taloudessa asuvalle henkilölle. Hoitajan kanssa ei tehdä omaishoitosopimusta eikä hän ole oikeutettu vapaapäiviin.

Omaishoidon tuen **alempi palkkioluokka** on vähintään 392,57 € kuukaudessa vuonna 2018. Hoidettava tarvitsee toistuvasti päivittäin hoivaa, huolenpitoa, valvontaa ja ohjausta henkilökohtaisissa toiminnoissa

Ylempi palkkioluokka edellyttää, että hoidettava tarvitsee lähes jatkuvasti hoitoa ja huolenpitoa eikä hän voi asua yksin. Hän voi olla yksin muutaman tunnin.

Omaishoidon **erityispalkkioluokka** (hoidollisesti raskas siirtymävaihe) on vähintään 785,14 euroa kuukaudessa vuonna 2018. Hoitopalkkio on tarkoitettu hoidollisesti raskaaseen ja lyhytaikaiseen hoitoon (enintään 6 kk) ja huolenpitoon. Siirtymävaihe voi olla esim. terminaalivaiheen hoitoa, toipumista vakavasta onnettomuudesta tai siirtymistä hoitomuodosta toiseen.

Omaishoitajan lakisääteiset vapaat

Omaishoitajille toteutetun kyselyn perusteella omaishoitajat eivät käytä oikeuttaan vapaapäiviin ja syynä on se, että tarjolla ei ole omaishoitoperheelle sopivia sijaishoitomuotoja. Omaishoitajan lakisääteisten vapaiden sijaishoitomuotoja kehitetään ja yhtenä uutena sijaishoitomuotona on lyhytaikainen perhehoito. Toinen kehittämisen kohden on omaishoidettavan kotiin tuleva sijaishoitaja toimeksiantosopimuksella.

Omaishoitajan hoitotehtävää tukevat palvelut

Omaishoitajaksi ryhtyvälle henkilölle tarjotaan hyvinvointi- ja terveystarkastusta ennen hoitotehtävän aloittamista. Omaishoitajan hyvinvointi- ja terveystarkastukset toistetaan määrävälein. Omaishoitajien hyvinvointi- ja terveystarkastukset toteutetaan yhteistyössä sote-keskusten kanssa ja palvelussa hyödynnetään digitaalisia mahdollisuuksia.

Maakunta järjestää omaishoitajalle valmennusta ja ohjausta hoitotehtävää varten. Omaishoitajan jaksamista tuetaan hyvinvointia ja hoitotehtävää tukevilla sosiaali- ja terveystalveilla, virkistysvapailia ja muilla mahdollisilla palveluilla.

Arvio palvelujen käytöstä maakunnalle aiheutuvista kustannuksista

Omaishoidon tuen asiakkaiden määrässä ei ole aikuisväestön (18+ v.) osalta tapahtunut merkittäviä muutoksia viimeisen kolmen vuoden aikana. Tavoitteena on lisätä omaishoidettavien asiakkaiden määrää. Vuonna 2015 omaishoidon tuen palkkioita maksettiin 17,3 milj. euroa 18 vuotta täyttäneiden hoidettavien omaishoitajille. Summassa ei ole mukana henkilöstösi- vukuluja. (Taulukko 9)

Taulukko 9: Omaishoidon tuen 18 vuotta täyttäneiden hoidettavien määrä vuosina 2015 – 2017 Varsinais-Suomessa. (Sotkanet.)

	18-64	65-74	75-79	80-84	85+	yhteensä
v. 2017	693	800	602	629	898	3622
v. 2016	690	746	606	638	856	3536
v. 2015	702	777	606	643	848	3576

Seuranta ja arviointi

- Asiakasmäärä eri ikäryhmissä: 18 – 64 / 65 – 74 / 75 - 84 / ja 85+ vuotiaat
- Uusien omaishoidettavien lukumäärä eri ikäryhmissä
- Omaishoidettavien sukupuoli
- Omaishoidon asiakassuunnitelmien sisältö (omaishoitajan antaman hoidon sisältö ja määrä, sosiaali- ja terveystalvet ja määrä, omaishoitajan hoitotehtävää tukevien palvelujen määrä, omaishoitajan vapaat ja sijaisjärjestelyt, omaishoitajan työssäkäynnin ja hoitotehtävän yhteensovittaminen)
- Pääasiallinen syy omaishoittoon
- Omaishoitajan suhde hoidettavaan
- Maakunnan irtisanomat omaishoitotosopimukset
- Omaishoitajien hyvinvointi- ja terveystarkastusten määrät
- Valmennusten lukumäärä
- Käytetyt lakisääteiset vapaapäivät
- Omaishoidon hoitopalkkioihin käytetyt eurot
- Omaishoittoa tukevien palveluiden kustannukset
- Koettu palvelun laatu, omaishoitaja ja hoidettava

Kehitettävää:

- Omaishoidon tuen kriteerien yhtenäistäminen
- Omaishoitajan vapaapäivien käytön lisääminen sijaishoitomuotoja uudistamalla
- Omaishoitajien jaksamisen tukevien toimintamallien edelleen kehittäminen

5.11 Perhehoitopalvelut sekä omais- ja perhehoitokeskus

Perhehoidolla tarkoitetaan ikäihmisen tai kehitysvammaisen hoivan, huolenpidon ja asumisen järjestämistä hänen kotinsa ulkopuolella yksityiskodissa. Perhehoidon tavoitteena on antaa perhehoidossa olevalle henkilölle mahdollisuus hyvään elämään perheessä ja läheisiin ihmissuhteisiin.

Perhehoito voi olla joko jatkuvaa tai lyhytaikaista perustuen ikäihmisen tai kehitysvammaisen tarpeisiin. Jatkuva perhehoito on kodinomainen tapa järjestää ikäihmisen tai kehitysvammaisen henkilön asuminen silloin kun kotona asuminen ei ole mahdollista tai turvallista. Lyhytaikaisen perhehoidon tavoitteena on tukea henkilön kotona asumista sekä hänen läheistensä jaksamista.

Varsinais-Suomessa toimii ikäihmisten ja kehitysvammaisten perhehoitoyksikkö, jossa toiminnassa on mukana 25 maakunnan 27 kunnasta. Hallinnollisesti perhehoitoyksikkö toimii Kaarinan kunnassa.

Vuonna 2017 perhehoidossa oli 41 ikäihmistä. Näistä puolet oli Kaarinan perhehoitokylän asukkaita. Perhehoitokylä Säde on Kaarinan kunnan omaa toimintaa.

KomPASSi-hankkeen yhteydessä koulutettiin uusia perhehoitajia erityisesti omaishoitajien vapaiden sijaishoitopaikoiksi.

Kehitettävää:

- Lyhytaikaisen perhehoidon toiminnan vakiinnuttaminen
- Perhehoitoyksikön toiminnan mallintaminen ja laajentaminen perhe- ja omaishoitokeskuksen toiminnaksi

5.12 Tilapäinen ja pitkäaikainen ympärivuorokautinen hoito

Varsinais-Suomen ikäihmisten palvelurakenteessa ympärivuorokautisen hoidon osuus on maan keskiarvoa korkeampi. Samoin on sekä vanhainkotihoitoon että pitkäaikaissairaanhoidon osuus. Lähes puolet maakunnan tehostetun palveluasumisen tuotannosta (noin 3600 asukasta vuonna 2017) on yksityisten tuottamaa palvelua.

Ympärivuorokautisessa hoidossa tavoitteena on siirtyä laitoshoidosta tehostettuun palveluasumiseen. Palveluntuottajat ovat velvollisia käyttämään RAI-LTC-arviointivälinettä (Resident Assessment Instrument Long Term Care). Asiakkaan voimavaroja ja palvelutarvetta arvioidaan kaksi kertaa vuodessa ja mikäli asiakkaan tilassa tapahtuu merkittäviä muutoksia, niin useammin. Palveluntuottaja noudattaa Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen laatimaa ohjeistusta ja toimittaa asiakkaidensa RAI-arviointiedot kaksi kertaa vuodessa THL:een. THL:n tietokanta mahdollistaa sen, että maakuntaa saa käyttöönsä järjestäjän näkökulmasta keskiarvotietoa asiakkaiden tilasta ja toteutuneen hoidon ja palvelun laadusta palveluntuottajittain ja yksiköittäin.

Palveluntuottajan edellytetään seuraavan säännöllisesti RAI-arvioinnin lisäksi asiakkaiden ravitsemustilaa (paino, MNA MiniNutritional Assessment), painehaavariskiä (Braden riskimittari) ja kaatumisen uhkaa (FRAT Falls Risk Assessment Tool).

Palveluntuottajan vastuulla on päivittää asiakassuunnitelmaa RAI-arviointivälineen ja muiden mittaritietojen perusteella. Asiakassuunnitelman ajantasaisuus tarkistetaan puoli vuosittain tai tarvittaessa. Mikäli asiakkaan palvelutarve muuttuu siten, että sillä on mahdollisesti vaikutusta palveluntuottajan saamaan korvaukseen niin palvelutarpeen arviointi ja asiakassuunnitelman päivitys tehdään yhteistyössä maakunnan liikelaitoksen asiakasohjauksen kanssa.

Ympäri vuorokautisen hoidon ja huolenpidon sisältönä on

- edistää ja ylläpitää asiakkaan toimintakykyä ja terveyttä (kuntouttava työote)
- tarjota asukkaalle monipuolista ja ravitsevaa ruokaa
- avustaa asiakasta hygieniasta huolehtimisessa ym. päivittäisissä askareissa
- edistää asukkaan turvallisuuden tunnetta
- ehkäistä kaatumisia (IKINÄ-mallin mukaisesti)
- edistää sitä, että asukas kokee elämänsä merkitykselliseksi ja arvokkaaksi
- edistää asiakkaan osallisuutta
- mahdollista se, että asukas voi ylläpitää sosiaalisia vuorovaikutussuhteita
- edistää asiakkaan kulttuurihyvinvointia
- toteuttaa asiakkaan tarvitsemää lääkehoitoa
- toteuttaa asiakkaan tarvitsemää sairaanhoitoa
- huolehtii siitä, että asiakas saa tarvitsemansa terveydenhuollon palvelut
- huolehtii siitä, että asiakas saa tarvitsemansa kuntoutuspalvelut
- luoda edellytykset asukkaan ulkoilulle
- edistää asukkaan ja hänen läheistensä yhteydenpitoa asukkaan haluamalla tavalla
- toteuttaa asiakkaan hyvä saattohoito
- huolehtia asukkaan henkilökohtaisten vaatteiden vaatehuollosta
- huolehtia asukkaan huoneen ylläpito- ja perussiivouksesta

Kehitettävää:

- Välimuotoisen asumisen ja palvelut yhdistävien vaihtoehtojen kehittäminen tehostetun palveluasumisen lisäksi yhteistyössä kuntien eri hallinnonalojen kanssa
- Maakunnalle siirtyvien ympärivuorokautisen hoidon yksiköiden toimitilojen kartoitus, miten tilat vastaavat tulevaisuuden toiminnalle asetettuja vaatimuksia (yhteistyö kiinteistö-, palveluverkko- ja valmiussuunnittelijoiden kanssa)

5.13 Ikäväestö sote-keskuksen ja suun terveydenhuollon asiakkaana

Säännöllisen kotihoidon ja pitkäaikaisen tehostetun palveluasumisen asiakkaat listautuvat haluamaansa sote-keskukseen (valinnanvapauslakiluonnos 2018). Sote-keskuksissa on yhtenä erikoisalana geriatria.

Kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen lääkäripalvelut on suunniteltu toteutettavan siten, että sote-keskus palveluntuottajat osallistuvat palvelun tuottamiseen joko lääkäriyöpäinoksella tai euroilla siinä suhteessa kun sote-keskukseen on listautunut ikäväestöä. Maakunnan liikelaitos koordinoi lääkäripalvelun sekä kotihoidon tiimeille että tehostetun palveluasumisen yksiköihin.

Ikäväestön ikäryhmäkohtaiset hyvinvointi- ja terveystarkastukset toteutetaan sote-keskuksessa samoin kuin omaishoitajien hyvinvointi- ja terveystarkastukset.

Ikäväestön hyvinvoinnin ja toimintakyvyn edellytyksenä on hyvä ravitsemustila. Suun terveydellä on vaikutusta ruokailuun. Tästä syystä tavoitteena on edistää ikäväestön suun terveyden tilaa toteuttamalla maksuton suuhygienistin tarkastus 80 vuotiaalle ikäihmisille. Suuhygienistit ohjaavat kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon henkilöstöä havainnoimaan ja huolehtimaan ikäväestön suun terveyttä ja toteuttamaan päivittäistä hoitoa.

5.14 Ikäväestö päivystyksen ja akuuttisairaanhoidon asiakkaana

THL:n arviointiraportin (2018) mukaan Varsinais-Suomen 75 vuotta täyttäneellä väestöllä on päivystyskäyntejä maan kesiarvoa enemmän ja kuudenneksi eniten verrattaessa maakuntia keskenään. Ikäasiakkaiden palveluketjujen kehittämisessä on otettava huomioon sujuva kotiuttaminen päivystyksestä ja vuodeosastolta.

6 Palvelurakennetavoitteet

Ikäihmisten palveluiden palvelurakenteen tarkastelu osoittaa, että maakunnassa on suhteessa enemmän ikäihmisiä ympärivuorokautisessa hoidossa kuin maassa keskimääräin (75+ ikäryhmä). Säännöllisen kotihoidon asiakkuuksista 35 % on vähän palveluja (1- 9 käyntiä kuukaudessa) tarvitsevia asiakkaita. Näin ollen maakunnassa on 1) kehitettävä auttamismenetelmiä, joilla voidaan vastata vähän palveluja tarvitsevien asiakkaiden palvelutarpeeseen ilman säännöllistä kotihoidon asiakkuutta. 2) Näin vapautuu resursseja antaa palveluja kotiin runsaasti palveluja tarvitseville (yli 60 käyntiä kuukaudessa) ja tätä kautta on mahdollista keventää maakunnan ikäihmisten palvelurakennetta (taulukko 10). Alustavana tavoitteena on, että 75 vuotta täyttäneestä väestöstä 8 % on ympärivuorokautisessa hoidossa vuonna 2025.

Taulukko 10: Alustava ehdotus maakunnan ikäihmisten palvelurakenteeksi

Vuosi	75+ vuotiaat	tehostettu + laitos	%	Uudet paikat	kotihoito lkm	kh %	omais- hoito	omh %	perhe- hoito	perhe- hoito %	yhteensä	%
2017	46 247	4 264	9,2		6692	14,5	2129	4,6	41	0,089	13 126	28,4
2020	50 910	4 582	9	318	7127	14	2393	4,7	46	0,09	14 148	27,8
2021	53 888	4 742	8,8	160	7275	13,5	2587	4,8	54	0,1	14 657	27,2
2022	56 945	4 897	8,6	155	7403	13	2790	4,9	63	0,11	15 153	26,6
2023	59 788	5 022	8,4	125	7474	12,5	2989	5	72	0,12	15 557	26,0
2024	62 279	5 107	8,2	85	7473	12	3114	5	81	0,13	15 775	25,3
2025	64 600	5 168	8	61	7752	12	3230	5	90	0,14	16 240	25,1
2026	66 612	5 196	7,8	28	7993	12	3331	5	100	0,15	16 620	25,0
2027	68 796	5 228	7,6	33	8256	12	3440	5	103	0,15	17 027	24,7
2028	70 525	5 219	7,4	-10	8463	12	3526	5	106	0,15	17 314	24,6
2029	72 269	5 203	7,2	-15	8672	12	3613	5	108	0,15	17 597	24,3
2030	73 809	5 167	7	-37	8857	12	3690	5	111	0,15	17 825	24,2
2016	65 - 74 v.	338			1051		800					
	18 - 65 v.	194			527		693					

Maakunnan ikääntyvän väestön määrä kasvaa varsin voimakkaasti ja vaikka ympärivuorokautisen hoidon osuutta vähennetään, niin silti on tarvetta lisätä asiakaspaikkoja. Taulukossa 11 on kuvattu ehdotuksen mukainen ympärivuorokautisen hoidon osuuden vähentäminen, tarvittavat lisäpaikat ja niistä aiheutuva kustannus. Kustannusta laskettaessa on oletuksena, että yhden tehostetun palveluasumisen paikan tuotantokustannus on 48 000 € vuodessa. Kun samanaikaisesti panostetaan ikäväestön toimintakyvyn ja hyvinvoinnin edistämiseen ja kehitetään kotiin annettavia palveluja, on mahdollista, että palvelurakenne kevenee etupainotteisesti.

Taulukko 11: Ennakointi tehostetun palveluasumisen asiakkaista, paikkojen lisäyksestä ja kustannuksista

Vuosi	75+ vuotiaat	Tehostettu + laitos	%	Uudet paikat	Euroja tarvitaan lisää vuosittain
2017	46 247	4 264	9,2		
2020	50 910	4 582	9,0	318	15 264 000
2021	53 888	4 742	8,8	160	7 680 000
2022	56 945	4 897	8,6	155	7 440 000
2023	59 788	5 022	8,4	125	6 000 000
2024	62 279	5 107	8,2	85	4 080 000
2025	64 600	5 168	8,0	61	2 928 000
2026	66 612	5 196	7,8	28	1 344 000
2027	68 796	5 228	7,6	33	1 584 000
2028	70 525	5 219	7,4	-10	- 480 000
2029	72 269	5 203	7,2	-15	- 720 000
2030	73 809	5 167	7,0	-37	- 1 776 000

Kun vähän palveluja tarvitsevien kotihoidon asiakkaiden palvelutarpeeseen löydetään säännölliselle kotihoidolle vaihtoehtoisia palveluja, käytettävissä olevalla kotihoidon resurssilla voidaan vastata paljon palveluja tarvitsevien tarpeisiin. Tästä syystä voidaan olettaa, että kotihoidon peittävyttä on mahdollista supistaa. Tästä huolimatta kotihoidon asiakasmäärä oletettavasti kasvaa (taulukko 12) ja kotihoidon järjestämisen kustannukset nousevat. Taulukossa 12 on ennakoitu kotihoidon peittävyyden supistuminen 12 % tasolle 75 vuotta täyttäneen väestön osalta. Taulukossa on arviolaskelma järjestämisen kustannuksista.

Taulukko 12: Kotihoidon peittävyyden ennakointi 75 vuotta täyttäneen väestön osalta ja palvelun järjestämisen kustannukset

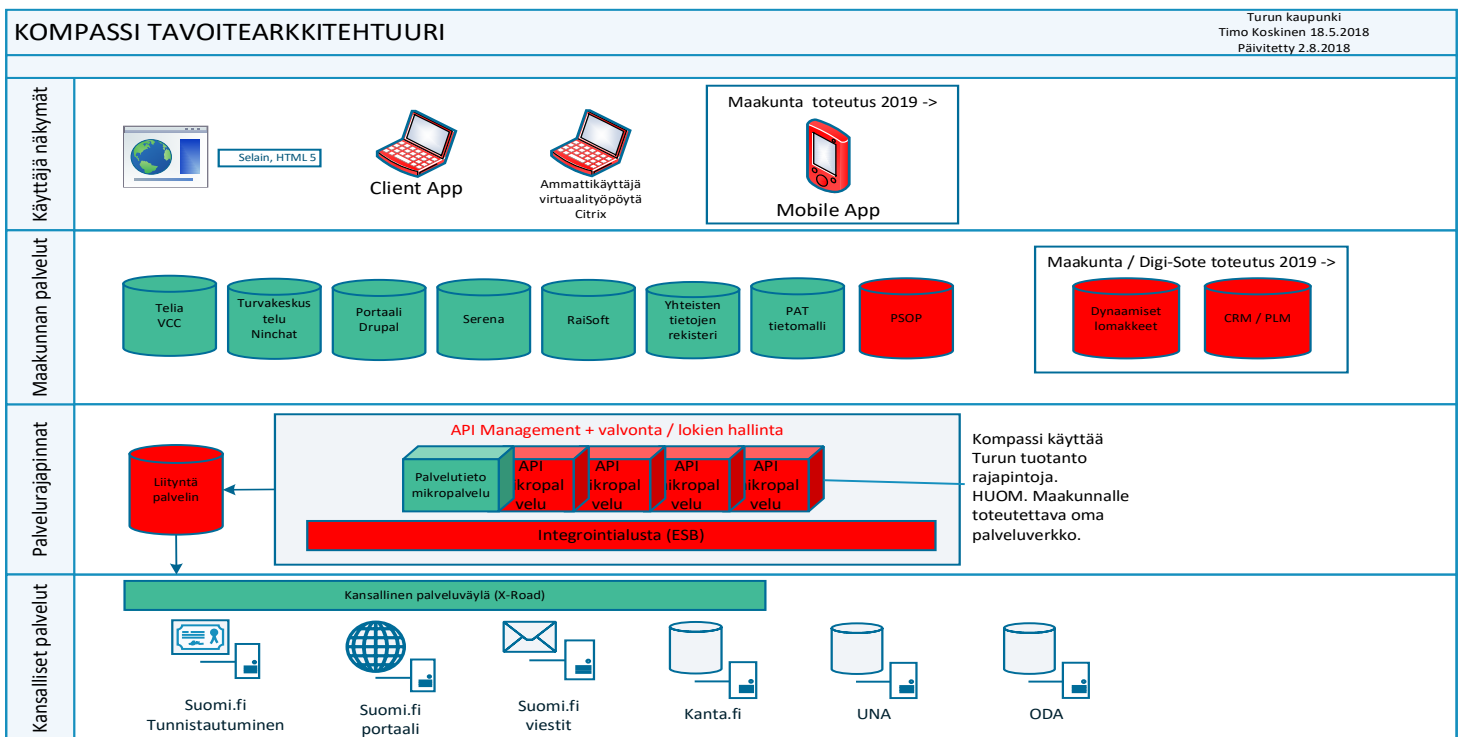
Vuosi	75+ vuotiaat	kotihoito lkm	kh %	Lisäys	11-25 t/kk	26-50 t/kk
2017	46 247	6692	14,5			
2020	50 910	7127	14	435	5 143 875	10 982 880
2021	53 888	7275	13,5	148	1 750 100	3 736 704
2022	56 945	7403	13	128	1 513 600	3 231 744
2023	59 788	7474	12,5	71	839 575	1 792 608
2024	62 279	7473	12	-1	- 11 825	- 25 248
2025	64 600	7752	12	279	3 299 175	7 044 192
2026	66 612	7993	12	241	2 849 825	6 084 768
2027	68 796	8256	12	263	3 109 975	6 640 224
2028	70 525	8463	12	207	2 447 775	5 226 336
2029	72 269	8672	12	209	2 471 425	5 276 832
2030	73 809	8857	12	185	2 187 625	4 670 880
					à 11 825 €	à 25 248 €

7 Kokonaisarkkitehtuuri

I&O kärkihankkeen kokonaisarkkitehtuurin tehtävänä on kuvata päätasolla toiminta (toimijat, palvelut), tiedot (keskeiset tiedot, tietovarannot), tietojärjestelmät ja tarvittavat kehitystoimenpiteet ja niiden eteneminen. Kokonaisarkkitehtuurissa keskitytään erityisesti digitaalisten palveluiden ja ratkaisujen kuvaamiseen. (Kokonaisarkkitehtuurin kuvaus)

KompPassi-hankkeen tavoitearkkitehtuurin kuvaus on kuviossa 11.

Kuvio 11: KompPassi-hankkeen tavoitearkkitehtuuri



Vihreä väri = toteutettu, käyttö kompassissa
Punainen väri = Maakunta toteuttaa 2019 ->

Varsinais-Suomen sote-uudistukseen liittyen on tarve yhtenäistää potilasjärjestelmiä ja kehittää tiedolla johtamista. Kehitteillä on "Sote jokaisen taskuun" mobiiliapplikaatio. Applikaatio kokoaa yhteen hajallaan olevat sähköiset palvelut ja siinä hyödynnetään moderneja työkaluja kuten chat ja videopuhelut ja jo kehitettyjä omahoidon mahdollisuuksia.



8 Ikäihmisten palvelujen kokonaisuuden viestintä väestölle

Ikäihmisten palvelujen kokonaisuuden viestintä väestölle suunnitellaan yksityiskohtaisemmin sen jälkeen kun suunnitelma on maakunnassa hyväksytty. Viestinnässä hyödynnetään sekä sähköisiä kanavia, lehdistöä että erilaisia kasvokkain toteutettavia tilaisuuksia.

Lähteet

Kokonaisarkkitehtuurin kuvaus - Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaiken ikäisten omaishoitoa – kärkihanke. STM 2018.

<https://www.innokyla.fi/documents/7721639/6e3acb1f-94c6-4933-b4a1-34591a521b6a>

KomPASSi hankkeen materiaalipankki

<https://kimpassa-allihopa.fi/sote/varsinais-suomen-maakunnallisia-sote-hankkeita/kompassi-varsinais-suomen-keskitetty-asiakas-ja-palveluohjaushanke/materiaalipankki/>

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017 – 2019. STM julkaisu 6/2017.

<https://stm.fi/julkaisu?pubid=URN:ISBN:978-952-00-3960-8>

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

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Murto J, Kaikkonen R, Pentala-Nikulainen O, Koskela T, Virtala E, Härkänen T, Koskenniemi T, Jussmäki T, Vartiainen E & Koskinen S. Aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus ATH:n perustulokset 2010-2016. Verkkojulkaisu: thl.fi/ath

<http://www.terveytemme.fi/ath/2013-2015/index.html>

Sosiaali- ja terveyspalvelut, Varsinais-Suomi, Asiantuntija-arvio, syksy 2018. THL Harjoitus 44/2018.

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137175/URN_ISBN_978-952-343-183-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sotkanet tilastotietokanta

<https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/index>

Tilastokeskuksen tietokannat

<https://www.stat.fi/til/index.html>

Varsinais-Suomen alueen hyvinvointikertomus 2018.

<https://kimpassa-allihopa.fi/assets/uploads/2018/05/Hyvinvointikertomus-Varsinais-Suomi-2018.pdf>

Varsinais-Suomen sote-uudistuksen järjestämisen käsikirja (julkaisematon materiaali).



sote- ja
maakuntaudistus
Varsinais-Suomi

STM 2016. Kärkihanke KEHITETÄÄN IKÄIHMISTEN KOTIHOITOA JA VAHVISTETAAN KAIKENIKÄISTEN OMAISHOITOA Hankesuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:41.

http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75191/STM_RAPORTTI.pdf?sequence=1