

Tavoitteena toimiva hoito kotona

*Geriatrian osaamiskeskuksen perustaminen
Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymään*

Koonnut Maiju Saha

Rannikko-Pohjanmaan
sosiaali- ja perusterveydenhuollon
kuntayhtymä
maaliskuu / 2015

SISÄLLYS	1
KUVIOLUETTELO	2
SAATESANAT	3
TIIVISTELMÄ	4
1. Johdanto	5
1.1. Suunnitelman tavoite ja tarkoitus	6
1.2. Ikäihmisten palvelujen kehittämisen kansalliset suuntaviivat	6
1.3. Palvelujen uudistaminen on mahdollista	8
2. Miksi alueelle tarvitaan geriatrian osaamiskeskus?	11
2.1. Ikääntyvien määrä kasva	11
2.2. Laitoshoito on kallista	14
2.3. Nykyjärjestelmä ei vastaa tarvetta	18
2.4. Moniammatillisuuden haaste	21
3. Geriatrian osaamiskeskus toimii ammattilaisten tukena	23
3.1. Geriatrian osaamiskeskuksen tehtävät	24
3.1.1. Primääripreventio – neuvontaa ja terveyden edistämistä	24
3.1.2. Sekundääripreventio – hoitoa ensisijaisesti kotona	26
3.1.3. Tertiääripreventio – tarkoituksenmukaista kuntoutusta	30
3.2. Ehdotus ikäihmisten palvelukokonaisuudeksi Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymässä	32
4. Työryhmän suositukset yhtymähallitukselle	35
LÄHTEET	37
LIITTEET	39

| KUVIOLUETTELO

KUVIO 1.	Väestöllinen huoltosuhde K5-kunnissa vuonna 2010 ja ennuste vuonna 2030	12
KUVIO 2.	75 vuotta täyttäneiden % -osuus väestöstä K5-alueella vuonna 2013 sekä ennuste vuonna 2030	12
KUVIO 3.	Suomalaisten ikäjakauma vuonna 2030	13
KUVIO 4.	Muistisairaiden määrä K5-alueella sekä ennuste muistisairaiden määrän kasvusta vuoteen 2040 mennessä	14
KUVIO 5.	Yli 75 täyttäneiden palvelujen käytön prosentuaalinen jakauma K5-alueen kunnissa vuonna 2013 kansallisiin tavoitetasoihin nähden	15
KUVIO 6.	Omaishoidon tukea saavien prosentuaalinen osuus 75 täyttäneiden keskuudessa vastaavanikäisestä väestöstä K5-alueen kunnissa vuonna 2013	16
KUVIO 7.	Sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset (euroa) Vaasan sairaanhoitopiirissä asukasta kohden vuosina 2008–2013	18
KUVIO 8.	Kotona asuvat 75 vuotta täyttäneet (%) vuosina 2011-2013	25
KUVIO 9.	Seniorineuvolan painopistealueet	26
KUVIO 10.	Ikäihmisten palvelukokonaisuus K5-alueella	34
TAULUKKO 1.	Kristiinankaupungin laitoshoidon ja kotihoidon kustannusprofiilit vuonna 2014 (Kristiinankaupungin tilinpäätös 2014)	17
TAULUKKO 2.	Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymän geriatrian osaamiskeskuksen työryhmän näkemyksiä nykyisen palvelujärjestelmän ongelmista ja rajoituksista asiakkaiden tarpeisiin nähden	20

| SAATESANAT

Ajatukset ikääntyneille suunnattujen palvelujen tehostamisesta ovat kauan olleet esillä Rannikko-Pohjanmaan sosiaali- ja perusterveydenhuollon kuntayhtymässä. Alueella ja erityisesti sen eteläosalla on merkittävä etumatka väestön keskimääräiseen ikääntymistähtiin nähden ja yhdessä heikkenevien työmarkkinoiden sekä laskujohteisten globaalien talousnäkymien kanssa olemme tilanteessa, jossa on välttämätöntä pohtia vaihtoehtoisia hyvinvointistrategioita, joilla vastata meitä tulevaisuudessa odottaviin, kasvaviin tarpeisiin. Myönteistä on kuitenkin se, että väestömme on Suomen mittakaavassa paitsi pitkäikäistä, myös keskimääräistä terveempää, mikä antaa toivoa hyvien ratkaisujen löytymisestä nyt ja tulevaisuudessa.

Gerontologinen ajattelu on, yllättävää kyllä, jäänyt myös kansallisella tasolla varjoon. Voidaankin todeta, että geriatriinen tutkimustyö on käynnistynyt kunnolla vasta viime vuosina ja tämän vuoksi suurin osa osaamisestamme perustuu siihen olettamukseen, että hyvät lääketieteelliset tulokset ja hoidot ovat enemmän tai vähemmän suoraan siirrettävissä myös ikääntyvää väestöä koskeviksi. Uutena kansantautina muistisairaudet ovat aina olleet olemassa, mutta pidentyneiden elinvuosien sekä valitettavasti tavallisimpien elintamosairauksiemme, diabeteksen ja verisuonitautien vuoksi, tulee erityishoitoa tarvitsevien iäkkäiden muistisairaiden määrä kasvamaan voimakkaasti. Nykyiset rakenteet saati taloudellinen tilanteemme eivät tule kestäämään tätä haastetta ilman laadun heikkenemistä.

Organisaation toimintaa kehitettäessä ja valmisteltaessa tuleviin muutoksiin, on erittäin tärkeää käydä arvokeskustelua. Liian usein on jouduttu huomaamaan, että priorisointeja ja muuttuvia hoivastrategioita koskevat keskustelut helposti tulehtuvat ja esiin nousee pelko siitä, että ikääntyvä menettää arvonsa ja koskemattomuutensa. Näin ei saisi käydä ja jatkossa tulisikin voida luottaa siihen, että sivistyksemme taso mitataan kyvyssämme huolehtia kaikista huono-osaisimmassa asemassa olevista, jotka eivät itse pysty puolustamaan etujaan.

Näistä lähtökohdista käsin olemme työryhmässämme pyrkineet määrittelemään ja strukturoimaan gerontologisen ja geriatriksen hoito- ja hoivasuunnitelman, joka olisi paitsi toimiva, myös taloudellisesti kestävä sekä perustuisi aidosti ja yksilöllisesti kohderyhmänsä tarpeisiin.

Peter Riddar

Työryhmän puheenjohtaja

| TIIVISTELMÄ

Ajatus geriatrinen palvelujen kehittämisestä on ollut esillä aina Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymän perustamisesta eli vuodesta 2008 lähtien. Maaliskuussa 2014 valmistui osaamiskeskuksen perustamista koskeva ensimmäinen suunnitelma, jonka yhtymähallitus hyväksyi kokouksessaan keväällä 2014. Suunnitelmassa (ks. lisää Strandman 2014) esitettiin perustelut keskuksen perustamiselle sekä annettiin yhdenlainen ehdotus keskuksen sisällöksi. Osaamiskeskuksen suunnittelun jatkamiseksi yhtymähallitus nimesi 22.5.2014 geriatrian osaamiskeskukselle oman työryhmän, joka aloitti työskentelynsä saman vuoden kesäkuussa. (ks. työryhmän jäsenet liitteestä 1).

Työryhmä on pyrkinyt vastaamaan sille asetettuun tehtävään laatia konkreettinen suunnitelma, jolla vanhustenhuollon tulevaisuuden haasteisiin vastataan kuntayhtymän alueella. Näitä haasteita ovat erityisesti ikääntyvien määrän voimakas kasvu, kuntien niukkenevat resurssit sekä tarve kehittää vanhushuollon laatua ja hoidon yksilöllisyyttä paremmin ikäihmisten tarpeita vastaaviksi. Erityishuomiota vaativat lisäksi muistisairauksien hoito sekä monen ikäihmisen kokemus yksinäisyys ja turvattomuus. Lääketieteellisen katsontakannan rinnalle tarvitaan käsitys ihmisestä henkisenä, fyysisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena.

Työskentelyn edetessä työryhmän yhteiseksi tavoitteeksi muotoutui kotiin vietävien palvelujen kehittäminen. Nykyjärjestelmän laitospainotteisuutta purettaessa resursseja tulee uusien työtapojen, palvelumallien sekä ikätekniikan muodossa kohdistaa kotihoitoon. Tämä vaatii ensisijaisesti asennemuutosta sekä kotihoidon profiilin nostamista. Tärkeässä asemassa on erityisesti kuntoutus, joka on pitkään ollut Suomessa alimitoitettua sekä vaikuttavuudeltaan heikosti seurattua. Kuntoutuksesta hyötyvät henkilöt tulee voida tunnistaa entistä paremmin.

Geriatrinen osaamiskeskuksen tehtävät sekä ehdotus K5-alueen ikäihmisten palvelukokonaisuudeksi on esitetty kuviossa 10 sivulla 32. Palvelukokonaisuudessa on kolme toimintalinjaa, joita ovat 1) ongelmien ennaltaehkäisy ja terveyden edistäminen, 2) havaittuihin ongelmiin vastaaminen ennen niiden pahentumista ensisijaisesti kotiin vietävillä palveluilla ja 3) tarkoituksenmukaisen kuntoutuksen järjestäminen työ- ja toimintakyvyn palauttamiseksi tai heikkenemisen hidastamiseksi. Jaottelun taustalla on pyrkimys ajoittaa palvelut asiakkaan kannalta oikea-aikaisesti, jotta kalliimpia erikoissairaanhoidon kustannuksia ei pääse syntymään ja ikäihminen saa tarpeisiinsa nähden riittävän avun.

Kappaleeseen neljä on koottu työryhmän suositukset yhtymähallitukselle, jotta kehitystyö saadaa alueella käynnistettyä ja ikääntyvien palvelut voidaan sote-uudistuksesta riippumatta turvata.

1. Johdanto

Megatrendit ovat kehityksen suuria globaaleja linjoja, jotka muuttavat yhteiskuntien rakenteita syvällisesti ja merkittävästi. Megatrendeilla on jo toteutuneen kehityksen perusteella tunnistettavissa oleva suunta ja niitä voidaan kuvata eksogeenisiksi, vääjäämättömiksi muutosvoimiksi, joilla on merkittäviä vaikutuksia kansalliseen ja kansainväliseen talous- ja yhteiskuntajärjestelmään (Hernesniemi 2001).

Väestön ikääntyminen on yksi globaaleista megatrendeista, joka vaikuttaa erityisesti väestölliseen huoltosuhteeseen. Tilastokeskuksen ennusteen mukaan 60 huollettavan raja suhteessa 100 työikäiseen ylittyy Suomessa vuonna 2017 ja 70 huollettavan raja vuoteen 2028 mennessä. Toisenlaisten arvioiden mukaan hoivan on puolestaan vuonna 2040 pystyttävä huolehtimaan jopa kaksinkertaisesta määrästä ikäihmisiä vuoden 2014 määrään nähden (Kinnula ym. 2014). Vanhuspalvelujen kysyntä lisääntyy siis väistämättä.

Kansainvälisesti mitattuna suomalainen vanhuspalvelujärjestelmä on erittäin laitospainotteinen. Tuoreen selvityksen mukaan (Kinnula ym. 2014) Suomi on OECD-maiden (34 maata) välillä tehdyssä vertailussa viidenneksi sairaalavaltaisin maa ylittäen selkeästi myös muiden Pohjoismaiden tason. Hoitopäiviä kertyy Suomessa noin 2000 tuhatta asukasta kohden, Ruotsissa 1000 pvää/1000 asukasta ja Norjassa 800 pvää/1000 asukasta kohden. Lisäksi suomalaiselle järjestelmälle on tyypillistä laitoshoidojaksojen pitkä kesto, joka monessa selvityksen vertailumaassa on rajoitettu 30 vuorokauteen. Suomessa keskimääräinen hoitoaika kaikilla potilailla vuonna 2010 oli 25 päivää, mutta 56 % kaikista hoitopäivistä kertyi yli 3 kuukautta hoidossa olleiden potilaiden hoitopäivistä (Rautiainen & Pelanteri 2012).

Sosiaali- ja terveysministeriön (2013) laskelmien mukaan nykyisen laitospainotteisen palvelurakenteen ylläpito tulee lisäämään pelkästään vanhustenhuollon kustannuksia noin 503 miljoonalla eurolla vuoteen 2017 mennessä (Kuusinen & Kauppinen 2013). Tämä on tehdyistä skenaarioista kallein vaihtoehto, sillä pitkäaikainen ympärivuorokautinen laitoshoido sitoo paljon henkilötöyövoimaa. Koska niukentuvilla tuloilla on jatkossa järjestettävä yhä suuremmalle joukolla hoivaa, on resurssien tarkoituksenmukainen kohdentaminen yksi sosiaali- ja terveydenhuollon haasteellisimmista kysymyksistä. Kalliista, potilaita passivoivasta laitoshoidosta on luovuttava, jotta voimavaroja voidaan suunnata muualle.

Väestön ikääntymisen megatrendissä on kustannusten kasvun lisäksi kyse myös isommasta yhteiskunnallisesta muutoksesta, joka koskee ikääntymiseen ja ikäihmisiin liittyviä asenteita ja arvomaailmoja. Vuonna 2013 julkaistun laatusuosituksen tavoitteena on *ikäystävällinen Suomi*, joka tarjoaa mahdollisuuden hyvään elämään ei vain ikäihmisille yhtenä suurena massana vaan arvokkaina yksilöinä omine tarpeineen. Laatusuositus korostaakin ikäihmisten osallisuutta ja

toimijuutta, jolla tarkoitetaan mm. ikäihmisten mahdollisuutta osallistua monimuotoisesti heitä itseään koskevaan päätöksentekoon. Tulevaisuuden entistä pidempään terveinä elävien Ikäihmisten hyvinvointia voidaan edelleen tukea parantamalla kotona asumisen edellytyksiä, panostamalla monisektoriaalisesti iäkkäiden toimintakykyä ylläpitäviin (lähi)palveluihin sekä huomioiden ikäihmisten palvelutarpeet sosiaali- ja terveydenhuollossa entistä yksilöllisemmin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013a.)

1.1. Suunnitelman tavoite ja tarkoitus

Tämän suunnitelmapaperin tarkoituksena on kuvata 1) miksi Rannikko-Pohjanmaan sosiaali- ja perusterveydenhuollon kuntayhtymän (myöhemmin K5-kuntayhtymä) alueelle tarvitaan geriatrian osaamiskeskus, 2) mitkä ovat osaamiskeskuksen tehtävät sekä 3) miltä ikäihmisten palvelukokonaisuus näyttää alueella geriatrisen osaamiskeskuksen perustamisen jälkeen.

Suunnitelman johdanto-osassa on lyhyesti kerrottu ikääntyvien palvelujen kehittämiseen vaikuttavista globaaleista sekä kansallisista taustamuuttujista, joiden vuoksi nykyistä sosiaali- ja perusterveydenhuoltojärjestelmää on uudistettava. Alaluvussa 1.2. on edelleen kuvattu ikäihmisten palveluja koskevat keskeisimmät kansalliset kehittämislinjaukset sekä raportin kirjoittamishetkellä tiedossa olevat Pohjanmaan alueella käynnissä olevat suunnitelmat. Kappaleessa 1.3. nostetaan lisäksi esiin hyviä kotimaisia sekä pohjoismaisia esimerkkejä uudenlaisista toimintamalleista, joiden avulla vanhustenhuoltoa on uudistettu menestyksekkäästi.

Pääluvussa kaksi esitetään perustelut geriatrian osaamiskeskuksen perustamiselle. Osiossa on kuvattu sekä kuntayhtymän alueen että Vaasan sairaanhoitopiirin nykytilannetta suhteessa koko maan tasoon eri indikaattorien valossa. Ikääntyvien määrällisen kasvun, niukkenevien taloudellisten resurssien sekä ammattilaisten yhteistyön lisäksi alaluvuissa on kuvattu työryhmän näkemyksiä nykyjärjestelmän ongelmista ja rajoituksista erityisesti asiakkaiden näkökulmasta.

Pääluvussa kolme kerrotaan geriatrian osaamiskeskuksen toimintamallista ja -periaatteista sekä kuvataan keskuksen tehtävät. Kappaleeseen 3.2. on koottu ehdotus kuntayhtymän ikäihmisten uudeksi palvelumalliksi. Pääluvun neljänteen kappaleeseen on tiivistetty raportin pääsisältö sekä visio siitä, miltä ikäihmisten palvelukokonaisuus näyttää K5-alueella geriatrian osaamiskeskuksen perustamisen jälkeen. Kappaleeseen neljä on lisäksi koottu työryhmän suositukset geriatrian osaamiskeskuksen suunnittelun jatkotyöstämiselle.

1.2. Ikäihmisten palvelujen kehittämisen kansalliset suuntaviivat

Nykyisen kustannuskehityksen hillitsemiseksi ja palvelujen tasa-arvoisen saatavuuden turvaamiseksi Suomessa on meneillään kaksi merkittävää reformia – nk. sote-uudistus sekä kunta- ja palvelurakenneuudistus. Uudistusten taustalla on ennen kaikkea halu turvata lähipalvelut mutta

myös sosiaali- ja terveydenhuollon mahdollisimman laaja integraatio siten, että perus- ja erikoispalvelu muodostavat ehjän palvelukokonaisuuden. Asiakkaan kannalta sote-uudistuksen lähtökohtana on palvelutarpeiden huomioiminen kokonaisuutena. (Sosiaali- ja terveysministeriö, nettisivut 26.6.2014)

Ikäihmisten palvelujen uudistamista linjaa tarkemmin heinäkuussa 2013 voimaan astuneessa *vanhuspalvelulaki*, jonka tarkoituksena on tukea ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista sekä parantaa ikääntyneen väestön mahdollisuutta osallistua elinoloihinsa vaikuttavien päätösten valmisteluun ja palvelujen kehittämiseen kunnissa. Uusi vanhuspalvelulaki velvoittaa kuntia mm. laatimaan valtuustokausittain suunnitelman, jossa ikäihmisten palvelutarpeet, palvelujen saatavuus ja keinot hyvinvoinnin ja toimintakyvyn tukemiseen on kuvattu yhdessä niiden toimenpiteiden ja voimavarojen kanssa, joita kunnan eri vastuutahot sitoutuvat tavoitekohtaisesti toteuttamaan. Lisäksi laki linjaa kotihoidon ensisijaiseksi palvelumuodoksi pitkäaikaiseen hoitoon sekä velvoittaa kuntia selvittämään kokonaisvaltaisesti ja viivyttelämättä ikäihmisen palvelutarpeet. Palvelutarpeen selvittämisen jälkeen asiakkaalle on lain mukaan laadittava henkilökohtainen palvelusuunnitelma sekä nimettävä oma vastuutyöntekijä. (28.12.2012/980.)

Ikäihmisten palvelujen kehittämistä ohjaa edelleen vuonna 2013 julkaistu *ikäihmisten palvelujen laatusuositus*, jonka laajoina tavoitteina on parantaa palvelujen asiakaslähtöisyyttä, laatua sekä laadun arviointia, edistää yhteistyötä eri toimijoiden kesken, tukea vanhuspalvelulain ja KASTE-kehittämishankkeen toimeenpanoa sekä tukea ikäystävällisten asenteiden vahvistumista ja kannustaa iäkkäitä osallistumaan ja vaikuttamaan myös palvelujen kehittämiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013).

Ikäihmisten palvelujen kehittämistä kuntayhtymän alueella viitoittaa Vaasan sairaanhoitopiirin kokoama *geriatrisen potilaan palveluketju*. Palveluketjulla tavoitellaan potilaan kannalta erityisesti ikääntyneen hoidon kokonaissuunnittelun ja koordinoinnin parantamista, oikea-aikaista kotiutusta, hoidon ja kuntoutuksen suunnittelua ikäihmisen yksilöllisistä tarpeista käsin sekä asiakkaan että tämän lähipiirin osallisuuden lisäämistä ikääntyvien omien voimavarojen tukemiseksi ja aktivoimiseksi. Henkilöstön kannalta hoitoketju nostaa esiin gerontologisen ja geriatrisen osaamisen vahvistamisen alueella. Koko järjestelmän kannalta erityisesti rajapintakäytäntöiden ja tiedonkulun sujuvuus, hoidon oikea porrastus sekä hoidon perustaminen parhaaseen saatavilla olevaan tietoon ovat työn keskiössä. (Vaasan sairaanhoitopiiri 2013.)

Geriatrisen potilaan hoitoketjun lisäksi Vaasan sairaanhoitopiiri ja Vaasan kaupunki ovat Nordic Healthcare Groupin tukemana käynnistäneet selvitystyön koskien geriatrisen kuntoutuksen järjestämistä Vaasan seudulla. Selvitystyön tavoitteena on ollut laatia konseptit kuntoutus- ja

akuuttivuodeosastotoiminnalle sekä geriatriselle poliklinikalle. NHG:n esityksen (2014) mukaan geriatrisella poliklinikalla on tulevaisuudessa neljä päätehtävää, joita ovat 1) alueen lääkäreiden ja hoitajien konsultointi 2) geriatriseen osaamiseen liittyvä koulutus, 3) kehitystyö sekä 4) kriteerien, hoitokäytäntöjen ja prosessien yhdenmukaistamiseen liittyvä koordinointi alueella. Lisäksi geriatrian poliklinikka vastaisi erityisosaamista vaativien, ”vaikeiden” potilaiden hoidosta. Keskeinen lähipalvelu sekä kotihoidon tukiyksiköt säilyisivät esityksen mukaan alueilla, joista K5-kuntayhtymä on yksi viidestä. Lisäksi joka alueelle esitetään perustettavaksi arviointiyksikkö, joka tarjoaa arviointijaksoja sekä intervallihoitoa fyysisesti lähellä kotihoitoa.

Tiivistäen voidaan todeta, että ikäihmisten palvelujen kehittämiskokonaisuudessa keskeisintä on, että:

- ✓ ikäihmiset mielletään yhteiskunnan tasa-arvoisiksi jäseniksi ja heitä kuullaan
- ✓ julkiset palvelut vastaavat ikääntyvien tarpeisiin yksilöllisemmin
- ✓ ikääntyvien kotona asumista tuetaan monimuotoisesti
- ✓ kuntoutukselle annetaan suurempi merkitys palvelurakenteessa
- ✓ ikääntyvien parissa työskentelevillä on riittävä gerontologinen ja geriatrinen osaaminen

1.3. Palvelujen uudistaminen on mahdollista

Vanhoista toimintamalleista luopuminen edellyttää hallintokulttuurin muutosta, joka ei toteudu ilman tekoja. Seuraavassa on joitakin kansainvälisiä että kansallisia esimerkkejä ikäihmisille suunnattujen palvelujen uudelleen organisoimisesta ja kehittämisestä asiakaslähtöisesti.

Kunskapscentrum för geriatrik Region Skåne, Sverige

- Perustettu vuonna 2008 Skånen yliopistosairaalan toimesta
- Vanhusten hoidon eri ammattialojen asiantuntijoiden tutkijoiden muodostama keskus
- Tehtävänä lisätä ikäihmisiä koskevaa tietoa sekä ammattilaisille että laajalle yleisölle
- Kuvaa ja seuraa resursseja alueella sekä kehittää ja seuraa geriatrisen laaturekisterin tuloksia. Ylläpitää ”osaamispankkia” (kunskapsbank)
- Toimii myös koulutusten ja seminaarien järjestäjänä sekä pyrkii vaikuttamaan opetuksen sisältöihin, tekee tutkimusta
- Luo verkostoja ja edistää geriatrasta hoitoa Skånessa

(Lähde: Skånen yliopistosairaalan verkkosivut, geriatrian osaamiskeskuksen toimintakertomus v. 2012)

Følge-hjem -tiimi

Hvidorven sairaala, Tanska

- Følge-hjem Teamit eli kotiutustiimit perustettu v. 2011
- Tehtävänä on turvata potilaan kotiutuminen silloin, kun potilas tarvitsee kotiutumiseen tukea, tavoitteena nopea kotiutuminen sairaalasta. Tekee kotiin tarkistuskäynnin 24 h potilaan kotiutumisesta
- Tiimissä on sairaanhoitajia sekä fysio/toimintaterapeutteja, ja kuka vaan voi ottaa yhteyttä, myös omaiset tai potilas itse. Tulee myös kotiin arvioimaan potilaita, joilla on kotona selviytymiseen liittyviä ongelmia. Arvioi mm. apuvälineiden tarpeen. Tekee yhteistyötä kotihoidon kanssa, tarkistaa ja neuvoo lääkityksessä
- Tekee kotona tarkistuskäynnin 24 h potilaan kotiutumisesta

(Lähde: Vanhusten hyvinvointia edistävät palvelut Tanskassa, FCG:n Koulutus Oyn opintomatka 12–14.5.2014)

Geriatrinen poliklinikka

Turun kaupunki

- Toiminut toukokuusta 2013 lähtien osana Turun kaupunginsairaala
- Tarkoitettu heikkokuntoisille vanhuksille, lähete terveystieteiden lääkäriltä tai hoitajalta, kotisairaanhoidosta tai ambulanssin ensihoitajalta, auki klo. 8.00–20.00
- Potilaan tilan kokonaisvaltainen arviointi, yhtämittainen kesto 4–6 h
- Tiimissä geriatri, sairaanhoitaja, farmaseutti, fysioterapeutti ja kotiutushoitaja sekä tarvittaessa psykiatrinen erikoissairaanhoitaja tai sosiaalityöntekijä
- Asiakkaan terveydentilan, lääkityksen sekä asumismuodon selvittäminen, mahd. tukitoimien määrittely kotona asumisen tukemiseksi
- Kokeilun aikana yli 75-vuotiaiden päivystyskäyntien määrä Turussa vähentyi n. 10 %. Terveysasemien akuuttiaikoja käytetty n. 1000 käyntiä vähemmän kuin edellisvuonna samaan aikaan

(Lähde: Akuutti, julkaistu 30.4.2014)

Kotikuntoutus

Tampereen kaupunki

- Käynnistetty helmikuussa 2014 – kotikuntoutuksella mahdollistetaan ikäihmisen kuntoutuminen ja toimintakyvyn edistäminen kotiympäristössä
- Alkuvaiheessa suunnattu ensisijaisesti kotihoidon ja omaishoidon tuen piirissä oleville asiakkaille, perustuu kuntoutussuunnitelmaan
- Liikunnallinen kuntoutuminen yhdistetään kiireettömään yhdessäoloon ja viriketoimintaan. Kuntoutus on osana asiakkaan arjen askareita vahvistaen omatoimisuutta ja itsenäisyyttä. Kuntoutusjakson kesto on muutamista viikoista kolmeen kuukauteen, ei tarvita lähetettä

- Kodin turvallisuus ja apuvälinetarve huomioidaan, kodin lähiympäristössä liikkumista harjoitellaan käytännössä. Työntekijä on taustalla, ohjaa ja tukee aktiivista kuntoutujaa
- Kaupungin kotikuntoutuksessa työskentelee fysioterapeutteja, toimintaterapeutteja sekä lähihoitajia (yht 14). Kotikuntoutus on osa geriatrian poliklinikkaa

(Lähde: Tampereen kaupungin verkkosivut, julkaistu 2.4.2014)

Kotitori

Tampereen kaupunki

- Asiakkaan palvelutarpeen arviointi, tehdään alustavasti puhelimitse, Kotitorin palvelupisteessä tai asiakasohjaajan kotikäynnillä. Toiminta perustuu asiakkaan kuulemiseen, ratkaisukeskeiseen toimintatapaan ja asiakkaan omiin toiveisiin ja tavoitteisiin
- Päätetään yhdessä asiakkaan kanssa palvelutarpeista sekä suunnitellaan parhaat vaihtoehdot julkiset, yksityiset ja yhdistysten ja vapaaehtoistoimijoiden valikoimista
- Annetaan tietoa asioista, jotka tukevat kotona asumista, lisäksi neuvotaan ja autetetaan myös lomakkeiden ja hakemusten täyttämässä
- Myös omaisten neuvonta

(Lähde: www.tampereenkotitori.fi)

Vapaaehtoistoiminnan keskus LIISA

Porin kaupunki

- Vapaaehtoistoiminnan keskus Liisa on paikka kaikille niille, jotka haluavat olla mukana vapaaehtoistoiminnassa
- Liisasta voit saada tarvittaessa yksittäistä apua tai ystävän/tukihenkilön
- Toimii kohtaamispaikkana, jossa voi myös osallistua monenlaiseen toimintaan tai tulla itse järjestämään tai kehittämään uudenlaista toimintaa
- Liisassa koulutetaan vapaaehtoistyöntekijöitä (ks. vapaaehtoistyö)
- Ikäihmisille toiminnassa puhelinpalvelu, jossa vapaaehtoiset soittavat ikäihmisille aamuisin ja kysyvät vointia

2. Miksi alueelle tarvitaan geriatrian osaamiskeskus?

Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymä on viiden (Kaskinen, Korsnäs, Maalahti, Närpiö ja Kristiinankaupunki) ruotsinkielisellä Länsi-rannikolla sijaitsevan kunnan muodostama kuntayhtymä, jonka alueella asuu yhteensä lähes 26 000 asukasta. Väestö on keskittynyt muutamiin keskustaajamiin, joiden lisäksi alueella on paljon haja-asutusta sekä saaristoa. Koska kuntayhtymän nykyiset vanhustalut on kuvattu yksikkökohtaisesti vuonna 2013 valmistuneessa *Arvoa arjessa* (2013–2016) -vanhustenhuollon strategiassa (Guldén 2013), on tähän dokumenttiin poimittu yhteenvedomaisesti vain muutamia taustatietoja ja tilastoja, jotka selkeimmin kuvaavat alueen palvelurakenteen muutostarpeita sekä tulevaisuuden haasteita.

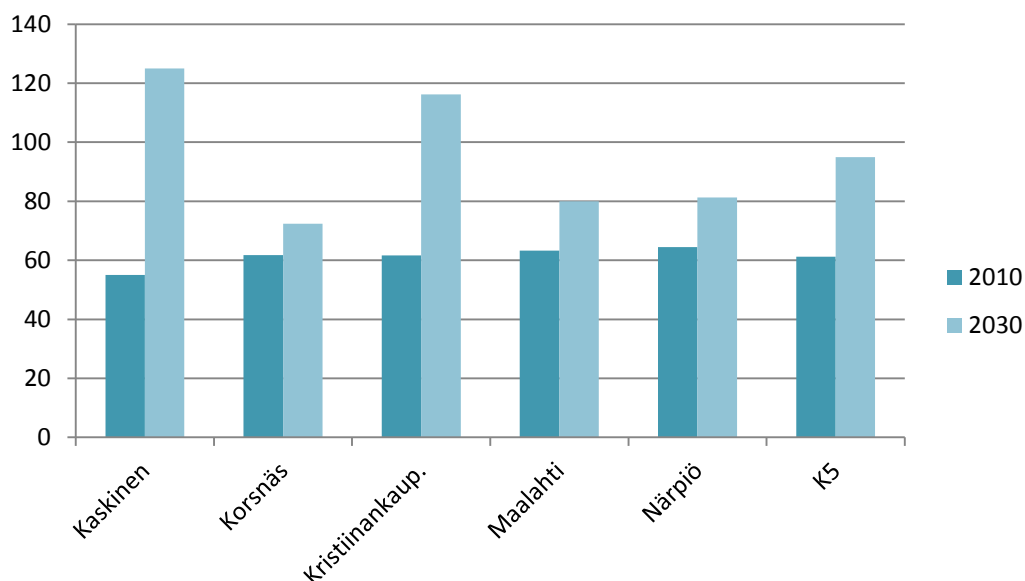
2.1. Ikääntyvien määrä kasvaa

Kuntien lakisääteisten tehtävien määrä on kaksinkertaistunut vuodesta 1990. Nykyisistä kuntien tehtävistä ja velvoitteista ylivoimaisesti suurin osa kuuluu sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalaan. Hallituksen tämän hetkisenä tavoitteena onkin karsia kuntien tehtäviä jopa miljardilla eurolla. Tätä taustaa sekä kuntien lähes rakenteellista alijäämää vasten voidaankin kysyä, miten perusteltua on suunnitella uudenlaisen Geriatrian osaamiskeskuksien perustamista alueelle?

Geriatrian osaamiskeskuksen suunnittelu ei perustu tarpeeseen saada alueelle iäkästä käyttäjäkuntaa palveleva uusi erikoisyksikkö. Nykykehityksen valossa uusien toimintojen sijasta tulee ensisijaisesti tarkastella jo olemassa olevia palveluja ja pohtia, miten niitä voitaisiin kehittää toimivimmiksi. Samalla on pidettävä mielessä tulevaisuuden asettamat haasteet, kuten ikäihmisten määrän lisääntyminen. Pystytäänkö nykyistä toimintaa tehostamalla ja uudelleen organisoimalla vastata myös tuleviin haasteisiin?

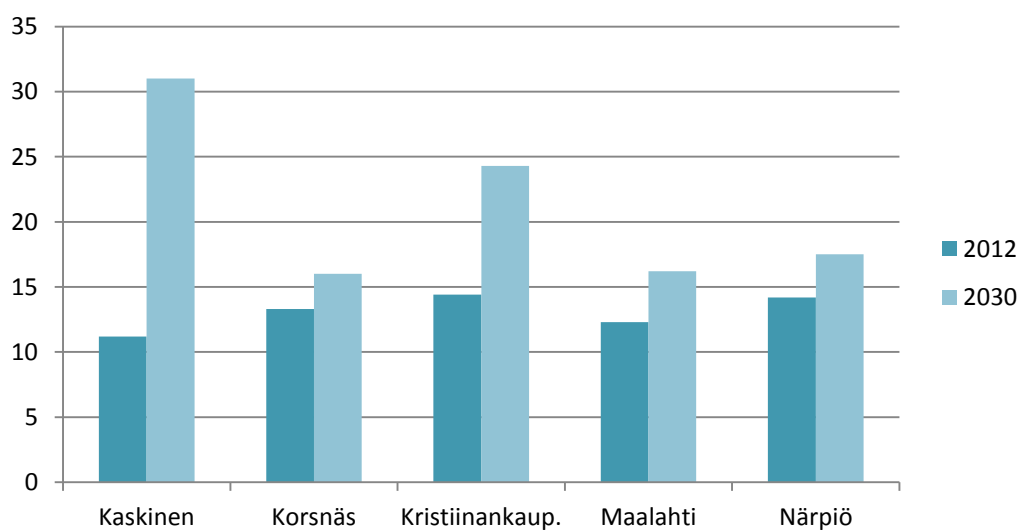
Pohjanmaan väestö ikääntyy koko maan tasoon verrattuna keskimääräistä nopeammin. Demografinen huoltosuhde kuvaa, kuinka monta alle 15-vuotiasta ja 65 vuotta täyttänyttä on sataa työikäistä kohti. Mitä korkeampi luku on, sitä enemmän huollettavia on työikäisiin nähden. K5-alueella huoltosuhde on ollut tasaisessa kasvussa ja esimerkiksi vuonna 2010 se ylitti kaikissa kunnissa koko maan keskitason (51,6). Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan huoltosuhde kasvaa vuoteen 2030 mennessä erittäin dramaattisesti, sillä huollettavien määrä jopa ylittää työssäkäyvien lukumäärän Kaskisissa ja Kristiinankaupungissa (kuvio 1). Tiivistäen voidaan todeta, että lasten ja nuorten osuus väestörakenteesta ei koskaan ole ollut yhtä alhainen kuin mitä se tulevaisuudessa tulee olemaan. Luvut perustuvat tilastokeskuksen väestöennusteeseen.

| KUVIO 1. Väestöllinen huoltosuhde K5-kunnissa vuonna 2010 ja ennuste vuonna 2030 (Sotkanet).



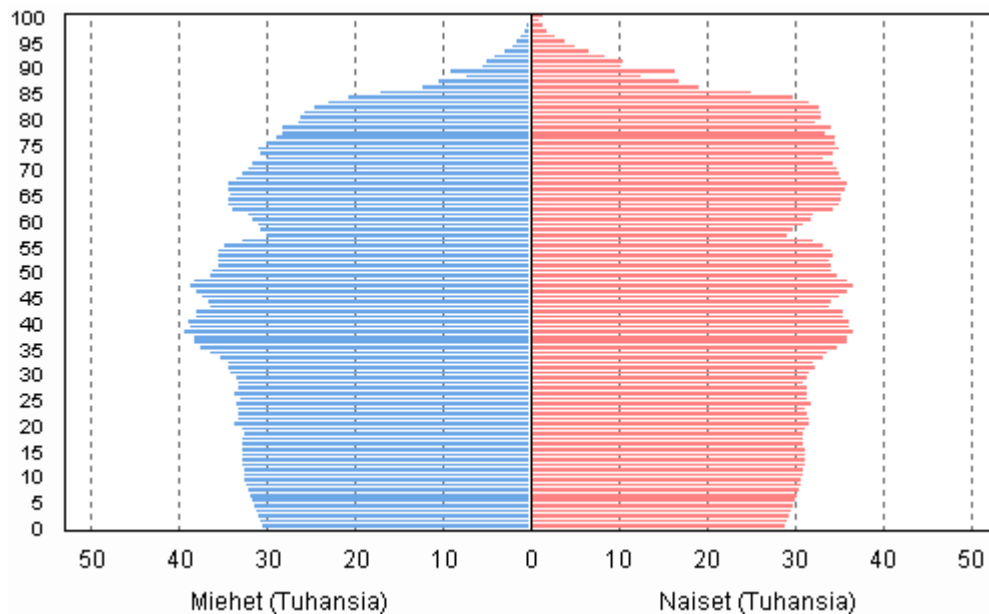
Myös yli 75 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä on Rannikko-Pohjanmaalla noin 3 % muuta maata korkeampi (kuvio 2). 65–74 -vuotiaiden ja 85 vuotta täyttäneiden prosentuaalinen väestöosuus kasvu onkin tyypillistä koko Pohjanmaalle (Turunen 2013). Kuviossa on nähtävissä yli 75 vuotta täyttäneiden prosentuaalinen osuus koko väestöstä K5-alueen kunnissa sekä ennuste vuoteen 2030. Ikääntyvien osuus väestöstä kasvaa ennusteen mukaan voimakkaasti erityisesti Kaskisissa sekä Kristiinankaupungissa.

| KUVIO 2. 75 vuotta täyttäneiden % -osuus väestöstä K5-alueella vuonna 2013 sekä ennuste vuonna 2030 (Sotkanet).



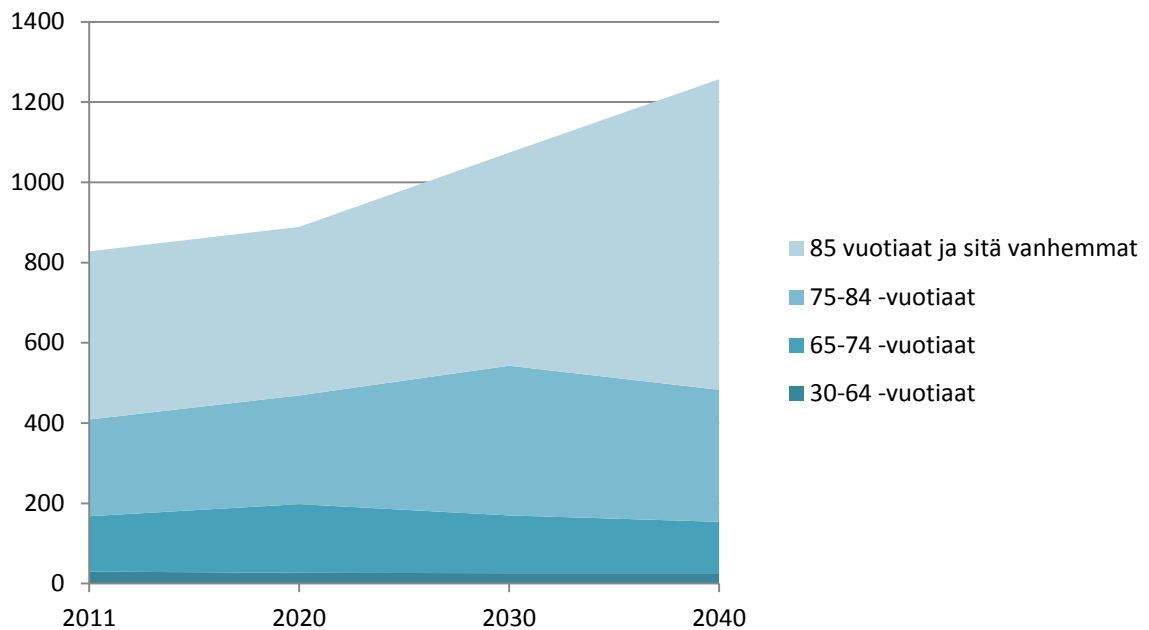
Tilastokeskuksen ennuste (kuvio 3) suomalaisten ikäjakaumasta vuonna 2030 havainnollistaa tulevaa ikärakenteen muutosta hyvin. NHG:n (2014) arvion mukaan ikäihmisiä (75 v. ja yli) on vuoteen 2030 mennessä Vaasan sairaanhoitopiirissä yli 25 000 eli 14 % koko väestöstä. K5-alueella ikäihmisiä on tämän ennusteen mukaan noin 5 000 vuonna 2030 (NHG 2014).

| KUVIO 3. Suomalaisen ikäjakauma vuonna 2030 (Tilastokeskuksen ennuste).



Samassa tahdissa ikääntyneiden lukumäärän kanssa kasvaa myös hoidettavien muistisairauksien määrä. Muistisairauksien määrään on arvioitu voimakasta kasvua jo seuraavan viiden vuoden aikajanaalla (kuvio 4.) Lisäksi WHO:n tutkimusten perusteella on arvioitu, että noin 15 % kaikista yli 60 vuotta täyttäneistä aikuisista kärsii mielenterveysongelmista, mikä tietää kasvavaa kysyntää myös näille palveluille tulevaisuudessa. Myös ikäikäihmistien alkoholiongelmien ovat viime vuosina lisääntyneet (Viljanen 2010).

| KUVIO 4. Muistisairaiden määrä K5-alueella sekä ennuste muistisairaiden määrän kasvusta vuoteen 2040 mennessä (Sotkanet).



Kuntayhtymän väestö siis ikääntyy. Mutta onko se sellaisenaan riittävä peruste uuden toiminnan perustamiselle? Yksi tapa vastata kysymykseen on selvittää, miten vanhushpalveluja tuottava nykyjärjestelmä toimii ja mitä sen ylläpito maksaa.

2.2. Laitoshoidon on kallista

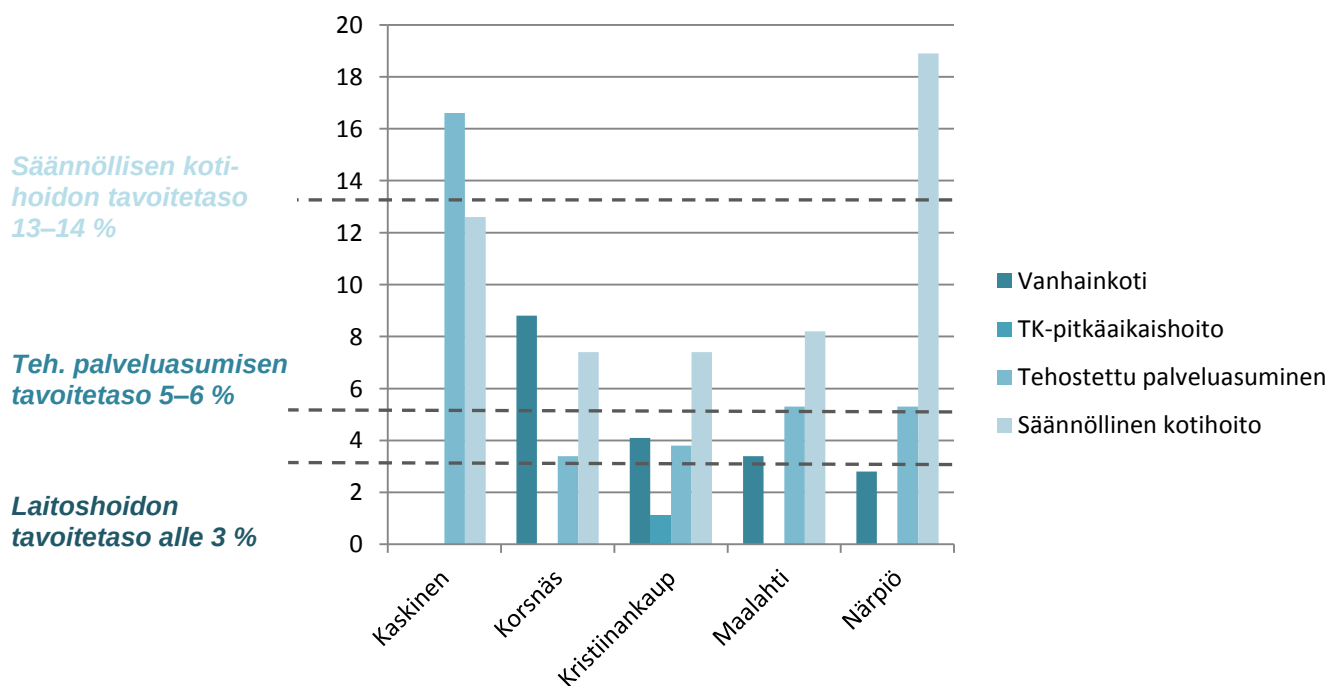
Suomen valtiontaloutta on paikattu lainarahalla useampi vuosikymmen sillä seurauksella, että valtionvelan on valtioneuvoston mukaan arvioitu vuoden 2014 lopulla nousevan noin 100 miljardiin euroon. Tämä on noin 49 prosenttia koko bruttokansantuotteesta. Kuntien lainat olivat vuonna 2014 reilut 16 miljardia euroa. Huolestuttavinta kehityksessä on, että kasvava velka siirtyy taakkana nuorille ja tuleville sukupolville, joita on tulevaisuudessa yhä vähemmän huollettavien määrään suhteutettuna.

Kuntaliiton (2014) sote-kustannusvertailun mukaan terveydenhuollon kustannukset ovat olleet kasvussa kolmen vuoden pysähdyksen jälkeen. Jo nyt on nähtävissä, että väestön ikääntyminen ja siihen osaltaan liittyvä lääkekustannusten kasvu kasvattavat menoja. Kuntaliiton arvion mukaan esimerkiksi uusi vanhushpalvelulaki lisäsi viime vuonna kuntien menoja yli 60 miljoonalla eurolla. Ja kuten edellä jo todettiin, on STM arvioinut nykyisen laitospainotteisen palvelurakenteen ylläpidon tulevan lisäämään pelkästään kuntien vanhustenhuollon kustannuksia noin 503 miljoonalla eurolla vuoteen 2017 mennessä (Kuusinen & Kauppinen 2013).

Myös suomalaisen vanhustenhuollon laitospainotteisuus on todettu jo edellä ja sama koskee myös koko Vaasan sairaanhoitopiiriä, jossa vanhainkodeissa ja pitkäaikaissuodestasolla asuvin osuus on sosiaali- ja terveysministeriön suositusta (3 %) korkeampi (NHG 2013). Valtakunnallisiin tavoitteisiin nähden palvelutuotanto on myös K5-alueella osin laitospainotteista. Tehostetun palveluasumisen piirissä tulisi suositusten mukaan olla noin 5–6 % ikäihmisistä. Palveluvaa'an tilastojen perusteella tavoitteeseen yltävät parhaiten Kaskinen ja Närpiö.

Säännöllistä kotihoitoa sai Suomessa vuonna 2013 12 % kaikista 75 vuotta täyttäneistä. Asiakasmäärä nousi edellisestä vuodesta 2,3 prosenttia. Säännöllisen kotihoidon asiakkaaksi määritellään kuuluvaksi ne, joille on toteutunut laskentakauden aikana kotisairaanhoidon ja/tai kotipalvelun käyntejä joko voimassa olevan palvelu- ja hoitosuunnitelman perusteella tai jotka muutoin ovat saaneet käyntejä säännöllisesti vähintään kerran viikossa. Kansallisen tavoitteen mukaan 13–14 % yli 75 vuotta täyttäneistä tulisi saada säännöllisesti kotihoitoa. Säännöllistä kotihoitoa saavien osuudessa on kaikilla kunnilla paitsi Närpiöllä parannettavaa (kuvio 5).

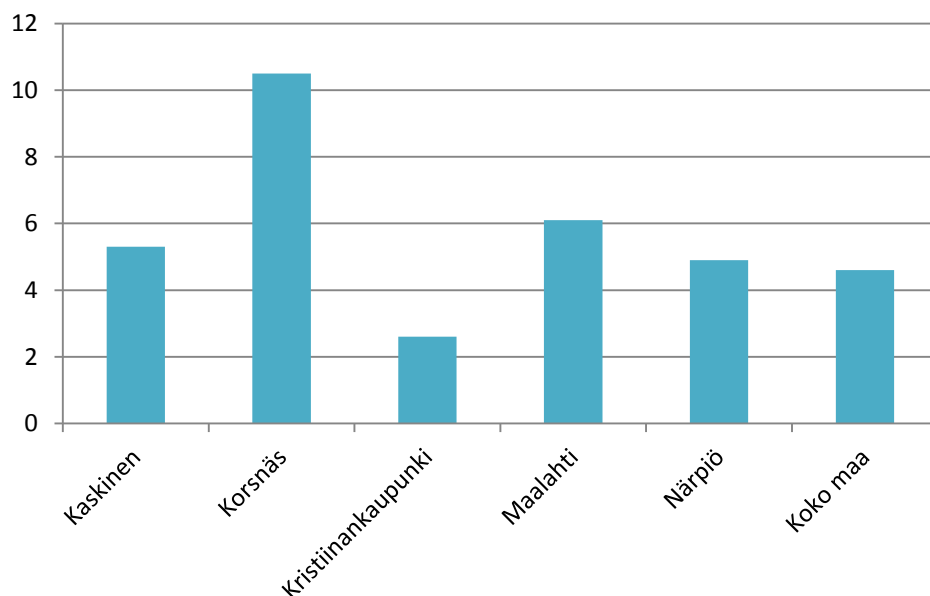
| KUVIO 5. Yli 75 täyttäneiden palvelujen käytön prosentuaalinen jakauma K5 alueen kunnissa vuonna 2013 suhteutettuna samanikäiseen väestöön sekä kansallisiin tavoitetasoihin nähden (Palveluvaaka).



Vaasan sairaanhoitopiirin sekä kuntayhtymän ympärivuorokautisen hoidon tarkemmat jakaumat ovat asumismuodoittain nähtävissä liitteestä 2.

Omaishoidon osalta K5-alueen kunnista vain Korsnäs ja Maalahti täyttävät selkeästi asetetut kansalliset tavoitteet (5–6 % saa omaishoidon tukea). Eniten kehitettävää omaishoidossa on Kristiinankaupungilla (kuvio 6.)

| KUVIO 6. Omaishoidon tukea saavien prosentuaalinen osuus 75 täyttäneiden keskuudessa vastaavanikäisestä väestöstä K5-alueen kunnissa vuonna 2013 (Palveluvuonna).



Kustannusten näkökulmasta tarkasteltuna laitoshoido on kalleinta mahdollisinta hoitoa. Terveyskeskusten pitkäaikaishoidon kustannukset ovat suuret erityisesti Maalahdessa ja Korsnäsissä, jotka käyttävät myös paljon erikoissairaanhoidon palveluja. K5-alueen kunnista vain Närpiössä suurin osa kustannuksista syntyy avohoidosta.

Laitos- ja avohoidon kustannusprofiilien vertailemiseksi tehtiin lyhyt analyysi Kristiinankaupungin vuoden 2014 tilinpäätösluvuista. Kotihoidossa tehtiin kyseisenä vuonna 62 430 asiakaskäyntiä yhteensä 197 asiakkaalle. Keskimääräinen vuosikustannus asiakasta kohden oli tällöin n. 8 600 euroa. Kristiinakodissa kertyi samana vuonna 16 322 hoitovuorokautta, mikä vastaa 44,7 vuodepaikkaa. Keskimääräinen vuosikustannus asiakasta kohden on tällöin noin 43 000 euroa. Mikäli vuosikustannukset lasketaan vuodeosaston hintaprofiilin mukaan, nousevat ne jopa 90 000 euroon yhtä asiakasta kohden vuodessa. Tiedot on koottu seuraavan sivun taulukkoon 1.

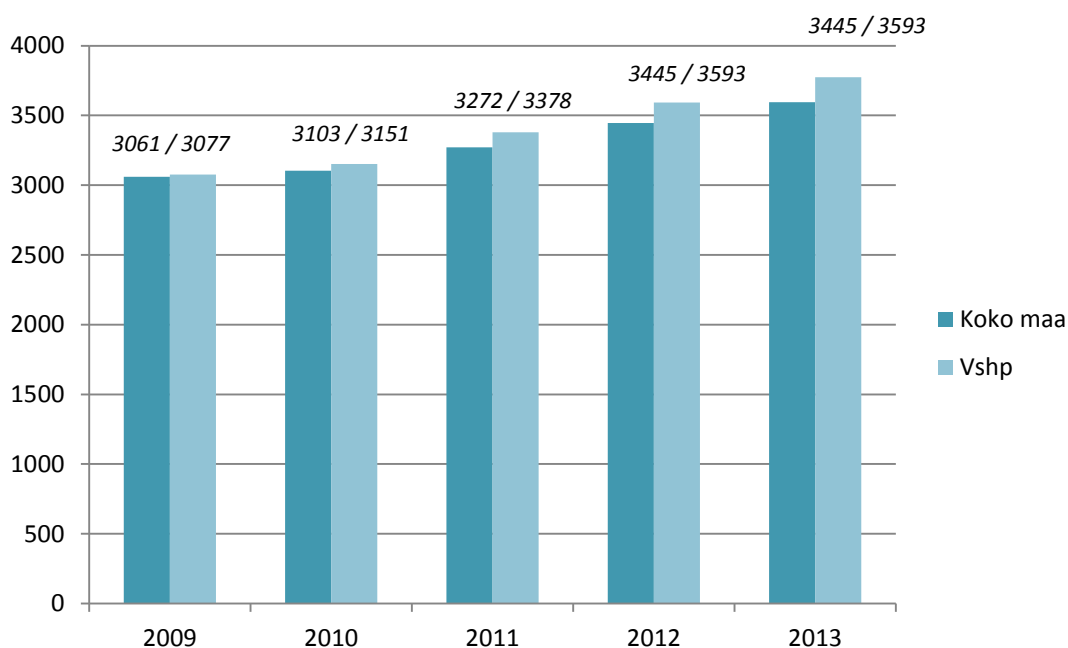
| TAULUKKO 1. Kristiinankaupungin laitoshoidon ja kotihoidon kustannusprofiilit vuonna 2014 (Kristiinankaupungin tilinpäätös 2014).

<i>Laitoshoido / Kristiinakoti</i>		<i>Kotihoito</i>	
Bruttokustannukset	1 900 000 €	Bruttokustannukset	1 975 000 €
Nettokustannukset	1 450 000 €	Nettokustannukset	1 700 000 €
Hoitovuorokaudet (44,7 asiakaspaikkaa)	16 322	Käyntimäärät (197 asiakasta)	62 430
Asiakaskohtaiset vuosikustannukset	43 000 €	Asiakaskohtaiset vuosikustannukset	8 600 €

Laitos- ja avohoidon palvelujen kustannusten vertaileminen ei ole täysin yksioikoista, mutta sitä voidaan pitää suuntaa-antavana. Mielenkiintoista olisi erityisesti selvittää, miten paljon laitoshoidossa parhaimmassa kunnossa olevien ikäihmisten vointi eroaa avohoidon kaikista heikompiikuntoisiin asiakkaisiin nähden? Eron tulisi olla merkittävä.

Koko Pohjanmaan kannalta on tilastojen ja tutkimustiedon valossa ristiriitaista, että maan keskitasoon nähden terveemmän pohjalaisen väestön hyvinvoinnista kertyy vuositason keskimääräistä enemmän kustannuksia asukasta kohti. Kuten kuviosta 7 on nähtävissä, tulisi maan keskimääräisen kustannustason saavuttamiseksi Vaasan sairaanhoitopiirissä toteuttaa noin 30 miljoonan euron säästöt, sillä vuonna 2013 sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset ylittyivät koko maan tasoon nähden noin 180 eurolla asukasta kohden (Sotkanet).

| KUVIO 7. Sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset (euroa) Vaasan sairaanhoitopiirissä asukasta kohden vuosina 2008–2013 (Sotkanet).



Yhteenvedona voidaan todeta, että nykyisen kaltainen laitospainotteinen hoivajärjestelmä on tulevaisuuden kannalta taloudellisesti kestävä. Uusien rakennusten rakentaminen nykyisessä laitospaikkasuhteessa tuskin on mahdollista, nykyistenkin tilojen rapistuessa peruskorjattaviksi. Tulevan kysynnän sekä kustannusten nousun vuoksi kotiin vietävä hoito näyttäytyykin entistä merkittävämmältä tavalta järjestää ikäihmisten hoiva.

2.3. Nykyjärjestelmä ei vastaa tarvetta

Kun puhutaan tarpeista, on ensin syytä selvittää kenen tarpeita sillä tarkoitetaan – järjestelmän, asiakkaan vai kenties omaisten? Kaupallisessa toimintaympäristössä on jo pitkään lähdetty siitä ajatuksesta, että yrityksen menestys määräytyy sen mukaan, miten hyvin se pystyy palvelemaan asiakkaitaan sekä vastaamaan heidän tarpeisiinsa. Myös julkiseen palvelutuotantoon vastaava ajatus on hiljalleen jalkautumassa. Ikääntyvien osalta ikääntyvien tarpeisiin on suomalaisessa keskustelussa suhtauduttu pitkään vähätellen näkökulman ollessa enemmänkin ikäihmisissä huollon ja hoivan kohteina kuin kuluttajina. Ikääntyvien merkitys kuluttajaryhmänä on kuitenkin kasvussa, sillä viidentoista vuoden päästä yli 65-vuotiaita on jo yli 25 % koko väestöstä. Lisäksi kyseessä on erittäin ostovoimainen joukko, jolla on vähemmän lainaa sekä muita menoja aiempiin sukupolviin verrattuna (Tuorila 2007).

Tuorilan (2007) mukaan ikääntyneiden kuluttajakäyttäytymiseen vaikuttavat erityisesti entistä nopeampi tiedonvälitys sekä informaation helppo saatavuus, jotka yhdessä lisäävät ikääntyvien

tietoisuutta omista oikeuksistaan ja roolistaan kuluttajina. Tulevaisuudessa ikäihmiset siis todennäköisesti ovat tietoisempia omista oikeuksistaan, osaavat vaatia tietynlaisia palveluja sekä antavat herkemmin palautetta. Todennäköistä on myös, että tulevaisuudessa ihmisten on otettava entistä enemmän vastuuta omasta hyvinvoinnistaan, koska hyvinvointiyhteiskunnan kantokyky on rajallinen. Tuorilan (2007) mukaan kansalaiset saadaan kantamaan vastuuta elämästään parhaiten silloin, kun valinnat perustuvat vapaaehtoisuuteen, osallisuuteen sekä vaikuttamismahdollisuuksiin. Mahdollisuus vaikuttaa omaan elämään omista tarpeista käsin tulee siis olla myös julkisen palvelutuotannon lähtökohtana.

Julkisen palvelutuotannon kohdalla kyseessä on suuri asennemuutos, sillä perinteisesti kukin sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijataho on määrittänyt asiakkaan tarpeet omista eriytyneistä lähtökohdistaan ja professioistaan käsin (Virtanen ym 2011). Sen tuloksena asiakkuusnäkökulma on sirpaloitunut ja fokus siirtynyt asiakkaan tarpeiden sijasta palvelujärjestelmän rakenteisiin ja sen kykyyn tuottaa eri toimintoja. Lopputuloksena on siilomainen ja järjestelmälähtöinen palvelutuotanto, joka ei pysty vastaamaan asiakkaidensa tarpeisiin tyydyttävällä tavalla. (Leväluoto & Kivisaari 2012).

Taulukkoon 2 on koottu esimerkkejä K5-alueen kotihoidossa esiintyvistä ongelmista, jotka ovat enemmän tai vähemmän tunnistettavissa kaikissa kuntayhtymän jäsenkunnissa. Taulukko perustuu työryhmän näkemyksiin. Tiivistettynä voidaan todeta, että nykyjärjestelmän resurssit kotihoidossa riittävät vastaamaan ennalta suunniteluihin, välttämättömistä tarpeisiin kuten ravinnon saantiin ja hygieniasta huolehtimiseen. Ongelmia syntyy äkillisissä tilanteissa, joissa tarvitaan lääkärikonsultaatiota tai lisäpalveluja asiakkaalle. Erityisen haastavia ovat viikonloppuisin, iltaisin sekä yöaikaan ilmenevät palvelutarpeet.

| TAULUKKO 2. Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymän geriatrian osaamiskeskuksen työryhmän näkemyksiä nykyisen palvelujärjestelmän ongelmista ja rajoituksista asiakkaiden tarpeisiin nähden.

Nykyjärjestelmän rajat ja rajoitukset	• riittämättömät taloudelliset resurssit • minimaalinen henkilöstömitoitus laadun kustannuksella • ”oikea asiakas oikeassa paikassa” - suunnittelu ei toteudu • liian vähän aikaa asiakkaille erityisesti sosiaalisessa mielessä • hoitopaikkaa ei pystytä myöntämään asiakkaan haluamasta paikasta • ei ole tarjota ergo- tai puheterapeutin palveluja ikäihmisille • pitkät välimatkat, hoitajien aikaa kuluu paljon liikkumiseen • sosiaali- ja terveydenhuollon väliset raja-aidat • ei mahdollisuutta palveluohjaukseen • huono lääkäritilanne • riippuvuus- tai/ ja mielenterveysongelmiin kärsivien asiakkaiden hoito haasteellista • katkokset palveluketjuissa • kriteerit palvelujen myöntämiselle epäselvät • kielelliset haasteet: suomi/ruotsi + muut • henkilöstön eläköityminen • epäpätevät sijaiset • monisairaat asiakkaat kotihoidossa • hoitajien työ yksinäistä ilman taustatukea • ei mahdollisuutta kuntouttaa asiakkaita ajan puutteen vuoksi • asiakkaan voimien seuraaminen laahaa jäljessä
Tarpeet, joihin ei pystytä vastaamaan	• äkilliseen hoidon tarpeeseen ei aina pystytä vastaamaan • yövuoron puuttumisen takia ei voida auttaa asiakkaita aikaisissa lähdöissä esim. eri toimenpiteisiin, ovat usein haasteellisia ikääntyneille • geriatrinen erikoisosaaminen puuttuu • asiakkaan äkillisten sairastumisten yhteydessä ei aina mahdollisuutta konsultoida lääkäreitä • ei pystytä tarjoamaan saattaja-apua tai ulkoiluapua • vanhanaikaiset työmenetelmät
Palvelu, joka parantaisi mahdollisuuksia vastata tarpeisiin	• RAI:n hyödyntäminen yksilöllisemmän hoidon turvaamiseksi • ikäihmisten palveluja koordinoiva taho, mukaan 3. sektori ja vanhusneuvosto • yksilölliset teknologiaratkaisut ikäihmisille, teknologiakoordinaattori • ikäihmisten perhehoitomalli • toiminta tulisi suunnitella kokonaan asiakkaan tarpeista käsin, ei etukäteen sovitun palvelurakenteen ehdoilla • kuntoutusohjaaja erityisesti muistisairauksien kuntouttamiseen • kolmannen sektorin ja koulujen tarjoama ystäväpalvelu yksinäisille ikäihmisille • fysioterapeutin ja ergoterapeutin palvelut

Myös asiakkaiden tarvitsemien palvelujen kirjo on laaja – eräs vanhuspalvelujohtajista toi erityisen haasteellisen esiin asiakasryhmät, joilla on lisätuen tarvetta muistihäiriön, päihdeongelman tai mielenterveysongelman takia. Kaiken kaikkiaan tarvetta on laajemmalle geriatriselle osaamiselle sekä siihen liittyville tukipalveluille kuten ergo- ja puheterapialle. Myös lääkäripalvelujen saatavuus ilta- ja yöaikaan on heikkoa.

Työryhmän vastauksista on havaittavissa myös kotipalvelutyöntekijöihin kohdistuva kuormitus. Välimatkat asiakkaiden luo ovat pitkiä, työ on yksinäistä ilman kunnollista taustatukea ja aika asiakaskäynneillä rajoitettua. Sosiaaliseen kanssakäymiseen ei ole riittävästi aikaa, vaikka monelle ikäihmisille kotipalvelun työntekijä on lähes ainut kontakti muihin ihmisiin. Kärjistettynä voidaan todeta, että asiakkaan tarpeiden sijasta nykyjärjestelmä kykenee tarjoamaan vain niitä palveluja, joita sillä on nykyrakenteiden valossa annettavissa. Myös palvelujen vaikuttavuuden seurannassa ja arvioinnissa todettiin työryhmässä kehittämisen varaa.

2.4. Moniammatillisuuden haaste

Asiakkaan hoidontarpeen määrittely edellyttää yhä useammin sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten moniammatillista yhteistyötä. Moniammatillisella yhteistyöllä tarkoitetaan sosiaali- ja terveysalalla ammattilaisten tiimipohjaista, asiakaslähtöistä ja yhteisöllistä tapaa tehdä työtä. Tarve yhteiselle eri ammattiryhmien väliselle tiedonkäsittelylle on lisääntynyt sitä mukaa, kun käsitys terveydestä kompleksisena ilmiönä on kasvanut. Kohdattavat ongelmat ovat yhä monimutkaisempia, ja ammattilaiset ovat niiden ratkaisemisessa entistä riippuvaisempia toisistaan. Myös tutkitun tiedon lisääntyminen ja asiantuntijoiden erikoistuminen aina vain suppeammille erityisalueille on saanut aikaan sen, että asiantuntemus on entisestään kaventunut ja pirstaloitunut yhä pienempiin osiin. Kun yhden yksilön osaaminen ei riitä, työn tekemiseen tarvitaan yhteistyötaitoja. Moniammatillisen yhteistyön tavoitteena onkin kohdata asiakas biopsykososiaalisena kokonaisuutena sekä tarjota dynaamista hoitoa, jossa huomioidaan joustavasti eri muutokset. (Nikander 2003, Isoherranen 2012).

Moniammatillisuutta pidetään yhtenä keskeisimpänä välineenä, jolla terveydenhuollon tämän hetken sekä tulevaisuuden haasteisiin voidaan vastata. Valitettavan monet kokemukset ovat jo näyttäneet, miten päällekkäisestä ja ristiriitaisuuksia sisältävästä työskentelystä on seurannut paitsi sekaannusta ja tehottomuutta, myös usein asiakkaan ”luukuttamista” ja väliinpuutoamista. Silti moniammatillisuuden tiellä on edelleen monia esteitä, joista luottamuksen puute on yksi keskeisimmistä. Ilman luottamusta ei synny vastavuoroisuutta tai avointa kommunikointia, jotka ovat yhteistyön ja moniammatillisuuden perusta. Monissa organisaatioissa vallitsee Isoherranen (2012) mukaan myös yksintyöskentelyn kulttuuri, johon tottuneet ammattilaiset voivat kokea moniammatillisuuden uhkana omalle ammatillisuudelleen. Moniammatillisuus saatetaan ikään kuin nähdä häiriönä, joka rikkoo vallitsevaa järjestystä.

Ammattilaisten välinen yhteistyö ei kuitenkaan ala toteutua vain tuomalla heidät yhteen. Monet rakenteelliset tekijät kuten erilaiset menettelytavat, eri syklit suunnittelussa ja budjeteissa sekä ajan riittämättömyys ovat tavallisia syitä, miksi moniammatillisuus ei toteudu. Lisäksi sosiaali- ja terveysalalla on huomioitava vastuukysymykset sekä potilastiedon jakamiseen ja riskien hal-

lintaan liittyvät kysymykset. Moniammatillisuus ei siten synny tyhjästä tai ilman minkäänlaista rakennetta. Tarvitaan organisaatioiden tasolla yhteistä näkemystä muutoksen tarpeellisuudesta. Lisäksi tarvitaan julkilausuttu yhteinen tavoite, jonka pyrkimyksenä on kehittää potilas/asiakaslähtöistä moniammatillista yhteistyötä. Tämä vaatii kuitenkin valmiutta ja rohkeutta uudistaa rakenteita ja toimintatapoja sekä jatkuvaa tukea sekä johtajuutta muutokselle (Isoherrasen 2012.)

Niukkenevat henkilöstöresurssit, yksittäisten henkilöiden osaamisen riittämättömyys sekä hoidettavien ongelmien monimutkaistuminen näkyvät jo nyt sosiaali- ja terveydenhuollossa. Ne ovat päteviä syitä miettiä osaamisen yhdistämistä myös ikäihmisten hoidossa. Isoherrasen (2012) tutkimuksessa havaittiin, että hyvin toimivassa, toimintaympäristöönsä soveltuvassa ja potilaslähtöisessä tiimissä kehittyi tukea, yhteenkuuluvuuden tunnetta, luottamusta ja vastavuoroisuutta kaikkien ammattilaisten kesken. Niissä sovittiin joustavat roolit ja vastuut sekä tiedonkokoamisen käytännöt ja prosessit. Tiimeille annettiin valtaa sekä mahdollisuus joustavasti yhdessä kehittää ja arvioida kokonaisvaltaista potilaslähtöistä toimintaansa. Geriatrian osaamiskeskuksen perustamista suunniteltaessa tulisikin keskittyä näihin yhteistyön tuomiin mahdollisuuksiin, joista merkittävimmät liittyvät osaamisen lisääntymiseen, ikäihmisten tarpeiden parempaan kohtaamiseen sekä parempaan viihtyvyyteen ja pysyvyyteen työssä.

3. Geriatrian osaamiskeskus toimii ammattilaisten tukena

Toimintakulttuurin muutos ei toteudu ilman ikääntyvien kohtaamiseen liittyvää asennemuutosta. Suomalaiselle vanhustenhuollolle on pitkään ollut ominaista biomedikaalinen vanhuskäsitys, jossa vanhuus nähdään sairautena, raihnaisuutena, tahdottomuutena, passiivisuutena sekä huoltorasitusta korostavana. Nämä käsitykset ovat luoneet leimansa myös palvelujärjestelmäämme, jolle on ollut tyypillistä sijoittaminen, makuuttaminen, säilöminen, ikäihmisten syrjäyttäminen sekä muunlainen alentava kohtelu. Vanhuutta ei ole ikään kuin tunnustettu normaaliksi ihmisen elämänkaaren vaiheeksi. (Strandman 2013.)

Sairauslähtöisen ajattelun rinnalle on sittemmin pyritty tuomaan enemmän voimavaralähtöistä ja positiivista terveyden ideaa korostavaa lähestymistapaa, sillä on havaittu, että hyvinvointia selittävät muutkin tekijät kuin ainoastaan sairauden puuttuminen. Terveyslähtöisyydellä eli *salutogeneesilla* tarkoitetaan ihmisen kykyä ymmärtää ja hallita elämän haasteita sekä löytää niistä mielekkyys – kyky selviytyä. Tämän selviytymiskyvyn eli koherenssin tunteen katsotaan ehkäisevän terveyttä kuormittavan pitkäkestoisen stressitilan syntyä ja siten sitä voidaan pitää yhtenä psykologisena terveyden selittäjänä.

Salutogeenisen ajattelutavan ottaminen sosiaali- ja terveydenhuoltoon edellyttää keskittymistä terveyden sekä muiden voimavarojen edistämiseen, sillä on havaittu, että hyvinkin sairaiden ja huonokuntoisten ihmisten on mahdollista parantaa elämäänsä erilaisilla mukautumismekanismeilla, kun huomio on ihmisen voimavaroissa. (Hokkanen 2007). Ikäihmisten osalta tämä tarkoittaa ikäihmisten elämäntilanteen entistä parempaa huomioimista erityisesti siltä kannalta, että heidän arkipäiväinen elämänsä koostuisi mielekkäistä asioista. (Eriksson & Häger 2012). Hokkasen tutkimuksessa ikäihmisten voimavarat liittyivät erityisesti psyykkiseen, henkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin, sosiaalisiin suhteisiin, toimiviin palveluihin, mielekkääseen tekemiseen sekä ympäristön ja taloudellisten mahdollisuuksien tuomiin voimavaroihin. Kaiken kaikkiaan voidaan todeta, että ihminen on psyykkinen, fyysinen ja henkinen kokonaisuus, jonka hyvinvointia ajateltaessa tulee huomioida kaikki nämä ominaisuudet.

Laajempi ikääntymiseen ja ikäihmisiin liittyvä asennemuutos ei käynnisty ilman yhteiskunnallisen arvokeskustelua, joten sen aika on viimeistään nyt. Arvonäkökulman tulisikin olla esillä paitsi politiikan eritasoilla, myös käytännön päätöksenteossa. Vanhoihin toimintamalleihin saadaan muutosta vain jos uudet toimintatavat perustuvat ikäihmisiä arvostavaan, osallistavaan ja heidän tarpeitaan huomioivaan ajattelumalliin.

Jotta julkinen palvelutuotanto pystyy kohdentamaan palvelut asiakkaan voimavaroihin ja tarpeisiin nähden oikein, on sillä oltava erilaisia toimintalinjoja, joilla ongelmiin puututaan niiden vaatimalla tavalla. Klassinen toimintalinjojen jako on erotella ne primääripreeventioon, sekun-

dääriprentioon sekä tertiääriprentioon. *Primääriprentio* on toimintaa ennen kuin taudin esiaste on alkanut kehittyä ja sillä pyritään vähentämään yksilön tai yhteisön alttiutta sairastua tautiin. Primääriprentiota voidaan toteuttaa varautumalla uhkaan jo ennen kuin vaaratekijä on läsnä, tästä esimerkkinä rokotustoiminta. Toinen primääriprention tärkeä keino on terveysneuvonta.

Sekundääriprentiolla pyritään puolestaan estämään sairauden pahenemista poistamalla riskitekijä tai pienentämällä sen vaikutusta. Sekundääriprentio liittyy käytännössä sairauden hoitoon, eikä se ole varsinaista sairauden ehkäisyä. Osana sekundääriprentiota voidaan myös toteuttaa seulontoja, joka kohdistuvat sairauden esiasteisiin ja eri riskitekijöihin. Tertiääriprentio on kolmas toimintalinja, jonka päämääränä on estää jo olemassa olevan sairauden ja sen aiheuttamien haittojen paheneminen. Tertiääriprentio liittyy käsitteellisesti kuntoutukseen, jossa pyritään palauttamaan työ- ja toimintakykyä tai ainakin hidastamaan niiden heikkenemistä.

Seuraavassa luvussa on kuvattu, miltä salutogeeninen ajattelutapa sekä kolme edellä mainittua toimintalinjaa ja niihin nivoutuvat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut näyttävät geriatrian osaamiskeskuksen toimintamallissa.

3.1. Geriatrian osaamiskeskuksen tehtävät

Terveydenhuollon erikoistuminen on jo vuosia kestänyt trendi, jossa samantyyppisen oirekuvan omaaville potilaille suunnitellaan yhtenäistettyä ja usein keskitettyä hoitoa. Mitä erikoistuneemmasta hoidosta ja sairaudenkuvasta on kyse, sitä suurempi väestöpohja hoidon organisoimiseksi tarvitaan. Sama koskee myös geriatriasta kuntoutusta, jonka järjestäminen erityisesti haja-asutusalueella vaatii kuntarajat ylittävää toiminnan keskittämistä.

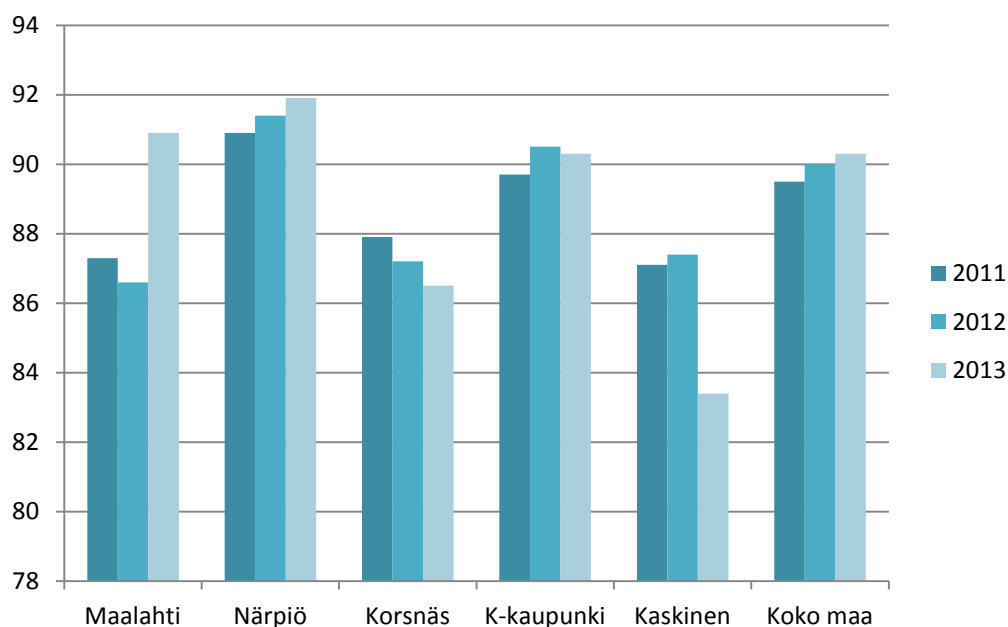
Vaasan kaupungin ja Vaasan keskussairaalan suunnitelmissa on keskittää vaativien ja erikoisosaamista tarvitsevien potilaiden hoito yhteen paikkaan, jonka puitteissa järjestetään vaativa kuntoutus sekä psykogeriatrinen että palliatiivinen hoito (NHG 2014). Näin ollen K5-alueen geriatrian osaamiskeskuksen toiminta-alueella olisivat erityisesti *perustason tehtävät* sekä haluttaessa myös vaativan kuntoutuksen järjestäminen alueella Geritrimin kanssa. Koska tavoitteena on hoitaa valtaosa ikäihmisistä heidän omassa kodissaan, on geriatrisen osaamiskeskuksen *pääpaino kotiin vietävässä hoidossa* sen eri osa-alueineen.

3.1.1. Primääriprentio – neuvontaa ja terveyden edistämistä

Sosiaali- ja terveysministeriön arvion mukaan noin 90 % ikäihmisistä asuu tällä hetkellä kotona itsenäisesti tai tuetusti eri palvelujen turvin. Tämä on myös *yleinen vanhuspoliittinen tavoite* tulevaisuudessa. K5-alueen kunnissa kotona asuvien yli 75-vuotiaiden määrä on hiljalleen kas-

vanut. Kansallisen tavoitteen täyttivät vuonna 2013 Maalahti, Närpiö ja Kristiinankaupunki (kuvio 8).

| KUVIO 8. Kotona asuvat 75 vuotta täyttäneet (%) vuosina 2011–2013 (Sotkanet).



K5-kunnissa on IkäKaste-hankkeen (2011–2013) puitteissa kehitetty Seniorineuvola-mallia, jonka pyrkimyksenä on tarjota ikääntyville kuntalaisille ja heidän omaisilleen oikea-aikaisesti tietoa ja tukea. Seniorineuvola on matalakynnyksinen lähipalvelu, joka on saavutettavissa paitsi viidessä eri palvelupisteestä, myös puhelimitse, verkosta sekä mobiilisti. Toiminta perustuu ikäihmisten osallisuuteen, itsemääräämisoikeuteen sekä vapaaehtoisuuteen ja se on luonteeltaan ennaltaehkäisevää ja monisektoriaalista. Palvelu pyrkii tavoittamaan erityisesti kotona asuvat eläkkeelle jääneet ikäihmiset ja tarjoamaan yksilöllistä apua heitä tai heidän omaisiaan askarruttaviin kysymyksiin. Seniorineuvolan tavoitteena on turvata hyvä ikääntyminen, edistää terveellisiä elämäntapoja, ehkäistä sairauksia, vähentää terveyseroja sekä tarjota turvaa ja kykyä itsenäiseen pärjäämiseen. Lisäksi seniorineuvola pyrkii puuttumaan varhaisessa vaiheessa erilaisiin ongelmiin. (Fagerström & Harf 2013.)

| KUVIO 9. Seniorineuvolan painopistealueet.



Seniorineuvola on kuntien toimintaa ja tärkein ikäihmisille suunnattu primääriprevention muoto K5-alueella. Sen kehittämistä tulee edelleen jatkaa jäsenkuntien ja geriatrian osaamiskeskusten yhteistyönä. Lisäksi tulevaisuudessa tulisi löytää lisää järjestöpohjaista toimintaa, jolla ehkäistään ikäihmisten kokemaa yksinäisyyttä. Geriatrian osaamiskeskus voi haluttaessa toimia aloitteellisena koollekutsujana sekä keskustelunavaajana.

OSAAMISKESKUKSEN TEHTÄVÄT Primääripreventio	→ Seniorineuvolan palvelujen jatkokehittäminen yhteistyössä kuntien kanssa → Vapaaehtoistoiminnan mahdollisuuksien kartoitus alueella
--	---

3.1.2. Sekundääripreventio – hoitoa ensisijaisesti kotona

Kun ikäihmisen voinnissa ja toimintakyvyssä huomataan muutoksia, lähdetään miettimään hoitoa sekä muita keinoja, joilla voidaan estää ongelmien paheneminen sekä toisaalta tapoja korvata mahdollinen toimintakyvyn menetys. Vanhuspalvelulakiin (14 §) on kirjattu *kotiin annettavien palvelujen ensisijaisuus*, jolloin kyseeseen tulevat erilaiset kotihoidon palvelut. Kotipalveluilla autetaan kotona asuvia ikäihmisiä päivittäisissä askareissa, joista selviytyminen on ikääntymiseen liittyvän toimintakyvyn heikkenemisen tai sairauden vuoksi vaikeutunut (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto 2013). Palvelu voi olla säännöllistä tai tilapäistä, mutta tavoite kummassakin on sama eli tukea ikäihmisen kotona asumista mahdollisimman pitkään. Kotipalveluihin kuuluu laajasti erilaisia tukipalveluja, joita ovat ateria-, vaatehoito-, kylvytys-, siivous-, kuljetus-, saattaja- sekä sosiaalista kanssakäymistä edistävät palvelut. Kotipalvelujen myöntäminen perustuu palvelutarpeen arvioinnille, joka on tehtävä 75 vuotta täyttäneille seitsemän arkipäivän sisällä ja kiireellisissä tapauksissa viipymättä. (Valvira 2012.)

Kuten primääriprevention kohdalla, myös sekundääripreventiossa kunnat ovat tärkein toimija. Kotihoidon kehittämiseen ei siten tarvita uusia rakenteita vaan lähestymistavan tulisi pikemminkin olla *toiminnallinen*. Työryhmä havaitsi K5-kuntien kotihoidon palveluissa vaihtelevuutta erityisesti yöpartioinnissa. Kotihoidon kehittämisen osalta geriatrian osaamiskeskuksen tärkein tehtävä on esittää uudenlaisia tapoja kotihoidon tehostamiseen ja tukea kuntia niiden toteuttamisessa. Lähtökohtana on tarjota yhdenmukaista palvelua kuntayhtymän ikäihmisille.

A-tiimi

A-tiimi on kattokäsite kotihoidon ympärivuorokautisten hoiva- ja hoitopalvelujen tehostamiselle. A-tiimin tavoitteena on lisätä kotiin vietävien palvelujen kirjoa siten, että niiden yöaikainen saatavuus paranisi, kotisairaanhoidon monipuolistuisi ja että osastohoidosta kotiin siirtyvä asiakas saisi kotiutumiseensa nykyistä enemmän tukea. Uusilla toiminnoilla halutaan paitsi suitsia kustannuksia, myös vähentää sitä inhimillisen kärsimyksen määrää, mikä syntyy turhista ambulanssikuljetuksista ja pallottelusta koti- ja osastohoidon välillä. A-tiimi on siten mitä suurimmassa määrin kunnallista toimintaa, johon voidaan tuoda yhteisiä sisältöjä geriatrisen osaamiskeskuksen tuella.

A-tiimi käsittää tällä hetkellä seuraavat kolme toimintoa, joita ovat yöpartio, kotisairaala sekä kotiuttamistiimi. *Yöpartion* tavoitteena on lisätä kotona asuvien ikäihmisten turvallisuuden tunnetta. Tämän ei tarvitse tarkoittaa pelkästään fyysisiä käyntejä asiakkaan luona vaan siihen voidaan liittää asiakkaan voinnin seuranta erilaisten teknologisten ratkaisujen avulla. *Kotisairaalan* osalta A-tiimillä on mahdollisuus vaativan lääketieteellisen hoidon tarjoamiseen hyvin toimivaan perushoivaan. Kotisairaalan toiminta ei rajoitu vain ikäihmisiin vaan kotisairaanhoidon voidaan tarjota myös osana palliatiivista hoitoa sekä esimerkiksi nuoremmille ikäryhmille, joilla on tarvetta esimerkiksi suonensisäiselle antibioottihoidolle.

Kotiuttamistiimissä on puolestaan kyse lyhytaikaisesta, lisäresurssein tehostetusta kotiutumisen tuesta, jota tarjotaan asiakkaalle tämän palatessa kotiin esimerkiksi sairaalajakson jälkeen. Kotiuttamistiimi mm. varmistaa, että ikäihminen pystyy hyödyntämään saamiaan apuvälineitä myös kotonaan, tarkistaa lääkityksen sekä ohjeistaa tarvittaessa kotihoitoa jatkotoimenpiteistä.

A-tiimin toiminta vaihtelee päivittäin ja sen resurssitarve on reaaliajassa arvioitava. Tiimissä on mukana sairaanhoitajia ja lähihoitajia, ja he ovat koulutettuja *toimimaan yhteistyössä kotihoidosta vastaavan etälääketieteellisen tuen kanssa*. A-tiimin haasteena on palvelun tasavertainen saavutettavuus koko kuntayhtymän alueella. Tämä edellyttääkin kiinteää kuntien välistä yhteistyötä, jolloin kriittiseksi kysymykseksi nousee ”raja-aitojen ylittämisen taito”.

Lääkäripalvelut

Geriatrian osaamiskeskuksen palvelumallissa kotihoidon lääkäripalvelut on keskitetty yhdelle toimijalle etälääketieteellisenä palveluna. Nykyisen palvelujärjestelmän heikkous on lääkäripalvelujen vaihteleva ja ajoittain heikko saatavuus. Virka-aikana kuntien omat, nimetyt vastuulääkärit (osa ostopalveluina) vastaavat kotihoidon lääkäripalveluista. Terveyskeskusten vastaanottoaikojen ulkopuolella lääkäripalveluja tarjoaa Vaasan yhteispäivystys. Alueella ei siten ole Kristiinankaupungin rajoitettua päivystystoimintaa lukuunottamatta omaa ilta-, yö- tai viikonloppupäivystystä eikä välitöntä konsultaatioapua ole tarjolla äkillisissä sairaustapauksissa. Tämä on järjestelmän ehdoton heikkous ja syy, miksi ambulanssikyyteihin ja erikoissairaanhoidon on turvauduttava erityisesti virka-aikojen ulkopuolella.

Vaasan kaupungin ja Vaasan keskussairaalan geriatrisen poliklinikan suunnittelussa on ajateltu, että jokaiselle yhteistoiminta-alueelle saadaan virkasuhteeseen oma geriatrian erikoislääkäri. Yleisen lääkäritilanteen ollessa edelleen heikko, on lääkäripalvelujen tuottamiseen nähtävissä K5-alueen osalta kaksi vaihtoehtoa: 1) geriatrian osaamiskeskukseen palkataan ikäihmisten palvelukokonaisuudesta vastaava yleislääkäri tai 2) palvelut hankitaan etälääketieteellisesti ostopalveluna. Ideaalitulanteessa nämä kaksi voitaisiin yhdistää siten, että yleislääkäri vastaa arkisista ns. juoksevista asioista ja etälääketieteellinen tuki täydentää ja tarjoaa apua erityisesti haastavammissa asiakastapauksissa. Lääkäripalveluja K5-alueelle on ostopalveluna tuottanut aiemmin Doctagon, josta on olemassa hyviä kokemuksia. Doctagonin palvelumallissa organisaatiolle nimetään oma vastuulääkäri (geriatri), joka vastaa kotihoidon asiakkaiden potilaskierroista 1–4 kertaa vuodessa. Lisäksi yritys huolehtii ympärivuorokautisesta takapäivystyksestä, jolloin lääkäri on aina tavoitettavissa myös ilta-, viikonloppu- sekä yöaikaan. Malli voisi kotihoidon lisäksi kattaa haluttaessa myös alueen nykyiset laitoshoidon yksiköt.

Ikäteknologia ja showroom

Kuten kappaleen alussa todettiin, on sekundääripreevention toimintalinjan pääpaino kotiin vietävissä palveluissa ja ikäihmisten tukemisessa heidän omassa ympäristössään. Tähän liittyvät oleellisesti myös erilaiset apuvälineet sekä ikäteknologiset ratkaisut, sillä ikääntymisen myötä vaatimukset kodin toimivuudelle ja turvallisuudelle muuttuvat. Ikäihmisen kotona asumisen edellytyksenä on, että ympäristö on asukkaalle turvallinen sekä riittävän esteetön. Usein muutostarpeet tulevat esiin vasta kaatumisen tai muun tapaturman seurauksena, jolloin edessä saattaa olla pitkäaikainenkin toimintakyvyn menetys. Nykyistä parempi ennakointi on siten tarpeen, joten osana kuntoutuksen ja kotona asumisen suunnittelua geriatrian osaamiskeskuksen tehtävänä on koota tietoa erilaisista kotona asumista helpottavista ratkaisuista ja teknologioista.

Uudenlaisten *ikäteknologisten* ratkaisujen ja laitteiden kokeilemiseksi geriatrian osaamiskeskukseen perustetaan *showroom*, johon yritykset voivat tuoda näytteille tuotteita ja palvelujaan.

Yritysten ja osaamiskeskuksen välinen showroomissa tehtävä yhteistyö on molempia osapuolia hyödyttävää, sillä yritykset voivat tuoda tuotteita käyttäjien ja päättäjien kokeiltavaksi ja arvioidtavaksi, ja saavat siten arvokasta käyttäjätietoa tuotteistaan. Arviointityötä voidaan systematisoida esimerkiksi kytkemällä kuntien ikäneuvostoja tai muita kokemusasiantuntijatietoa tuottavia tahoja sen toimintaan. Showroomin avulla myös osaamiskeskus saa tärkeää tietoa sekä yritysten uusista tuotteista, mutta myös käyttäjäryhmien uuteen teknologiaan liittyvistä kokemuksista, asenteista ja tarpeista. Lisäksi showroomia voidaan käyttää henkilöstön kouluttamiseen, jolloin opetteluvaihe ei turhaan sotke rutiinitehtävien hoitoa. Showroomissa uusia laitteita voidaan testata turvallisesti ja perusteellisesti ilman pelkoa virheistä.

Arvioinnit ja muistipoliklinikka

Vaasan sairaanhoitopiirin ja Vaasan kaupungin suunnitelmissa arviointeja pyritään tulevaisuudessa keskittämään entistä voimakkaammin siten, että yhteistoiminta-alueille esitetään omia arviointiyksiköitä. K5-alueelle suunnitelmissa on esitetty 1–2 arviointiyksikköä. Suunnitelmassa ei ole tarkemmin täsmennetty, mitä arviointeja siinä käytännössä tarkoitetaan, mutta geriatrian osaamiskeskuksessa on mahdollista tehdä geriatriasta kokonaisvaltaista arviointia (CGA) ikäihmisille, joilla on merkkejä toimintakyvyn heikkenemisestä. Geriatrisen arvioinnin tulisi olla moniammatillista ryhmätyötä, johon osallistuu geriatrian erikoislääkäri, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, psykologi ja/tai sosiaalityöntekijä tarpeen mukaan. Kuntayhtymässä tehtävät arvioinnit voidaan jakaa karkeasti kolmeen tasoon seuraavasti:

Yleisarvio, jossa on kyse jäsenkunnan oman yleislääkärin tekemästä arviosta, jonka tavoitteena on saada yleiskuva asiakkaan lääkityksestä, kotona asumisesta, apuvälinetarpeesta sekä tarvittaessa ikäteknologiasta. Yleisarvio on palvelutarpeenarviointi yhdistettynä lääketieteelliseen kartoitukseen/hoidon optimointiin. Yleisarvioon voidaan ohjata esimerkiksi Seniorineuvolasta.

Kotihoidon asiakkaan voinnin heikentyessä nopeasti lyhyen ajan sisällä (päiviä/viikkoja) tehdään arviointi ensisijaisesti etälääketieteellisesti, mutta sitä voidaan tarvittaessa täydentää jäsenkunnan yleislääkärin tekemällä tutkimuksella tai lyhyellä arviointijaksolla kunnan arviointiyksikössä. Tarvittaessa tämän pohjalta voidaan asiakkaalle järjestää aika myös geriatriselle poliklinikalle.

Akuuttitilanteissa arvioinnin tekee kotihoidon asiakkaalle ensisijaisesti etälääketieteellinen tuki, mutta tarvittaessa voidaan turvautua myös Vaasan yhteispäivystykseen.

Koska muistisairauksien määrän on ennustettu kasvavan tulevaisuudessa, on osaamiskeskuksen yhteyteen syytä perustaa *muistipoliklinikka*. Muistipoliklinikka syventää muistisairauksien

diagnosointiin ja hoitoon liittyvää työtä, joka on jo K5-alueella aloitettu perustamalla muistihoitajien toimenkuvat. Tällä hetkellä muistihoitajat arvioivat muistin toimintaa ja kartoittavat kokonaistilanteen, antavat tietoa olemassa olevista tukipalveluista, ohjaavat ja neuvovat potilasta ja omaisia sekä suunnittelevat yksilöllisen hoidon yhteistyössä muiden hoitoon osallistuvien kanssa. Muistineuvolatyö on osa maakunnallista muistihäiriöpotilaan hoitoketjua, joka voidaan toteuttaa myös omana toimintana.

Muistisairauksien diagnosoinnista vastaa muistipoliklinikalla etälääketieteellisesti geriatrian erikoislääkäri, joka tilaa tarvittavat tutkimukset kuten magneettikuvauksen kolmannelta taholta ostopalveluna. Muistisairauksien diagnosoinnin ja hoidon tehostamiseksi muistipoliklinikan yhteyteen voidaan lisäksi myöhemmin perustaa *muistikoordinaattorin tehtävä*. Koska tehtävä on luonteeltaan toimintaa jäsentävä, koordinoiva ja suunnitteleva, vapauttaa se muistihoitajien käsiä entistä tehokkaammin varsinaiseen arviointi- ja asiakastyöhön.

Muistipoliklinikan lisäksi geriatrian osaamiskeskus voi tarpeen mukaan järjestää yksittäisiä vastaanottopäiviä *geriatrian poliklinikalle*. Geriatrian osaamiskeskuksen fyysinen toimipiste tulee sijaitsemaan Kristiinankaupungissa Geritrimin yhteydessä.

**OSAAMISKESKUKSEN
TEHTÄVÄT**
/ Sekundääri-
preventio

- Tehostetun kotihoidon (A-tiimin) kehittäminen
- Muistipoliklinikan perustaminen ja geriatriksen konsultatiopoliklinikan käynnistäminen
- Etälääketieteellisen ympärivuorokautisen tuen järjestäminen
- Ikäteknologisen showroomin perustaminen

3.1.3. Tertiääripreventio – tarkoituksenmukaista kuntoutusta

Kuntoutuksessa on WHO:n määritelmän mukaan kyse tavoitteellisesta ja ajallisesti rajoitetusta prosessista, joka tähtää siihen, että sairaudesta tai vammasta kärsivä henkilön psyykkisessä, fyysisessä sekä sosiaalisessa toimintakyvyssä saavutetaan paras mahdollinen tila. *Gerontologinen kuntoutus* on siten normaalien vanhenemiseen liittyvien muutosten tuntemiseen perustuvaa voimaannuttamista, toimijuuden ja yhteisöllisyyden tukemista sekä sopivaa fyysistä harjoittelua. Geriatriksen kuntoutuksen määritelmänä voidaan puolestaan pitää ikääntymisen ja monien sairauksien kokonaisvaikutusten ymmärtämiseen perustuvaa moniammatillista kuntoutusta (Halmila 2014.)

Kuten aiemmissa kappaleissa on todettu, voi ikäihmisen elämänlaatu pysyä edelleen hyvänä, jos menetetty kyky pystytään korvaamaan jollakin toisella. Toiminnallisen aktiivisuuden palauttamista tai jäljellä olevan toimintakyvyn kohentamista voidaankin pitää geriatrisen kuntoutuksen päätavoitteena (Halmila 2014). Tämä on myös kuntoutujalle itselleen voimaannuttava tapa, jos hän haitoista huolimatta pystyy edelleen toimimaan itsenäisesti ja pitämään toimintakykyään yllä (Gustafsson ym. 2010).

Mutta vaikka tutkimusten perusteella ikäihmisten kuntoutumisessa keskeisintä on fyysinen aktiivisuus, kuntoutuksessa tulee myös huomioida muut paljon näkymättömämmät haasteet kuten psyykkiset tai sosiaaliset ongelmat. Näistä merkittävimpiä ovat ikäihmisten yksinäisyys ja turvattomuus, jotka yksin asumisen ohella ovat keskeisimpiä tekijöitä toimintakyvyn ja kognition heikkenemiseen ja sen myötä lisääntyneeseen avun tarpeeseen ja laitoshoidossa asumiseen. Useissa tutkimuksissa on kuitenkin todettu, että palvelutaloissa ja laitoksissa asuvat ikääntyneet tuntevat olonsa turvattommiksi kuin kotona asuvat, joten erityisesti kotona asuvien yksinäisyyteen tulisi puuttua ennen tilanteen pahenemista. Aihe on haasteellinen etenkin kun tiedetään, että yksinäisyyden kannalta merkityksellistä ei niinkään ole sosiaalisten kohtaamisten ja tapaamisten määrä vaan niiden laatu ja tyydyttävyys ikääntyneen odotuksiin nähden. (Savikko ym. 2006.)

Halmilan (2014) mukaan kuntoutuksen nykytila suomalaisessa terveydenhuollossa on alimitoitettu ja ongelmat liittyvät erityisesti hoitoketjujen katkeamiseen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Myös kuntien resurssipula heijastuu kuntoutukseen, sillä heikossa taloudellisessa tilanteessa kunnilla on taipumus karsia kuntoutustoiminnasta. Toisena keskeisenä haasteena Halmila pitää nykyisen hoivajärjestelmän heikkoa kykyä tunnistaa kuntoutuksesta hyötyvät henkilöt – liian sairaille henkilöille geriatrisesta kuntoutuksesta ei ole apua, mutta sitä ei myöskään kannata tarjota liian terveille. Geriatrisesta kuntoutuksesta hyötyvätkin eniten henkilöt, jotka ovat joutuneet ns. *epävakaaseen tilaan*, kuten saaneet lonkkamurtuman, aivoverenkierronhäiriön tai sairastuneet muulla lailla akuutisti. Kuntoutuksen pääasiallinen tavoite on, estää henkilön joutumista laitoshoitoon tai raskaiden pysyvien asumispalvelujen piiriin.

Kotikuntoutuksessa on nimensä mukaisesti kyse asiakkaan kotona tapahtuvasta kuntoutuksesta, jossa kuntoutus on osana asiakkaan arjen askareita vahvistaen omatoimisuutta sekä itsenäisyyttä. Kotikuntoutuksessa on moniammatillisesti kotihoidonhenkilöstön lisäksi mukana esimerkiksi fysio- ja toimintaterapeutteja. Sen lisäksi A-tiimi tukee ja tuo joustavuutta kotikuntoutukseen. Gustafssonin ym. (2010) mukaan on tärkeää, että kuntoutus on aina ajallisesti rajattua ja että sen tuloksellisuutta seurataan eri arviointitavoilla. Kuntoutuksen tulee siis olla tavoitteel-

lista, mutta myös realistista sekä kuntoutujan omat näkemykset huomioonottavaa. Ruotsalais-selvityksessä kotikuntoutuksen sosiaalinen merkitys on todettu ikäihmisille erittäin tärkeäksi.

Kuntayhtymän vanhustenhuollon strategiassa 2013–2016 todetaan, että kotikuntoutus on jo aloitettu kuntayhtymässä, mutta että sitä on edelleen kehitettävä. Työ vaatii moniammatillista osaamista, joten sen kehittäminen on mielekästä keskittää geriatrian osaamiskeskukseen varsinaisen toteutuksen ollessa kuntien harteilla. Kotikuntoutukselle tulee siis luoda yhtenäiset kriteerit ja toimintatavat, joiden vaikuttavuutta seurataan ja arvioidaan asiakaskohtaisesti. Kotikuntoutuksella pyritään edelleen vähentämään ympärivuorokautisen osastohoidon tarvetta erityisesti tapauksissa, joissa asiakas oikealla palveluvalikoimalla tuettuna tulee toimeen myös kotona.

Vaativaa kuntoutusta tarvitsevien määrä on K5-alueella todettu sen verran vähäiseksi, että omalle vaativan kuntoutuksen yksikölle ei lähitulevaisuudessa todennäköisesti ole tarvetta. Vaativaa kuntoutusta voidaan kuitenkin järjestää lähipalveluperiaatteen mukaisesti omalla alueella hyödyntämällä Geritrimin osaamista. Geritrimin toiminta-ajatus perustuu tieteelliseen pohjaan sekä mitattaviin tuloksiin, joita voidaan saavuttaa myös lyhyemmällä, intervallityyppisellä kuntoutuksella. Vastaavia vaativan kuntoutuksen palveluja voidaan todennäköisesti ostaa lähitulevaisuudessa myös Vaasasta.

**OSAAMISKESKUKSEN
TEHTÄVÄ**
Tertiäripreventio

- *Mallintaa kuntoutukselle palvelukokonaisuus*
- *Kehittää kotikuntoutusta ja kuntoutussuunnitelmien laatimista, seuranta ja arviointia*

3.2 Ehdotus ikäihmisten palvelukokonaisuudeksi Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymässä

Iäkkäille henkilöille järjestettävien palvelujen tulee uuteen vanhuspalvelulakiin nojaten olla laadukkaita. Laadun kannalta keskeistä on erityisesti *asiakkaan yksilöllinen kohtelu* sekä miten hyvin palvelut vastaavat asiakkaan omia toivomuksia ja odotuksia. Koska terveys ja hyvinvointi ovat monisyisiä ilmiöitä, tehdään asiakkaan hoidontarpeen määrittely yhä useammin sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten moniammatillisena yhteistyönä. Tähän tulisi pyrkiä myös Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymässä, jossa olemassa oleva ammattitaito ja osaaminen otetaan entistä parempaan käyttöön ikäihmisten hoidossa. Moniammatilliseen, osaamisen jakamiseen perustuvaan työotteeseen tarvitaan kuitenkin yhteistä näkemystä muutoksen tarpeellisu-

desta sekä julkilausuttu tavoite kehittää ikäihmisten hoitoa ja hoivaa alueella. Geriatrian osaamiskeskuksessa tämä tahtotila voidaan konkretisoida.

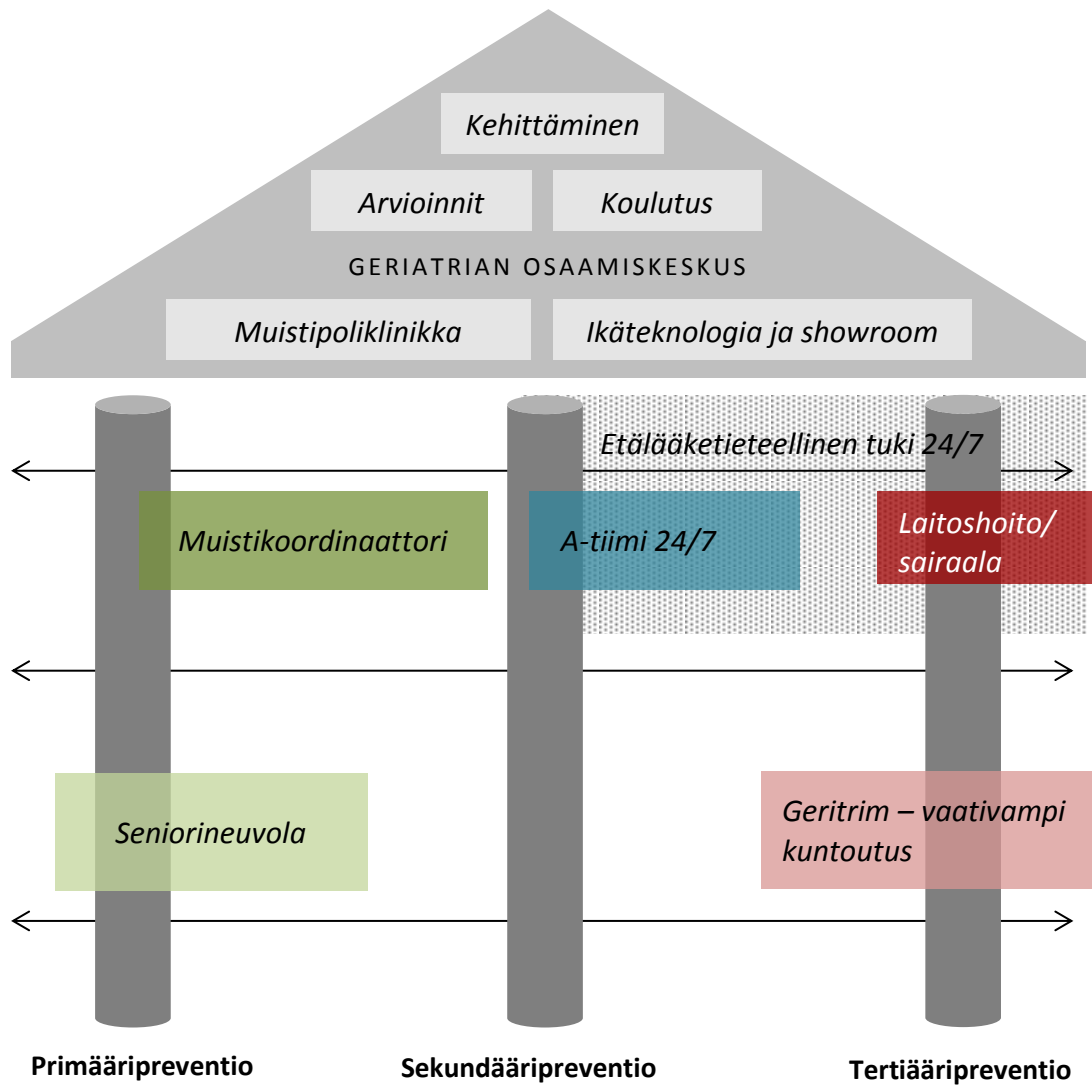
Geriatrian osaamiskeskuksen toimintaperiaatteena on tarjota ikäihmiselle hänen tarpeisiinsa perustuvaa palvelua. *Seniorineuvola* toimii matalalla kynnyksellä ennalta ehkäisevässä mielessä tarjoten tietoa, neuvoja ja ohjeita arkielämään ja hyvinvointiin liittyvissä asioissa. Sen ympärille on lisäksi mahdollista koota eri järjestöjen ja vapaaehtoisorganisaatioiden järjestämää toimintaa. Muistisairauksien mahdollista kehittymistä seurataan herkillä korvalla ja palveluketju ulottuu aina muistihoitajien kotikäynneistä *muistipoliklinikalla* järjestettäviin tutkimuksiin, hoitoon ja seurantaan. Myös arviointia jäsennetään ja porrastetaan, ja siinä hyödynnetään entistä enemmän geriatrian erikoislääkärin osaamista etälääketieteellisenä palveluna.

Pääpaino palvelukokonaisuudessa on kotiin vietävissä palveluissa. Kuntoutuksen ja erityisesti *kotikuntoutuksen* profiilia nostetaan ja aktivoivan työotteen kehittämistä jatketaan osana kotihoidon palveluja. Uutena toimintamallina otetaan käyttöön *ympäri vuorokautinen ja jalkautuva A-tiimi*, jonka resurssitarve on reaaliajassa arvioitava. Tämä lisää toiminnan joustavuutta, tasoittaa kysynnän ja tarjonnan välistä vaihtelua sekä mahdollistaa yksilöllisemmät tapaamisajat esimerkiksi asiakkaan kotiutuessa ilta-aikaan sairaalasta. *Etälääketieteellinen tuki* on jatkuvasti käytettävissä ja pystyy tarjoamaan konsultaatiota ympäri vuorokauden. Etälääketieteellisellä palvelulla varmistetaan lisäksi, että kaikkien kotihoidon asiakkaiden tilannetta ja esimerkiksi lääkitystä seurataan säännöllisesti erikoislääkärin eli geriattrin toimesta.

Nykyisissä puitteissa myös *vaativaa kuntoutusta* pystytään alueella tarjoamaan lähipalveluna Geritrimin toimesta. Yhteistyön ja toimintamallien kehittäminen voidaan käynnistää geriatrian osaamiskeskuksessa. Laitoshoitopaikan myöntämiselle määritellään jäsenkuntien kesken yhteiset kriteerit, joilla varmistetaan, että asiakas on ennen hoitopaikkaan siirtymistä saanut käyttöönsä kaikki kotihoidon tuki- ja kuntoutuspalvelut, joilla kotona asumista voitaisiin jatkaa.

Kuviossa 10 on kuvattu ikäihmisten palvelukokonaisuus K5-alueella sekä geriatrian osaamiskeskuksen tärkeimmät tehtäväalueet. Näitä ovat kaikenlainen ikääntyvien palveluihin liittyvä kehitystyö, henkilöstön kouluttaminen sekä arviointitoiminta. Osaamiskeskukseen kootaan uusin saatavissa oleva, tutkimukseen ja näyttöön perustuva tieto. Toiminta on luonteeltaan verkostomaista, mutta arviointityö, muistipoliklinikka sekä *showroom* tarvitsevat lisäksi fyysisiä tiloja. Osaamiskeskuksen henkilöstötarve on vaiheistettavissa.

| KUVIO 10. Ikäihmisten palvelukokonaisuus K5-alueella.



4. Työryhmän suositukset yhtymähallitukselle

Ikäihmisten kasvaviin palvelutarpeisiin vastaaminen on sosiaali- ja terveydenhuollon suurin tulevaisuudenhaaste. Muutokseen tulee varautua jo nyt ja tätä tarkoitusta varten yhtymähallitus nimesi toukokuussa 2014 työryhmän, jonka tehtävänä oli laatia konkreettinen suunnitelma ikäihmisten tulevaisuuden palvelukokonaisuudeksi alueella. Tämä kokonaisuus on nähtävissä kuviosta 8. Suunnitelma sai nimen geriatrian osaamiskeskus, mikä kuvaa sen lähtökohtia hyvin – gerontologinen ja geriatriinen osaamiskeskittymä, jonne kootaan uusinta alan tietoa, ammattilaisia, ikäteknologiaa sekä käyttäjiä verkostomaisena kokonaisuutena.

Toimenpiteet, jotka tulee toteuttaa gerontologisen ja geriatriksen hoidon eteenpäin viemiseksi voidaan jakaa kolmeen eri tasoon. Niistä ensimmäinen ja laajin koskee *1) yhteiskunnallisen arvokeskustelun käynnistämistä ja käymistä*. Järjestetäänkö iäkkäiden hoito heidän omassa kodissaan vai palvelukodissa, ja minkälaiset ovat näiden vaihtoehtojen kustannusprofiilit? Miten hoidon porrastus on järjestetty asiakkaan vielä asuessa kotona, ja toisaalta mitkä asiat puoltavat laitospaikan myöntämistä tämän jälkeen? Entä miten ikäihmisten lääketieteellisiä ja/tai sosiaalisia ongelmia hoidetaan? Lisäksi osana arvokeskustelua tulisi pohtia, miten omaisia ja läheisiä voitaisiin kannustaa entistä laajemmin ikäihmisten kotihoitoon. Nämä kysymykset ovat paitsi filosofisia, myös mitä suurimmassa määrin poliittisia.

Toimenpiteiden toinen taso koskee *2) kuntien tehtäviä, ja erityisesti sellaisten uusien toimintatapojen löytämistä ja kehittämistä, jotka koskevat kotiin vietävää hoitoa ja hoivaa*. Pääpainon tulisi olla toiminnallisuudessa, ei niinkään rakenteissa, jotta palvelujen joustavuutta saadaan lisättyä vastaamaan nopeasti asiakkaan kulloiseenkin tarpeeseen. Tällä hetkellä tarvetta on erityisesti seuraaville A-tiimin sateenvarjon alle kuuluville toiminnoille; *yöpartio* – kotona asuvien ikäihmisten turvallisuuden lisääminen ja ylläpitäminen, *kotisairaala* – vaativan lääketieteellisen hoidon tarjoaminen hyvin toimivaan perushoivaan, *kotiuttamistiimi* – lyhytaikainen ja lisäresurssein tehostettu kotiutumisen tuki. Näiden toimintojen haasteena on niiden tasavertaisen saavutettavuuden varmistaminen koko kuntayhtymän alueella. Tämä edellyttää jäsenkuntien välistä kiinteää yhteistyötä, jolloin kriittiseksi kysymykseksi nouseekin ”raja-aitojen ylittämisen taito”.

Toimenpiteiden kolmas taso on alueellinen eli *3) geriatriksen osaamiskeskuksen perustaminen Kristiinankaupunkiin Geritrimin kanssa*. Osaamiskeskus täydentää kunnallista palvelutarjontaa palveluilla, joiden toteuttamiseen tarvitaan yksittäisiä kuntia laajempi väestöpohja. Näitä ovat esimerkiksi toimintaterapia, puheterapia, gerontologinen ohjaus sekä muistikoordinaattoreiden palvelut. Osaamiskeskukseen sijoitetaan muistipoliklinikka sekä geriatriinen poliklinikka, joilta kunnat voivat ostaa palveluita. Lisäksi osaamiskeskus vastaa geronteknologian kehittämisestä

sekä ylläpitää siihen liittyvää showroomia. Myös osaamiskeskuksen haasteena on tarjota kustannustehokkaasti palveluita koko kuntayhtymän alueelle.

Työryhmän ehdotukset kuntayhtymän yhtymähallitukselle ovat seuraavat:

- Käynnistetään ikäihmisten palveluihin liittyvä arvokeskustelu
- Perustetaan A-tiimi kolmitahoisena kunnallisena toimintana: yöpartiot, kotisairaala, kotiuttamistiimi
- Perustetaan geriatrian osaamiskeskus Kristiinankaupunkiin yhdessä Geritrimin kanssa. Yhteyteen liitetään muistipoliklinikka ja geriatrinen konsultaatiopoliklinikka
- Geriatrian konsultaatiot hankitaan ostopalveluina, jolloin pääpaino on etälääketieteellisillä konsultaatioilla

| LÄHTEET

- Eriksson, Bengt G. & Birgit Häger (2012). Salutogen omsorg och vård i praktiken. Omsorg och vård för ett helt liv. Karlstads universitet, FoU-rapport 2/2012.
- Fagerström, Jessica & Harriet Harf (2013). Seniorrådgivning. För främjande av äldres välfärd och hälsa. Äldrecentrum Österbotten 2011–2013. Mellanfinlands IkäKaste – Äldre-Kaste II.
- Guldén, Mikaela (2013). Arvoa arjessa. Rannikko-Pohjanmaan sosiaali- ja perusterveydenhuollon kuntayhtymän vanhustenhuollon strategia 2013-2016.
- Gustafsson, Ulf & Birgitta Gunnarsson, Åsa Boman Sjöstrand, Birgitta Grahn (2010). Hemrehabilitering för äldre i olika stora kommuner. Upplevd kvalitet, funktionsförändring, organisationsförutsättningar, resursförbrukning och statliga stimulansmedels betydelse för utvecklingen. Socialstyrelsen, Landstinget Kronoberg. FoU-Rapport 11.
- Halmila, Matti (2014). Ikäihmisten kuntoutuksen nykytilanne – haasteita ja mahdollisuuksia. (Kalvosarja 22.9.2014).
- Hernesniemi, Hannu (2001). Megatrendit ja klusterien kehitys. Teoksessa: Suomen avainklusterit ja niiden tulevaisuus. Tuotanto, työllisyys ja osaaminen (2001). Hernesniemi, Hannu & Pasi Kymäläinen, Pekka Mäkelä, Olavi Rantala, Ritva Rautkylä-Willey, Mikko Valtakari. Euroopan sosiaalirahaston julkaisut, Edita Oyj: Helsinki.
- Hokkanen (2007). Kotona asuvien iäkkäiden ihmisten voimavarat ja niiden tukeminen. Luentoesitys 15.3.2007, Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia.
- Isoherranen, Kaarina (2012). Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja 18: 2012, Helsingin yliopisto.
- Kinnula, Petra & Teemu Malmi, Erkki Vauramo (2014). Sisältöä sote-uudistukseen. KAKS – Kunnallisanalan kehittämissäätiö, tutkimusjulkaisu-sarjan julkaisu nro 78. Vammalan Kirjapaino Oy: Sastamala.
- Kuntaliitto (2014). Suurten kaupunkien terveydenhuollon kustannukset kääntyivät nousuun. Kuntaliiton tiedote 17.6.2014.
- Kuusinen, Riitta & Sari Kauppinen (2013). Laitoshuolto: Laitoshoidon osuuden vähentäminen palvelurakenteessa. Sosiaali- ja terveysministeriön muistio 28.11.2013.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Finlex 28.12.2012/980.
- Leväsluoto & Kivisaari 2012. Kohti asiakaslähtöisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelumalleja. VTT Technology 62.
- Nikander, Pirjo (2003). Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena. Vuorovaikutuksellinen näkökulma. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti, 40: 279-290.

- Nordic Healthcare Group (2013). Vaasan sairaanhoitopiiri: Sosiaali- ja terveystalouden nykytila ja ennusteet. Loppuraportti.
- Nordic Healthcare Group (2014). VSHP – Geriatrisen kuntoutuksen järjestäminen ja Vaasan kaupunginsairaalan kehittäminen kuntoutussairaalaksi. Kuntoutusvuodeosasto ja geriatrinen poliklinikka
- Rautiainen, Hanna & Simo Pelanteri (2012). Terveystalouden vuode-osastohoito 2010. Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitos, tilastoraportti 2.
- Savikko, Niina & Pirkko Routasalo, Reijo Tilvis, Kaisa Pitkälä (2006). Ikääntyneiden turvattu-
uus ja sen yhteys yksinäisyyden kokemiseen. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti
43: 198–206.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2013). Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 11. Suomen yliopistopaino Oy: Tampere.
- Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto (2013). ”Vanhuspalvelulaki” – Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalouksista. Muistio lain toimeenpanon ja tulkinnan tueksi.
- Skånes universitetssjukhus (2013). Kunskapscentrum för geriatric vid Geriatriska kliniken, verksamhetsberättelse år 2012.
- Strandman, Kristiina (2013). Rannikko-Pohjanmaan sosiaali- ja perusterveydenhuollon kuntayhtymän alueen hyvinvointikertomus 9/2013.
- Strandman, Kristiina (2014). K5-kuntayhtymän alueen geriatrinen osaamiskeskus.
- Tuorila, Helena (2007). Ikääntyvien asiakasosaaminen terveydenhuollon palvelumarkkinoilla. Teoksessa: Lammi, Minna & Raija Järvinen, Johanna Leskinen (2007). Kuluttajat kehittäjinä. Miten asiakkaat vaikuttavat palvelumarkkinoilla? Kuluttajatutkimuskeskuksen vuosikirja 2007, Helsinki.
- Turunen, Minna (2013). Pohjanmaan väestö, sen hyvinvointi ja terveys sekä sosiaali- ja terveystaloustalouden toimivuus. Kansalliseen vertailuun perustuvaa trenditietoa vuosilta 2005-2011. Vaasan yliopiston julkaisuja, selvityksiä ja raportteja 186. Vaasan yliopisto.
- Vaasan sairaanhoitopiiri (2013). Geriatrisen potilaan palveluketju.
- Valvira (2012). Kotiin annettavat palvelut ja hoito. Valtakunnallinen valvontaohjelma 2012–2014. Valvontaohjelma 7. Sosiaali- ja terveystalouden lupa- ja valvontavirasto Valvira.
- Viljanen, Maria (2010). Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet. A-klinikkasäätiö, Tiimi: 1/2010.
- Virtanen, Petri & Maria Suoheimo, Sara Lamminmäki, Päivi Ahonen, Markku Suokas (2011). Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalouden kehittämiseen. Tekesin katsaus 281. Helsinki.

| LIITE 1. Geriatrian osaamiskeskuksen työryhmän jäsenet:

Kaskinen	Jukka Laitinen (syyskuuhun 2014 asti) Marja-Leena Jokimäki, Tuulikki Leppäniemi
Korsnäs	Carina Westberg, Monica Bonde
Kristiinankaupunki	Elisabeth Sjöberg, Britt-Marie Lindqvist
Maalahti	Monica Björkqvist, Tage Svahn
Närpiö	Tony Pellfolk, Pirjo Wadén
Vanhusneuvosto	Carita Björne
K5	Peter Riddar (pj), Maiju Saha (siht. 31.3.2015 asti), Jarkko Pirttipera, Sonja Nyback, Hans Ingvesgård (yhtymähallituksen edustaja)

| LIITE 2. Vaasan sairaanhoitopiirin ympärivuorokautinen hoito huhtikuussa 2014 (perus-palvelut)

	<i>Tehostettu palvelu-asuminen, kokonais-paikkaluku</i>	<i>Tehostettu palvelu-asuminen ostopalvelun kokonais-paikkaluku</i>	<i>Vanhain-kodit kokonais-paikkaluku</i>	<i>Vanhain-kodit ostopalvelun kokonais-paikkaluku</i>	<i>Sairas-kotien pitkä-aikaishoito-paikat</i>	<i>Tehostettu palvelu-asuminen ja vanhainkodit yhteensä</i>	<i>Terveys-keskusten vuodeosasto-paikat yhteensä</i>
K5-alue							
Kaskinen	16*	7	0	0		23	a)
Korsnäs	11	0	28	0		39	b)
Kristiinan-kaup.	32	11+13+5	43	0	2+2	108	18
Maalahti	63	0	28	0	1	91	27+8
Närpiö	87	3	36	0	3	129	31
K2-alue							
Mustasaari	94	24	10 *	0		142	50+24 **
Vöyri	98	0	27	0	1	126	26
Vaasan ja Laihian yhteistoiminta-alue							
Vaasa	215	183	22	16	2	438	279
Laihia	66	18	16	0		96	14
Pietarsaaren sosiaali- ja terveystoimisto							
Luoto	39	1	0	0		40	c)
Pedersöre	72	7	37	0		116	d)
Pietarsaari	107	68	0	35	2	212	105
Uusikaarlepyy	33	33	32	0	3	101	32
VSHP kunnat	926	373	290	51	16	1656	614

* Lisäksi lyhytaikaishoitopaikkoja, joita ei ole laskettu mukaan

** 1.9. lähtien akuuttiosasto 26 paikkaa, kuntoutusosasto 24 paikkaa ja hoivakoti 24 paikkaa
Hoivakodin paikat (24 paikkaa) siirtyvät tehostettuun palveluasumiseen 2017

a) Käyttää Närpiön vuodeosastoa

b) Käyttää Maalahden vuodeosaston paikkoja

c) Käyttää Pietarsaaren sosiaali- ja terveystoimiston palveluja

d) Käyttää Pietarsaaren sosiaali- ja terveystoimiston vuodeosastoa

Lähde: Wadén, Pirjo (19.6.2014) perusterveydenhuollon yksikkö, Vaasan sairaanhoitopiiri

NÄRPIÖ (käännös)

Pirjo Waden, Tony Pellfolk

Kaiken kaikkiaan geriatrisen osaamiskeskuksen suunnittelu on edennyt hyvin, mutta suunnitelma vaatii edelleen työstämistä sekä konkretisointia. Osa näkökulmista ei ole ymmärrettävissä Närpiön näkökulmasta, esimerkiksi mobiilin A-tiimin perustaminen ympärivuorokautisena toimintana ja yhteisen arviointitiimin kokoaminen. Kotikuntoutus kuntien omana toimintana täytyy myös olla hyvin yhteen sovitettu kuntien kotihoidon kanssa.

1) *Millaisia henkilöstön pätevyysvaatimuksia arvioisit kotihoidossa tarvittavan tulevaisuudessa?*

Geriatrista/gerontologista osaamista täytyy ylipäänsä nostaa. Kotihoidonhenkilöstön peruskoulutuksen täytyy tulevaisuudessa olla sairaanhoitaja, sosionomi ja lähihoitaja. Lisäksi tarvitaan vanhustenhuollon, muistisairauksien hoidon, mielenterveys- ja päihdehoidon sekä kuntoutuksen erikoistutkintoja. Osaamista moniammatillisesta työstä.

2) *Miten arvioisit nykyisten lääkäripalvelujen vastaavan kotihoidon tarpeisiin?*

Meillä on tänä päivänä alueella taitavia lääkäreitä, jotka ovat kiinnostuneita iäkkäiden asiakkaiden hoidosta. Osaamista moniammatillisesta työstä.

3) *Miten näet, että kotikuntoutusta järjestetään ja arvioidaan tulevaisuudessa?*

RAI:n käyttöä tulee lisätä ja vahvistaa kaikkien ammattiryhmien keskuudessa, myös lääkäreiden. Kuntoutuksen ja arvioinnin tulee olla hyvin yhteen sovitettuja kotihoidon ja kuntien oman toiminnan kanssa.

4) *Mikä on se tehtävä esim. arvioinnin suhteen, johon geriatrian osaamiskeskuksen tulisi keskittyä? Minkä tyyppiset arvioinnit tulisi sijoittaa osaamiskeskuksen yhteyteen?*

Muistipoliklinikka, tehostettu kotihoito, joka voisi sisältää alueellisia erikoisammattiryhmiä kuten muistihoitaja, päihdekoordinaattori, toimintaterapeutti, ravitsemusterapeutti, puhe-terapeutti sekä palliatiivinen hoitaja. Yöpartiot toiminnan tulee olla kunnallista, mutta sisältää saumatonta yhteistyötä K5:n alueella.

KRISTIINANKAUPUNKI (käännös)

Elisabeth Sjöberg, Robert Sundén, Christian Lindedahl, Helena Strandholm, Tarja Flenmark, Tom Lövdahl

1) *Millaisia henkilöstön pätevyysvaatimuksia arvioisit kotihoidossa tarvittavan tulevaisuudessa?*

- Hoitotyön osaaminen, perushoito, haavahoito, lääkkeet. Lähihoitajatutkinto mahdollistaa erilaisten näytteiden otot kotona (mittaukset)

- Osaamista asiakkaan kokonaisvaltaisesta hoidosta, asiakkaan kohtaaminen, tiimityö työyhteisössä sekä muiden ammattiryhmien kesken. Ymmärrystä kotihoidon tavoitteista osana suurempaa kokonaisuutta; että osataan moniammatillisesti ja tavoitteellisesti TU-KEA kotona asumista – ei vain hetkellistä apua vaan maksimaalista asiakkaan OMIEN voimavarojen ja toimintakyvyn hyödyntämistä.
- Kuntouttava asiakaslähtöinen ote työhön (ei organisaatiolähtöinen); osaamista asiakkaan toimintakyvyn ylläpitämisen vaatimalla tavalla
- Valmius tukea, opettaa ja antaa neuvoja. Itsenäinen harkintakyky ja vastuunkanto
- Osaamista hygieniasta (hoitotoimenpiteiden yhteydessä, asiakkaan ympäristössä) ja ravinteikkaasta ravinnosta (erikoisruokavaliot, ravitsemustieto), MNA-testit käytössä
- Sairaanhoido; osaamista monisairaiden asiakkaiden hoidosta, tulehduksista, mielenterveydestä, muistisairauksista, masennuksesta, päihteistä, toimenpiteiden jälkeisestä jatkohoidosta, palliativisesta hoidosta
- Hoidon dokumentointi asiakkaan näkökulmasta, ei hoitoa toteuttavan tahon näkökulmasta ja ymmärrystä sen merkityksestä sekä vaikutuksista, kielitaitoa, osaamista eri kulttuureista sekä siitä, miten maahanmuuttajia hoidetaan

2) *Miten arvioisit nykyisten lääkäripalvelujen vastaavan kotihoidon tarpeisiin?*

Tällä hetkellä kotihoidossa käytetään perusturvakeskuksen lääkäriresursseja ja heidän palvelujaan. Kotihoidon hoitajien kanssa käydyn keskustelun perusteella on todettu, että kotona hoidetaan yhä enemmän monisairaita asiakkaita ja siihen nähden saatu tuki on koettu riittämättömäksi. Kotihoitoa annetaan nykyisin vuorokauden ympäri, joten joissain tapauksissa tarvittaisiin lääketieteellistä tukea. Samanaikaisesti geriatrian erikoisosaamista tulisi olla myös hoitajien keskuudessa (enemmän, mitä nykyään), ajatellen tulevaa ikärakenteen muutosta.

Sama kysymys esitettiin myös organisaation lääkäreille ja vastaukseksi saatiin, että lääkäreiden tulisi tehdä lisää kotikäyntejä, jos se olisi mahdollista. Potilaiden lääkärikäyntejä vastaanotolla voitaisiin sen myötä vähentää. Lisäksi toivottiin muistisairauksiin liittyvien tutkimusten eli toisin sanoen geriatrien konsultaatioiden tekemistä lääkäritasolla (niiden, jotka nyt lähetetään erikoissairaanhoidon) paikallisesti.

3) *Miten näet, että kotikuntoutusta järjestetään ja arvioidaan tulevaisuudessa?*

Nykytilanteessa kotikuntoutuksen tulee olla kustannustehokasta ja tarvelähtöistä. Arviointi/kartoitus voi tapahtua terveyden edistämiseen tähdäten. Tehostetumman kotikuntoutuksen tulee edetä suunnitellusti ja tavoitteellisesti. Sekä kotihoidon että omaisten tulee annetun ohjeistuksen mukaan tukea kuntoutumista omilla toimillaan sekä voitava tarpeen mukaan konsultoida muita asiantuntijoita. Niinpä hoitajille tulisi hankkia lisää tietoa geriatriasta kuntoutuksesta, kinestetiikasta, toimintaterapiasta. Tulevaisuudessa toimintaa voitaisiin järjestää yhdessä geriatriin kanssa. Samanaikaisesti tulisi panostaa toimintaterapeutin palkkaamiseen joka kuntaan sekä avohoitoon että palveluasumiseen. Tällä olisi suurta vaikutusta erityisesti muistisairaiden kuntoutukseen; kognitiiviseen kuntoutukseen, muistiharjoituksiin.

- 4) *Mikä on se tehtävä esim. arvioinnin suhteen, johon geriatrian osaamiskeskuksen tulisi keskittyä? Minkä tyyppiset arvioinnit tulisi sijoittaa osaamiskeskuksen yhteyteen?*

Palveluohjaus ensimmäisestä käynnistä lähtien, terveyden ja toimintakyvyn selvittäminen, palvelujen ja palvelutarpeen selvittäminen, apuvälinetarpeiden selvittäminen, lääkkeiden päivitys, geronteknologisten ratkaisujen tuntemus, RAI-arviointi välineenä, tietoa yksityisen sektorin palveluista, kolmas sektori, mahdollisuus palveluohjaukseen/tiedotusta ajankohtaisista aiheista. Yhteistyötä yli sektorirajojen sosiaali- ja terveydenhuollon välillä, säännöllinen seuranta hoidon jatkamisen selvittämiseksi. Asiakastyytyväisyyskyselyjä käytetään säännöllisesti ja niiden arvottaminen.

MAALAHTI (käännös)

Monika Björkqvist

- 1) *Millaisia henkilöstön pätevyysvaatimuksia arvioisit kotihoidossa tarvittavan tulevaisuudessa?*

Lähihoitaja, sairaanhoitaja, kuntoutuslähihoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti

- 2) *Miten arvioisit nykyisten lääkäripalvelujen vastaavan kotihoidon tarpeisiin?*

- Kotihoidon ja kotisairaanhoidon asiakkailla on melko hyvä pääsy lääkäripalveluihin akuuteissa vaivoissa. Konsultaatiot kotisairaanhoidon/lääkärin kautta tai suoraan lääkärinvastaanotolle
- Vähemmän resursseja seurantaan ja säännölliseen esimerkiksi lääkitysten ja terveystarkastusten läpikäyntiin
- Jatkuvuutta kaivataan lääkäripalveluihin

- 3) *Miten näet, että kotikuntoutusta järjestetään ja arvioidaan tulevaisuudessa?*

Vuodeosastolla järjestetyn kuntoutusjakson jälkeen -> arviointi ja harjoittelua kotona ennen kotihoidon palvelujen myöntämistä. Ennalta ehkäisevä harjoittelu kotihoidon tarpeen vähentämiseksi. Harjoittelutoimenpiteet aloitetaan ajoissa ennen kuin asiakkaiden tila huononee

- 4) *Mikä on se tehtävä esim. arvioinnin suhteen, johon geriatrian osaamiskeskuksen tulisi keskittyä? Minkä tyyppiset arvioinnit tulisi sijoittaa osaamiskeskuksen yhteyteen?*

Muistineuvonta ja tuki muistisairaiden omaisille. Palveluita iäkkäille, joilla on psyykinen sairaus. Masennushoitaja. Päihdekoordinaattori. Vaativa kuntoutus. "Osaamispankki" henkilöstölle ja muille.

1) *Millaisia henkilöstön pätevyysvaatimuksia arvioisit kotihoidossa tarvittavan tulevaisuudessa?*

- Optimaalisin/suurin ammattikunta on varmaankin lähihoitajat joista mielellään jokunen kuntoutukseen suuntautunut.
- Samoin lähihoitajista tulisi jonkun olla lapsiperheiden käytettävissä ja hänen koulutuksensa työtehtäviä vastaava.
- Kotisairaanhoidon puolestaan hoitaisi sairaanhoidollisia tehtäviä joita ei lähihoitajille voi delegoida ja henkilökunta koulutukseltaan sairaanhoitajia.
- Lisäksi olisi ihanteellista, jos kotihoidolla olisi käytettävissä fysioterapeutti (toimintaterapeutti) edes osittain. Hänelle voisi suunnata lähinnä ennaltaehkäisevät kotikäynnit, kodin toimivuuden kartoittaminen / suunnittelu ja ko. asioiden eteenpäin vienti, apuvälinetarpeen arviointi ja käytön ohjeistus. Fys. terapeutilta erityiskuntoutusta esim. leikkausten jälkeen, lähihoitajien ohjeistus erilaisiin yksilökuntoutuksiin. Myös kuntoutuksen seuranta, arviointi sekä kuntoutussuunnitelmien laadinta ja lähihoitajien ohjeistus päivittäiseen kuntoutukseen.

2) *Miten arvioisit nykyisten lääkäripalvelujen vastaavan kotihoidon tarpeisiin?*

- Kaskisten osalta ei tällä hetkellä vastaa tarpeeseen. Lääkäri tulisi saada kotikäynnille tarvittaessa sekä vastaanottoaika tulisi pystyä tarjoamaan välittömästi sitä tarvittaessa, lisäksi jatkuva konsultointimahdollisuus olisi taattava.
- Lääkärillä tulisi olla lisäksi mahdollisuus kotikäynneillä / vastaanotolla tehdä määräaikaistarkastukset kotihoidon asiakkaille (näin ei ole).

3) *Miten näet, että kotikuntoutusta järjestetään ja arvioidaan tulevaisuudessa?*

Katso kohta 1.

4) *Mikä on se tehtävä esim. arvioinnin suhteen, johon geriatrian osaamiskeskuksen tulisi keskittyä? Minkä tyyppiset arvioinnit tulisi sijoittaa osaamiskeskuksen yhteyteen?*

- Psykogeriatriset potilaat ja heidän ongelmansa sekä lääkityksen ajantasalle saattaminen ja jatkoarviointi.
- Muistipotilaiden ongelmiin paneutuminen ja auttamismenetelmien kartoittaminen.
- Monisairaiden vanhusten ongelmatiikka / lääkitysten yhteensovittaminen jne.
- Kuntoutukseen paneutuminen akuuttivaiheessa esim. kaatumiset / murtumat, strokeen jälkitilat jne.