

2.3.2012

Painettu versio ilmestyy 18.4.2012 THL:n Raportti-sarjassa

HELSINKI

VANHENEMISEEN

VARAUTUVA KAUPUNKI

Harriet Finne-Soveri

Geriatrian dosentti

Ikäihmisten palvelut

Terveysten ja hyvinvoinnin laitos

OSA I

TAUSTA

- 1. JOHDANTO JA TAVOITTEET**
- 2. AINEISTO JA MENETELMÄT**
- 3. VÄESTÖ ASUMINEN ESTEETTÖMYYS**

1. JOHDANTO JA TAVOITTEET

1.1. Vanheneminen, sairaudet ja toimintakyky

Elimistön vanheneminen on yksilöllinen mutta vääjäämätön ja peruuttamaton tapahtuma, jota säätelevät geeniperimän lisäksi yksilön elämänsä varrella omaksumat elämäntavat ja erilaiset sattumat kuten onnettomuudet. Vanheneminen tapahtuu eri tahtiin eri yksilöillä, minkä lisäksi se tapahtuu eri tahtiin saman yksilön eri elimissä ja kudoksissa. Eritahtisuuden seurauksena yksilöiden sisäiset ja - väliset erot lisääntyvät. Eletty elämä, kokemukset sekä omaksutut strategiat, tottumukset ja niiden muovaamat mielihalut lisäävät vanhenevan väestön yksilöiden välistä erilaisuutta ja samalla yksilöiden yksilöllisyyttä. Mikä sopii yhdelle, ei sovi toiselle.

Biologinen ikääntyminen altistaa yksilöä uhkille. Toimivan solukon väheneminen ja säätelymekanismien rapautuminen altistavat vanhenevaa elimistöä sairauksille vähentämällä kykyä sietää painetta. Toipuminen hidastuu ja samalla kuoleman - ja toiminnanvajauksien vaara lisääntyy varakapasiteetin vähetessä.

Palvelujen suunnittelun kannalta merkittävää on ymmärtää ikääntyvien henkilöiden tarpeiden yksilöllisyys ja samalla heidän monipuoliset mahdollisuutensa vaikuttaa itse omaan elämäänsä ja ainakin jossain määrin avun ja huolenpidon tarpeen kehittymiseen.

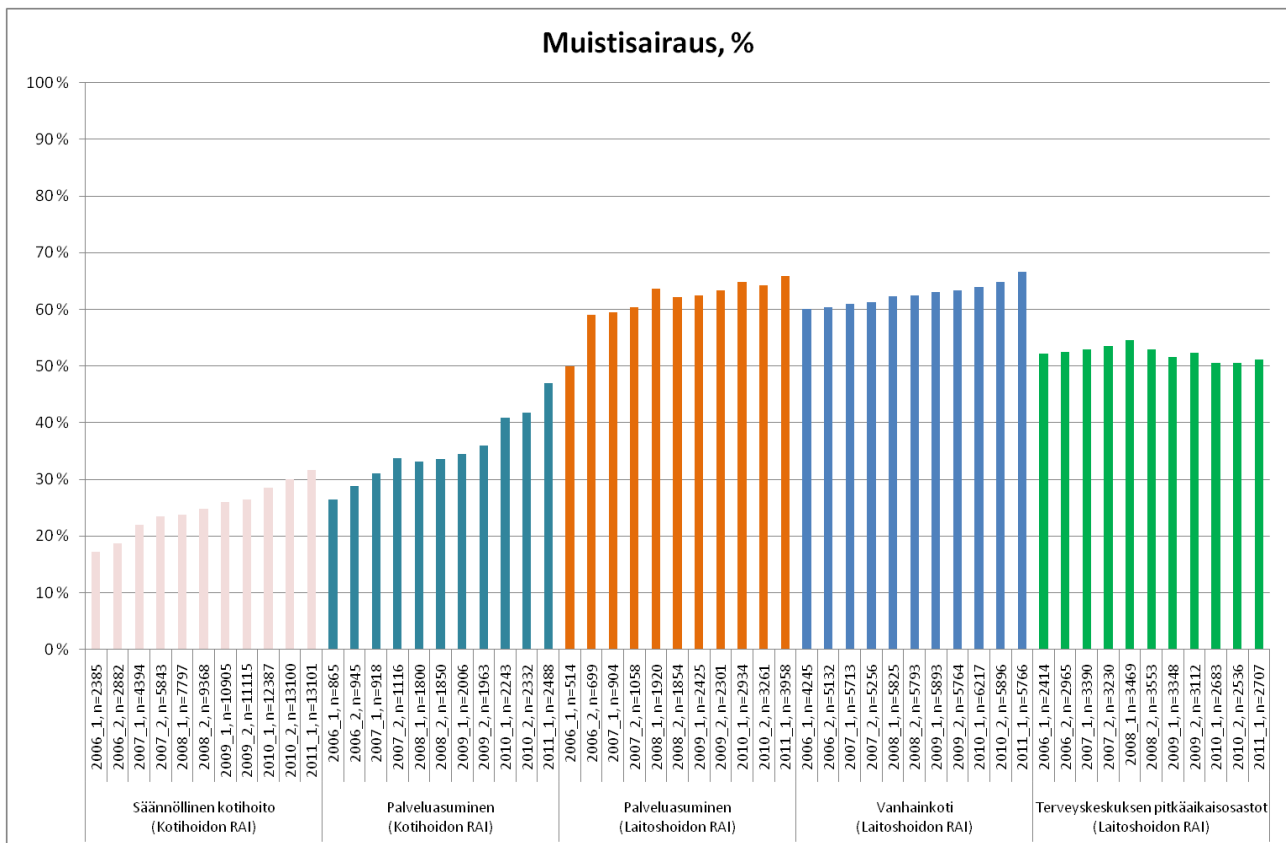
Kunta voi omalla toiminnallaan edistää tai vaikeuttaa ikääntyvän henkilön yrityksiä ylläpitää terveyttään, toimintakykyään ja hyvinvointiaan. Kuntan vaikutussektori on laaja ja ulottuu rakentamisesta, liikennesuunnittelusta ja palveluiden tarjonnasta niiden sijoitteluun laajuuteen ja hinnoitteluun.

Tärkein vanhenemiseen liittyvä toiminnanvajausta aiheuttava ja sitä kautta ikäihmisten palvelujen kysyntää kasvattava sairausryhmä on muistisairaudet. Niiden vallitsevuus nousee iän karttuessa siten, että 90 vuotta täyttäneistä joka kolmannella voidaan epäillä vähintään keskivaikeaa dementiaa, kun 65-69 vuotiaista näin on asian laita noin kahdella prosentilla. Väestöpohjaiset tutkimukset eri puolilla maailmaa ovat osoittaneet muistisairauksien olevan tärkein laitoshoitoon johtava syy (Aguero-Torres ym.), 1998, Luppa ym., 2009, Nihtilä 2010) ja elämän viimeisten vuosien merkittävä palvelujen ja pitkäaikaishoidon käytön ajuri (Jagger ym. 2011, Jylhä ym. 2011).

Muistisairauksista puhuttaessa tarkoitetaan yleensä ryhmää eteneviä sairauksia, jotka tavalla tai toisella rapauttavat aivojen älyllistä toimintakykyä, aluksi kapea-alaisesti ja sairauden edetessä laajasti ulottuen fyysisten toimintojen ja säätelyjärjestelmien vajaukseen. Muisti on vain yksi osa aivojen ylemmistä älyyn (kognitio) liittyvistä toiminnoista. Muita ovat esimerkiksi ajattelu, päättelykyky ja kielelliset toiminnot. Muistisairaudet voivat olla aivojen rappeumasairauksia kuten esimerkiksi Alzheimerin tauti tai Lewyn kappaletauti tai ne voivat olla verisuoniperäisiä. Lisäksi on olemassa joukko harvinaisempia erilaisista syistä johtuvia sairauksia, tai traumojen jälkitiloja, jotka myös aiheuttavat muistipulmia ja dementiaa.

Yhteistä näille sairauksille ja tiloille on niiden pitkäkestoisuus, etenevä toiminnanvajauksen kautta kuolemaan johtava sairauden kulku ja suuri palveluiden tarve sairauden loppuvaiheessa. Alzheimerin tauti ja verisuoniperäinen dementia muodostavat valtaosan muistisairauksista ja niiden riskitekijät ovat samat

Toinen eri muistisairauksille yhteinen tekijä on (useimmiten) vähintään kuukausia, mutta tavallisesti useita vuosia kestävä ajanjakso, jolloin täysin itsenäinen tai vain vähäistä tukea edellyttävä arkielämä on mahdollista ja voi jatkua pitkään jos ympäristön olosuhteet ovat optimaaliset. Optimaalisuus merkitsee omatoimisuuden ja itsenäisen päätöksenteon mahdollistamista turvallisesti ja avun nopeaa saatavuutta silloin kun sitä tarvitaan. Terveystilan ja toimintakyvyn ylläpitämisen kannalta on ensiarvoisen tärkeää hoitaa oheissairaudet hyvin sillä kaikenlainen fyysinen ja psyykinen kuormitus lisää perussairauden pahenemisen uhkaa. Nopeaan hoitoon pääsyyn liittyy nopea kotiin pääsy riittävin tukitoimin, missä tavoitteena on jäljellä olevan kuntoutuspotentiaalin täysimääräinen saavuttaminen, jotta kotona asuminen tuottaisi sekä hyvinvointia että kaikenpuolista taloudellista hyötyä.



Kuvio1. Muistisairauden diagnoosi (%) ikäihmisten palveluissa 2006-2011 RAI-järjestelmää käyttävissä organisaatioissa.

Lähde: THL RAI-tietokanta 2011

Kuvio 1 osoittaa muistisairauden diagnoosin yleistyneen ikäihmisten palvelujen asiakkailta Suomessa viimeksi kuluneen viiden vuoden aikana. Kuvion perusteella ei ole pääteltävissä johtuuko noususuuntaus muistisairauksien diagnostiikan yleistymisestä iäkkäillä henkilöillä, iäkkäimpien ikäryhmien lisääntymisestä väestössä vai palvelujen piiriin valikoitumisesta. On mahdollista, että nykyisen teknologiakehityksen vaiheessa on yhä helpompaa tukea monisairaiden henkilöiden omatoimista selviytymistä apuvälinein ja teknologian turvin silloin kun aivot ovat terveet. Kotona selviytymisen keinoja on vähemmän kun aivot ovat sairaat. Olipa muistisairauksien lisääntymisen syy mikä tahansa, kuvio osoittaa palveluihin valikoituvien asiakkaiden muistipulmien runsauden ja mahdollisesti kehityksen suunnan. Kuvion luvut peittävät kunakin vuonna noin 20-25 % Suomen säännöllisen kotihoidon ja

ympäri vuorokautista hoivaa tarjoavan palveluasumisen asiakkaista ja yli kolmasosan vanhainkotien ja terveyskeskusten pitkäaikaissasukkaista. Luvuissa mukana olevat organisaatiot ovat edustava otos sijaintikuntansa vastaavista palveluista. Hauraan muistin ja älyllisen toimintakyvyn merkitystä ei voi sivuuttaa suunniteltaessa palveluja iäkkäille.

Palvelujen tarvetta aiheuttavan toiminnanvajauksen taustalla vaikuttavan sairauden lisäksi ikäihmisten palveluja käyttävällä henkilöllä on lähes aina muitakin sairauksia. Muistisairauksien ohella muita ympärivuorokautiseen pitkäaikaishoitoon itsenäisesti johtavia pitkäaikaissairauksia ovat aivohalvaus, diabetes, kuntoutumaton lonkkamurtuma ja vaikeat psykiatriset sairaudet sekä syöpä (Einiö 2010). Sydän- ja verisuonisairaudet ovat yleisiä vaikka yksinään esiintyessään aivohalvausta lukuun ottamatta johtavat hyvin harvoin laitoshoidon.

Vanhenemiseen liittyvän haurastumisen, hauraus-raihnaus oireyhtymän, on osoitettu liittyvän sosiaali- ja terveyspalvelujen runsaaseen käyttöön ilman pitkäaikaissairauksiakin (Rochat ym.) 2010). Ilmiön vallitsevuudesta on osin ristiriitaista tietoa, koska tapa määritellä raihnaus vaihtelee. Linda Friedin (ym.2001) usein käytetyt kriteerit ovat uupumus, tahaton laihtuminen, vähäinen fyysinen aktiivisuus, hitaus ja heikkous. Vähintään kolmen osatekijän toteutumisesta on ruvettu nimittämään hauraus-raihnaus oireyhtymäksi (frailty) ja yhden tai kahden tekijän esiintymistä sen esiasteeksi. Voidaan karkeasti olettaa kuusikymmentä viisi vuotta täyttäneistä henkilöistä noin joka kymmenennen olevan hauras ja joka kolmannen esihauras.

Oikein valitulla ravitsemuksella ja säännöllisellä liikunnalla arvellaan olevan haurautta hidastava vaikutus. Suotuisien olosuhteiden vallitessa hyvän asianmukaisen hoidon ja kuntoutuksen ajatellaan johtavan toimintakyvyn palautumiseen tai sen heikkenemisen hidastumiseen, minkä ajatellaan edesauttavan vanhenevan yksilön elämänhallintaa ja sitä kautta edistävän hyvinvointia ja elämän laatua.

Tulevaisuuden palvelujärjestelmän volyyymiä suunniteltaessa ydinkysymyksiä ovat, miten pitkälle elämän viimeisiin kuukausiin toiminnanvajaus lopulta pakkautuu ja paljonko avun tarfitsijoita lopulta tulee lukumääräisesti olemaan vaikka iäkkäiden toimintakyky säilyisi nykyistä paremmin ja pitempään.

LaFortune ym. selvittelivät iäkkään väestön toiminnanvajauksen kehitystä OECD:n raportissaan (2007). Selvityksen mukaan iäkkäiden toiminnanvajaus näytti vähenevän vain viidessä tutkituista kahdestatoista maasta. Vaikka Suomi olikin yksi suotuisan kehityksen maista, väestön vanhimpien ikäluokkien nopea kasvu uhkasi joidenkin skenaarioiden mukaan jopa kaksinkertaistaa avun tarfitsijoiden lukumäärän.

Palvelujärjestelmään sisältyvien hyvien toimintatapojen yksi merkittävimmistä yhteiskunnallisista arvoista siinä, miten tehokkaasti ne kykenevät eliminoimaan vältettävissä olevan toiminnanvajauksen suoraan tai välillisesti. Onhan iäkkään kyvyttömyys suoriutua arjesta merkittävin elämän laatua heikentävä ja kustannuksia aiheuttava tekijä.

1.2. Asuminen ja eläminen

Ihmisen toimintakyky on vuorovaikutuksessa hänen ympäristöönsä, joka joko mahdollistaa ja edistää turvallista omatoimista elämistä tai vaikeuttaa sitä. Ympäristöllä voidaan tarkoittaa kotia, sen välitöntä ympäristöä tai ylipäätään kaupunkia tai seutua. Ympäristöllä voidaan tarkoittaa myös taloudellisia tai sosiaalisia voimavaroja, esimerkiksi omaisia ja ystäviä tai varallisuutta. Koulutustason, perhesuhteiden tai varallisuuden vähittäiset muutokset iäkkäässä väestössä voivat lisätä tai vähentää palvelujen oletettua kysyntää.

iäkkäiden perhesuhteet ja koulutustaso ovat muuttumassa. Vaikka vanhojen pariskuntien avioerojen määrä onkin kasvusuunnassa, miesten eliniän pidetessä puolison kanssa asuvien vanhojen ihmisten osuus näyttää lähivuosikymmeninä kasvavan enemmän kuin ilman puolisoa elävien. Lisäksi vuonna 2030 nykyistä useammilla 75 vuotta täyttäneillä oletetaan olevan elossa olevia lapsia. Koulutustason nousu näkyy iäkkäiden vähänkoulutettujen määrä vähenemisenä erityisesti ei-avioliitossa elävien osalta. Yksinasuva iäkäs on kyllä tulevaisuudessakin mitä todennäköisimmin leskinainen, mutta hän on korkeammin koulutettu kuin tänään (Backes ym. 2006).

Palvelujen kysynnän kannalta muutosten tämänkaltainen suunta on suotuista ensinnäkin koska naimisissa olevat näyttävät päätyvän harvemmin laitoshoitoon kuin lesket tai muut kuin naimisissa olevat. Toiseksi puolisoitten lisäksi omat tai puolison lapset ovat usein avun antajia tai hoivaajia. Kolmanneksi vapaaehtoistoiminta puolestaan näyttää liittyvän korkeaan koulutustasoon. Kun toiminnanvajauksen odotetaan samalla hitaasti lykkäytyvän kohti elämänkaaren loppupäätä, monet muutkin tekijät tulevat ainakin jossain määrin vähentämään painetta ikäihmisten palveluiden palvelutuotantoon vaikka väestö vanhenee.

Meneillään on myös ajattelun muutos. Kuva vanhenevasta henkilöstä hauraana hoidon ja hoivan kohteena on monipuolistumassa. Iäkäs henkilö nähdään objektin sijasta subjektina. Hänen omat voimavaransa, itsenäinen päätöksentekonsa sekä elämänlaadun ylläpitäminen ovat astuneet kuvaan mm. *Ageing in place* -ajattelun myötä. Kaikkialla länsimaissa etsitään mahdollisuuksia auttaa iäkästä asumaan asunnossaan mahdollisimman pitkään. Esimerkiksi Uudessa-Seelannissa hallitus on vuonna 2001 määritellyt *ageing in place* käsitteen merkitsevän ihmisten mahdollisuutta valita iäkkäinä, missä asua ja elää ja oikeutta saada tukea valinnan toteutumiseen ("make choices in later life about where to live and receive the support to do so"). *Ageing in place* - ajatteluun liittyviä arvoja ovat valinta, autonomia ja itsellisyys (Schofield ym. 2006.)

Eläkkeelle siirtymisen vaiheilla väestöllä näyttää esiintyvän muuttohalukkuutta, mikä iän karttuessa kuitenkin vähenee. Tutkimusten perusteella ikäihmiset näyttävät viettävän paljon aikaa asuinalueellaan ja keskusta-asuminen kiinnostaa (Juntto 2010).

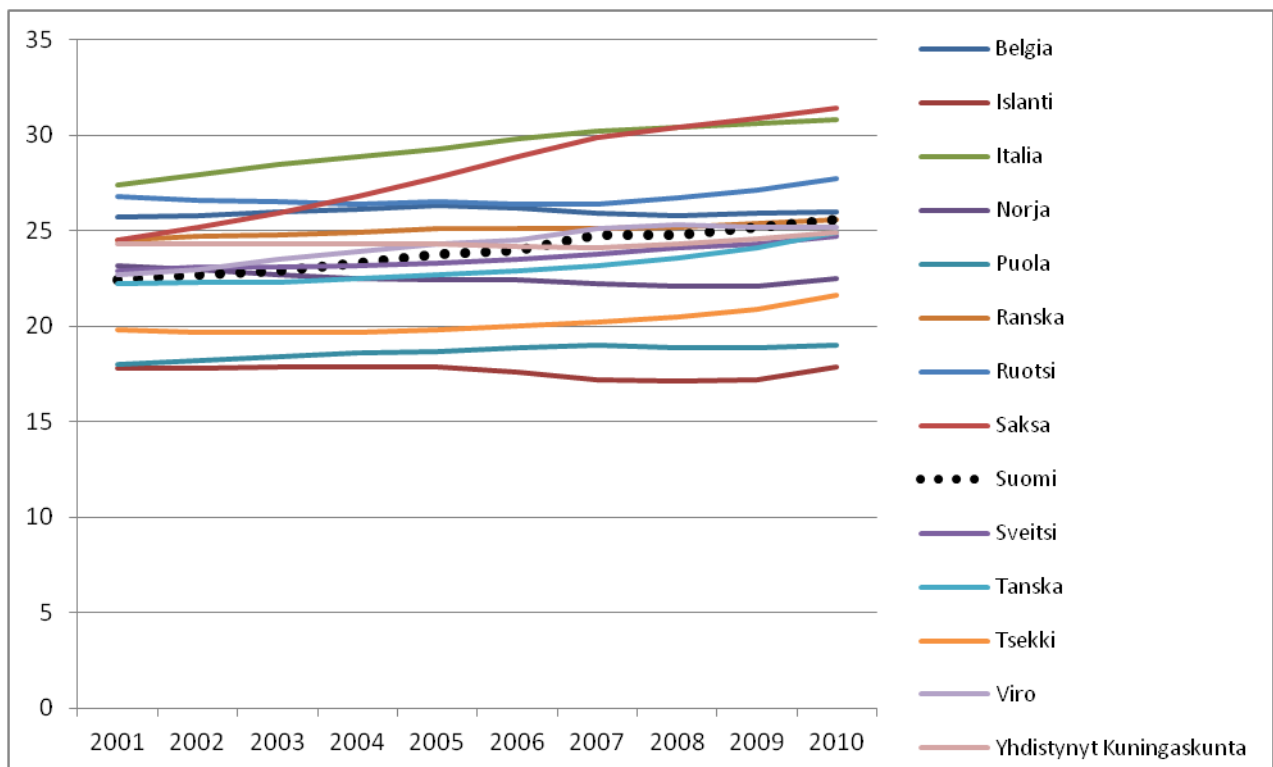
Teknologian käytön oletetaan lisääntyvän arkiaskareissa, ihmistenvälisessä yhteydenpidossa, turvajärjestelmissä sekä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teknologian hyödyntämistä muistisairaiden tukena on tukittu Pohjoismaisessa hankkeessa (Apuvälineet ja dementia Pohjoismaissa). Näyttö teknologiankin vaikuttavuudesta alkaa karttua ainakin turvallisuuteen liittyvän teknologian osalta. Palvelujärjestelmään sisältyviä muita merkittäviä hyviä toimintatapoja ovat kyky edistää toiminnanvajeisen(kin) yksilön omatoimisuutta ja itsemääräämisen mahdollisuutta hyödyntämällä ympäristön ja apuvälineistön mahdollisuudet yksilöllisesti. Helsingin kaupungilla on 2000.-luvulla ollut useita omia teknologian käyttöön ja ikäihmisten palveluihin liittyviä hankkeita. Tutkimushankkeista on tuotettu oma selvitys.

1.3. Ikääntymisen aiheuttamat kustannukset ja työmarkkinoiden haluttavuus

Sosiaali- ja terveystennojen ennustetaan kasvavan merkittävästi väestön ikääntyessä, huolimatta yksittäisistä päinvastaiseen suuntaan vaikuttavista trendeistä. Suomen julkisten menojen mittaluokka on sata miljardia euroa ja näistä menoista yli puolet menee sosiaali- ja terveystennoihin eli sosiaaliturvaan sekä sosiaali- ja terveystennojen rahoittamiseen. Se vastaa lähes puolta bruttokansantuotteesta (Moisio 2010).

Ympäri vuorokautisen laitoshoidon keskimääräinen kustannus Suomessa oli päivää kohti 120-150 €. vuonna 2007. Ympäri vuorokautista hoivaa tarjoavan palveluasumisen vastaavan kustannuksen laskettiin tuolloin olleen 93 €, mutta kustannusten vaihtelu eri kuntien välillä oli huomattavaa ja kustannukset riippuivat henkilöstömitoituksesta (Väisänen ja Hujanen 2010). Palveluasumisen kustannustietojen arviointi ei ole yhtenäistä tai vertailukelpoista epäyhtenäisen kirjaamisen ja raportointitapojen vuoksi. Hoivan ja huolenpidon kustannukset ovat kuitenkin merkittävät. STM:n ikähoivaraportin mukaan pelkästään ympärivuorokautiseen hoitoon käytetään Suomessa noin 2,3 miljardia euroa vuodessa (Hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden STM 2010).

OECD:n toukokuussa 2011 julkistaman raportin mukaan Suomi kulutti vuonna 2008 vähän yli kaksi prosenttia (2.2) bruttokansantuotteestaan pitkäaikaishoitoon, mikä osuus jakautui lähes puoliksi sairaanhoidollisen ja sosiaalialan hoivan kesken. Merkittävää oli jakauma laitoshoidon ja avohoidon välillä: bruttokansantuotteesta 0,9 % kului laitoshoitoon ja 0,1% pitkäaikaishoitoon omassa kodissa (Help wanted OECD 2011).



Kuvio 2. Vanhushuoltosuhteen* muutos 14 Euroopan maassa 2001-2010

Lähde: Sotkanet, THL 2012

*Vanhushuoltosuhteella tarkoitetaan 65 vuotta täyttäneen väestön suhdetta 18-65-vuotiaaseen väestöön.

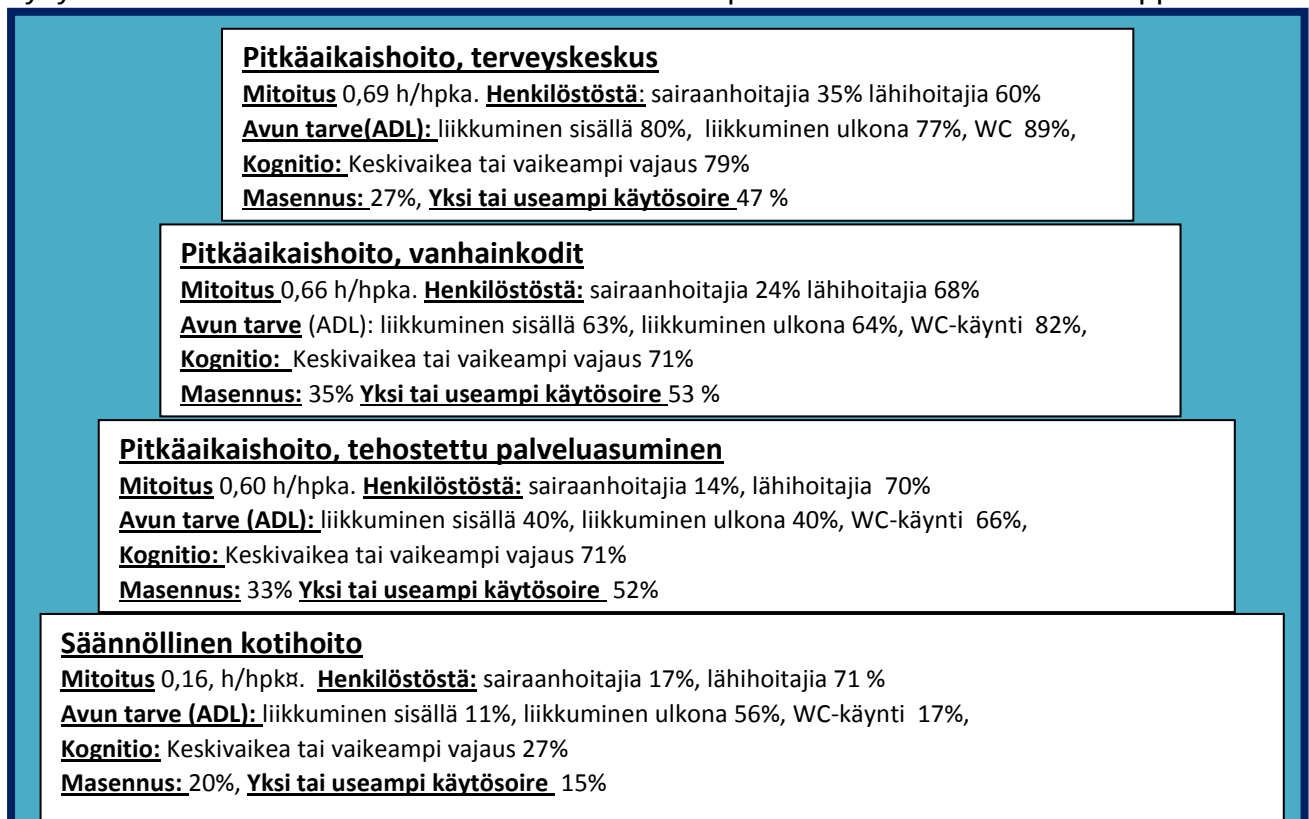
Ikääntyneiden pitkäaikaishoidon kustannusten osuuden bruttokansantuotteesta arvioidaan OECD-maissa nousevan nykyisestä noin 1 prosentista jopa 4 prosenttiin vuoteen 2050 mennessä (Fujisawa ja Columbo 2009). Tulonsiirrot, verohelpotukset ja yksityiset sosiaalimenot huomioiden Suomen sosiaali- ja terveysten bruttokansantuoteosuus on toistaiseksi pysytellyt OECD-maiden keskiarvon alapuolella (Moisio 2010), mikä merkinnee, että Suomessa palvelut on tuotettu kohtuullisin kustannuksin - tähän asti.

Koska henkilöstökustannukset muodostavat ikäihmisten palveluissa noin 70 % menoista, niiden kohtuullisuus on menojen hallinnan kulmakivi. Samalla tarvitaan toimenpiteitä hoiva-alan houkuttelevuuden lisäämiseksi. Väestön vanhetessa ja suurten ikäluokkien siirtyessä eläkkeelle 2010-2017 alaa uhkaa merkittävä työntekijävaje, sillä hoiva-alan houkuttelevuus erityisesti sairaanhoitajien taholla on ollut pitkään laskussa (Buerhaus ym. 2000). Korjaavien toimenpiteiden tulisi olla jo käynnissä. kaikilla yhteiskunnan tasoilla.

Huoltosuhteen kiihtyvä muutos (kuvio 2) suurten ikäluokkien työntekijöiden siirtyessä eläkkeelle ja tästä koituva tulojen menetys tapahtuvat samaan aikaan hoivattavien lukumäärän kasvun kanssa. Näistä syistä johtuva kustannusten nousu tulee edellyttämään monia muutoksia tapoihin turvata henkilöstön riittävyys, järjestää palvelut ja rahoitus.

1.4. Ikäihmisten palvelut muutoksessa

Pitkäaikaishoitoa tarvitsevan henkilön asuminen ja siihen liittyvä palvelujärjestelmä tukevat nykyisellään vain osittain tai ei ollenkaan samassa paikassa asumista elämän loppuun asti.



Kuvio 3. Kustannus-laatuportaitikko suomalaisessa iäkkäiden pitkäaikaishoidossa 2008

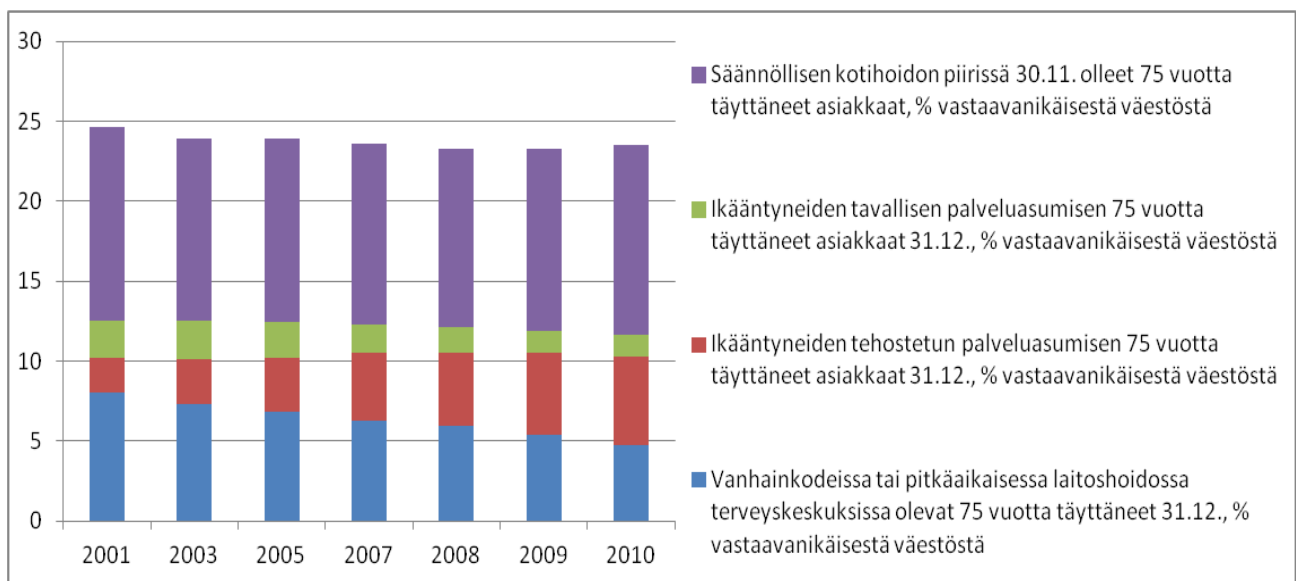
Lähteet: muotoiltu artikkeleista Finne-Soveri ym. 2008, Noro ym. 2008, Noro ym. 2009, sekä RAI-tietokanta, THL:

*Kotihoidon mitoitusluku on vuodelta 2007

Terveystilan ja toimintakyvyn heiketessä kustannustehokkuusajattelu on edellyttänyt iäkkään muuttavan vähemmän resursseja tarjoavasta yksiköstä enemmän tarjoavaan. Henkilön yleistilan ja toimintakyvyn kohennuttua seurauksena on ollut päinvastainen muuttoliike, jotta hyvin resurssoituissa yksiköissä ei hoidettaisi kevythoitaisia asiakkaita. Edestakaisin muuttaminen on voinut toistua elämän viimeisinä vuosina usean kerran.

Toistuvien muuttojen välttämisyrietykset ovat synnyttäneet toimintamallin, jonka tarkoituksena on ollut suoda ikääntyneille ihmisille mahdollisuuden asua elämänsä loppuun asti paikassa, jossa alun pitäenkin ovat asuneet - kotona. Tämä sillä varauksella, että kotoa pääsee tarvittaessa laitokseen tai palvelutaloon, mutta viimeistään tässä paikassa saisi asua halutessaan elämänsä loppuun asti tarvitsematta enää muuttaa, kävi palveluntarpeen miten tahansa.

Seurauksena on ollut palvelujen porrastuksella aikaansaadun kustannushyödyn menetys. Kuvion 3 hoidon porrastus on laskettu vuoden 2008 lopun RAI-tiedoista ja siinä havaitaan keskivaikeaa tai sitä vaikeampaa kognition vajausta sairastavia löytyvän lähes yhtä paljon kaikilta asumispalveluja tarjoavilta portailta, jolloin myös käytösoireiden ja masennuksen osuus on lähes samanlainen. Näin ei asianlaita ollut vielä 2007. Fyysistä apua tarvitsevien määrä oli vielä vuonna 2008 sitä korkeampi, mitä korkeammalla portaikossa oltiin. Vuoteen 2007 verraten oli kuitenkin tapahtunut muutos, missä palveluasumisen, vanhainkotien ja terveyskeskuksen vuodeosastojen asiakkaiden tarpeet olivat lähentyneet toisiaan (Finne-Soveri ym. 2008, Noro ym. 2008, Noro ym. 2009).



Kuvio 4. Ikäihmisten hoivan- ja ympärivuorokautisen hoidon 75 vuotta täyttäneet asiakkaat % samanikäisestä väestöstä

Lähde: Sotkanet, THL

Suomessa on koko 2000-luvun ollut käynnissä palvelurakenteen sisäinen muutos, missä iäkkäiden tehostettu palveluasuminen valtaa alaa laitosasumiselta, mutta ympärivuorokautisen hoidon peittävyys säilyy muuttumattomana (kuvio 4). Kotihoidon peittävyys on vähentynyt samanaikaisesti.

Vuoden 2010 lopussa ympärivuorokautista hoitoa joko vanhainkodeissa tai palvelutaloissa sai Suomessa yhteensä 44 726 henkilöä. Seitsemänkymmentä viisi vuotta täyttäneistä vanhainkotihoitoa sai 3,2% ja ympärivuorokautista hoitoa palvelutalossa 5,6%.

Kaikista ympärivuorokautista hoitoa vanhainkodeissa tai palvelutaloissa saaneista 14% oli alle 75-vuotiaita (Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2010). Säännöllistä kotihoitoa sai 68 865 henkilöä. Heistä 61 090 oli täyttänyt 65 vuotta ja 51 820 oli täyttänyt 75 vuotta. 75 vuotta täyttäneistä yhteensä 11,9% sai säännöllistä kotihoitoa. Kotihoidon peittävyys vuonna 2010 oli pienempi kuin vuosina 1995-2001 (Noro ym. 2012).

Omaishoidon tukea saavien osuus oli kaksinkertaistunut vuodesta 1995 ja hoidettavia oli vuonna 2010 lähes 25 000 (Noro ym. 2012).

1.5. Helsingin väkiluku ja organisaatiomalli

Helsingin väkiluku oli vuoden 2010 lopussa Helsingin väestötietojärjestelmän ennakkotiedon (21.4.2011) mukaan 589 549 henkilöä, jotka asuivat yhteensä 34 peruspiirin ja 6 suurpiirin alueella.

Kuusikymmentä viisi vuotta täyttänyt väestö koostui Helsingin tietokeskuksen mukaan vuoden 2010 lopussa yhteensä noin 88 069 henkilöstä, joista lähes puolet (40 044) oli täyttänyt 75 vuotta ja joista puolestaan yli puolet (24 102) oli täyttänyt kahdeksankymmentä vuotta.

Tätä selvitystä aloitettaessa 2.5.2011 ikääntyneiden palvelut Helsingissä oli järjestetty erikseen sosiaaliviraston ja terveyskeskuksen huolehdittavaksi ja poliittinen päätöksenteko oli vastaavasti jaettu kahden lautakunnan alaisuuteen. Selvityksen loppupuolella Helsingin kaupunginvaltuusto päätti 30.11.2011 kokouksessaan yhdistää sosiaali- ja terveystoimen vuoden 2013 alusta. Vanhuspalveluilta odotettiin pöytäkirjan mukaan riittävyyttä ja sujuvuutta.

1.7. Selvityksen tavoitteet

Selvityksen tavoitteena on kartoittaa iäkkäiden hoidon ja palveluiden nykytila Helsingissä sekä tarjota tietoon ja näyttöön perustuvia kestäviä ja toteuttamiskelpoisia ehdotuksia palvelujen järjestämiseksi seuraavan kymmenen vuoden ajaksi. Ehdotukset sovittiin esitettäviksi eritasoisina avauksina, joiden pohjalta haluttaessa voidaan rakentaa kehittämisprojekteja.

Tavoitteet purettiin seuraaviksi alakysymyksiksi

- Väestön vanhenemisen vaikutus Helsingin eri alueisiin
- Keitä ovat pitkäaikaishoidon asiakkaat säännöllisessä kotihoidossa, palvelutaloissa sekä vanhustenkeskuksissa ja millaisia ovat heidän tarpeensa
- Miten käytettävissä olevat voimavarat on tunnistettu ja kohdennettu
- Miten asiakaskeskeisyyttä kannattaa kehittää, jotta palvelun sujuvuutta voitaisiin lisätä ja voimavarat saataisiin riittämään

2. AINEISTO JA MENETELMÄT

2.1. Helsingin kaupungin rekisterit

Selvityksessä on käytetty Helsingin kaupungin tietokeskuksen Helsingin sosiaaliviraston ja terveyskeskuksen aineistoja sekä aiempia selvityksiä. Helsingin kaupungin tietokeskus on lisäksi laskenut sovitusti alue- ja peruspiirikohtaisia lukuja. Think-tank tyypiksiä tapaamisia järjestettiin tietokeskuksen kanssa neljä.

Taulukko 1. Tietokeskuksen kanssa järjestettyihin eri tapaamisiin osallistuneet henkilöt

Helsingin kaupungin tietokeskus (TIEKE)	Helsingin kaupungin talouskeskus (TASKE)	Vanhuspalvelujen vastuualue (VAVA), Helsingin kaupunki	Ikäihmisten palvelut (IIPA), THL	Suomen ympäristökeskus (SYKE)
Asta Manninen	Mirjam Heikkinen	Timo Vierelä	Sirpa Andersson	Mika Ristimäki
Pekka Vuori			Harriet Finne-Soveri	
Sini Askelo				
Eija Rauniomaa				
Elisa Haapamäki				
Tea Tikkanen				

2.2. Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen rekisterit

Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) hoitoilmoitusrekisterien tietoja vuosilta 2001-2010 käytettiin palveluiden vertailussa (www.Sotkanet.fi).

Laitokseen puolivuositain kertyvää RAI-aineistoa käytettiin uusiin analyyseihin säännöllisen kotihoidon, palveluasumisen, vanhainkotihoidon ja terveyskeskuksen pitkäaikaishoidon osalta. Säännöllisen kotihoidon helsinkiläisistä asiakkaista suoritettuja arviointeja oli kaikkiaan 37 793 ja omana toimintana järjestetystä palveluasumistoinnista arviointeja oli 11343. Ostopalveluina tuotetusta palveluasumisesta arviointeja oli 3010, ja vanhustenkeskuksista 60314.

Terveyskeskuksen pitkäaikaishoidosta arviointeja oli kaikkiaan 20 501 vuosina 2000- 2009. Vuodesta 2010 alkaen nämä entisten sairaaloiden osastoilla suoritettut arvioinnit sisältyvät vanhustenkeskusten lukuihin. Tässä selvityksessä terveyskeskuksen pitkäaikaishoidon luvut on eroteltu omaksi ryhmäkseen voimavarojen kohdentumista ja muutoksen seuraamista varten.

2.2.1. RAI-järjestelmän yleiskuvaus

RAI järjestelmä on yksilön hoidon ja palveluiden laadun ja kustannustehokkuuden parantamiseksi kehitetty standardoitu ja kansainvälisesti päteväksi osoitettu asiakkaan tarpeiden ja voimavarojen arviointijärjestelmä. Se on ensisijaisesti kehitetty yksilöllisen hoitosuunnitelman apuvälineeksi. Arviot suoritetaan aina palvelut aloitettaessa ja sen jälkeen vähintään puolivuositain. Tavoitteena on löytää sellaiset toimintakykyä ja

hyvinvointia uhkaavat tekijät, jotka hyvällä hoidolla voidaan korjata sekä auttaa yksilöä hyödyntämään omia voimavarojaan omatoimisuuden turvaamiseksi (Hawes ym. 1997). Hoidon ja palvelujen laadun sekä kustannustehokkuuden on osoitettu paranevan käyttöönoton jälkeen (Mor ym. 1997, Phillips ym 1007, Hansebo ym. 1999).

2.2.3. Selvityksessä käytetyt RAI-järjestelmään sisältyvät mittarit

Tässä selvityksessä käytettiin tärkeimpiä sellaisia RAI-järjestelmään kuuluvia mittareita, joita voidaan käyttää yhteismitallisesti sekä kotihoidossa että ympärivuorokautista hoivaa tarjoavissa asumispalveluissa. Mittarit ovat käyttökelpoisia myös palvelutarpeen alku- ja toistoarvioinneissa.

1. Arjesta suoriutuminen

- Arjesta suoriutumista mitataan yleensä päivittäisistä henkilökohtaisista toiminnoista (BADL) suoriutumisena ja/tai kotitalouden hoitoon tai lääkkeiden ottoon sekä välineiden käyttöön liittyvänä suoriutumisena (IADL). Tähän selvitykseen valittiin kaksi BADL-mittaria.
- Pitkän ADL-mittarin (ADL-long) asteikko on 0-28, missä nolla merkitsee itsenäistä suoriutumista päivittäisissä toiminnoissa ja kaksikymmentä kahdeksan kaikissa toiminnoissa täysin autettavaa. Mitatut osa-alueet ovat liikkuminen sängyssä, siirtyminen tasolta toiselle, käveleminen omssa huoneessa ja osaston käytävällä, liikkuminen yksikön sisätiloissa, liikkuminen ulkona, pukeutuminen, WC:n käyttö, syöminen, henkilökohtaisen hygienian hoito ja kylpeminen. Mittari soveltuu parhaiten yksilötason seurantaan.
- Hierarkkisen ADL-mittarin (ADLh) asteikko on 0-6, missä nolla merkitsee omatoimista ja kuusi täysin autettavaa henkilöä (Morris ym. 1999). Mitatut osa-alueet ovat henkilökohtaisen hygienian hoito, WC:ssä suoriutuminen, liikkuminen ja syöminen. Mittari soveltuu kuntouttavan hoitotyön kohdentamiseen ja kuntatason seurantaan

2. Kognition vajeus (dementia)

- Kognition, eli älyllisen toimintakyvyn vajeus, on monitahoinen ilmiö. johon liittyy muistin lisäksi monimutkaisia älyllisiä toimintoja.
- Tässä selvityksessä käytetty mittari on Cognitive Performance Scale (CPS), jonka asteikko 0-6, missä nolla merkitsee normaalia ja kuusi erittäin vaikeaa kognition vajeusta. Mitatut osa-alueet ovat lähimuisti, päätöksentekokyky, ymmärretyksi tuleminen, tajunnan taso ja kyky syödä itse.
- Koska mittarin käyttö perustuu hoitajan havainnointiin, eikä edellytä arvioitavan omaa erityissuoritusta, sen avulla on mahdollista tarkastella kaikkien ikäihmisten palveluiden asiakkaita yhteismitallisesti, riippumatta kognition vajeuksen vaikeusasteesta (Morris ym.1994).

3. Terveystilan vakaus

- Terveystilan vakaudella on yhteys pitkäaikaissairauksien asteeseen ja elinennusteeseen.
- Terveystilan vakautta kuvaava mittari, Changes in Health, End-stage disease and Symptoms and Signs (CHESS) kehitettiin Kanadassa sekä laitos- että kotihoitopotilaiden horjuvan terveystilan arvioimiseksi. Mittari

asteikko on 0–5, jossa arvon nolla saa vakaa terveydentila ja arvon 5 erittäin epävakaa terveydentila. Mittarin osa-alueet ovat oireita (oksentelu, turvotus, hengenahdistus), ravitsemustilaan liittyviä havaintoja (tahaton painon lasku, riittämättömät ateriat, riittämätön nesteiden saanti) toimintakyvyn muutoksia (päättöksentekokyvyn huononeminen, päivittäisen toimintakyvyn huononeminen) sekä kuoleman läheisyys.

- Mitä korkeampi mittarin lukema on, sen heikompi on elinennuste (Hirdes ym. 2003).

4. Palvelun tarve

- Palvelutarpeen kokonaisvaltainen arviointi edellyttää muu toimintakyvyn eri ulottuvuuksien sekä niihin liittyvien riskitekijöiden vuorovaikutukseen ja mittaamiseen perustuvaa arviointia (www.toimia.fi).
- Method for Assessing Priority Levels (MAPLe), jossa asteikko on 0-5. Nolla merkitsee erittäin vähäistä palvelujen tarvetta, viisi erittäin runsasta. Mitatut osa-alueet käsittävät hierarkkisen ADL-, ja CPS mittareiden lisäksi lääkityksestä suoriutumiseen, ravitsemukseen, terveydentilaan ja turvallisuuteen liittyviä kysymyksiä. Psyykkisen toimintakyvyn alueelta mitataan käytösoireita. Sosiaaliselta alueelta mittari käsittää mm. kotiympäristön vaaratekijöiden arvioinnin.
- MAPLen avulla voidaan hahmottaa sekä tarvittavan hoivan ja palveluiden sisältöä että palveluiden määrällistä tasoa (Hirdes ym. 2008). Palvelutarpeen mittaria on käytetty säännöllisen kotihoidon ja kaupungin toimintana järjestetyn palveluasumisen asiakkailta ja se saadaan käyttöön vuoden 2012 aikana myös vanhustenkeskuksissa. Mittaria käytetään laajasti esimerkiksi Kanadassa asiakkaiden palvelutarpeen arviointiin ja sijoitteluun (case management).

5. Mieliala

- Mielialaa, erityisesti alakulua, on mitattu Depression Rating Scale-mittarilla (DRS), jonka asteikko on 0-14, missä nolla merkitsee alakulon oireiden poissaoloa, mutta 3 pistettä tai enemmän merkitsee kliinisen masennuksen epäilyä (Burrows ym. 2000).

6. Kustannuspaino

- Kustannuspaino on hoitoaikaa ja henkilöstön osaamistasoa kuvaava suhdeluku, jota käytetään välillisesti ilmaisemaan hoitoisuutta tai työn kuormittavuutta laitos- tai kotihoidossa.
- Tässä selvityksessä on käytetty Resource Utilization Groups III luokitukseen kuuluvaa 22 alaluokkaa sisältävää mittaria (RUG III/22) ja siihen kuuluvaa kustannuspainoa, jonka asteikko on 0,42 - 2,52. Suhdeluku on laskettu mittaamalla kuhunkin hoivattavaan yksilöön kohdistunut hoito-, hoiva- tai annetun avun aika, minkä keskiarvo on vakioitu luvuksi yksi. Suhdeluku osoittaa, että vanhainkodeissa ja vanhustenkeskuksissa asuvien eniten henkilöstöltä aikaa saaneiden asiakkaiden saama hoiva-aika voi nelinkertainen verrattuna vähiten aikaa saaneisiin.
- Kustannuspainoa hyväksi käyttäen voidaan rakentaa hinnoittelujärjestelmä esimerkiksi palvelusetelin käyttöä varten koti- ja laitoshoidon

2.3. Haastattelut

Henkilöstön ja päälliköiden haastattelut suoritettiin taulukoiden 2 - 4 mukaisesti ryhmä- tai yksilöhaastatteluina 5.5.- 22.6. välisenä aikana.

Kaikille haastatelluille esiteltiin selvityksen toimeksianto ja heitä pyydettiin esittämään kokemukseensa tai tutkittuun tietoon perustuvia näkemyksiään iäkkäiden henkilöiden hoidosta

- mikä menee hyvin
- missä on oikea suunta, mutta on vielä kehitettävää
- mikä on pulmallista

Jos toimialueen rajapinnat eivät tulleet ensimmäisten kohtien käsittelyssä spontaanisti esiin, haastateltuja pyydettiin tarkentamaan arviotaan oman toimintakenttensä tai toimialan sisäisiin sekä toimialojen tai hallintokuntien välisiin rajapintoihin.

Kunkin tahon aihepiiriä koskevia kysymyksiä syvennettiin tarpeen mukaan. Haastattelutilanne pyrittiin pitämään stukturoituna mutta joustavana kokemukseen perustuvan tiedon kuulemiseksi.

Taulukko 2. Terveyskeskus

Aika	Taho	Nimi
5.5.	Terveysasemat	Antti Iivanainen, terveysasemien johtaja Antti Hemminki, johtava ylilääkäri, Lännen terveysasemat Kari Korhonen, johtava ylilääkäri, Keskustan terveysasemat Nina Ahlblad-Mäkinen, ylihoitaja, Keskustan terveysasemat
13.5.	Muistipoliklinikka	Marja-Liisa Laakkonen, ylilääkäri, Laakson sairaala
13.5.	Ylin johto	Riitta Simoila, kehittämisjohtaja
18.5.	Kotihoito	Lyytinen Anna-Liisa, kotihoidon johtaja Iso-Aho Merja, kotihoidon ylilääkäri Nuorivaara Sarri, kotihoitopäällikkö, etelä Raulos Eeva, kotihoitopäällikkö, itä+kaakko Sandelin Eeva, kotihoitopäällikkö, pohjoinen Tolkki Pirjo, kotihoitopäällikkö, keskinen Väisänen Pirjo, kotihoitopäällikkö, länsi
13.6.	Kotihoito	Lyytinen Anna-Liisa, kotihoidon johtaja
18.5.	Psykiatria	Tuula Saarela, psykiatrian johtaja
3.6.	Suu ja hampaat	Seija Hiekkänen, ylihammaslääkäri
15.6.	Psykiatria	Eeva Hölttä, ylilääkäri, psykiatria
19.5.	Hoitoketjut	Kristina Backlund, hoitoketjuylilääkäri
27.5.	Kaupungin sairaala	Eeva Ketola, johtajalääkäri, kaupunginsairaala Saija-Riitta Eskola-Manneri, ylihoitaja, Suursuon sairaala Pertti Heikkilä, ylilääkäri, kuntoutusyksikkö Merja Iso-Aho, ylilääkäri, kotihoito Kirsi Kinnunen, apulaisylilääkäri, Laakson sairaala Jani Mononen, osastonlääkäri, Haartmanin päivystys
20.6.	Kotisairaala	Eeva Leppävuori, ylilääkäri, kotisairaala
22.6.	Henkilöstö	Seija Ginström, geriatrian erikoislääkäri, pääluottamushenkilö Mirja Pirskanen, hoitaja, luottamushenkilö

Haastatteluihin varattiin 1,5-2 tuntia riippuen ryhmän koosta. Kaksi yksilöhaastattelua suoritettiin puhelimitse. Ryhmähaastattelujen kirjaamisen suorittivat Helena Saloniemi Sosiaalivirastosta ja Hanna-Leena Nuutinen terveyskeskuksesta. Haastattelut toteutuivat suunnitellusti.

Taulukko 3. Helsingin sosiaalivirasto

30.5.	Hoitoketjut	Riitta Aejmelaesus, ylilääkäri,
31.5.	Ylin johto	Arja Peiponen, vanhuspalvelujohtaja
31.5.	Hyvinvointia edistävät kotikäynnit	Maarit Varis, suunnittelija
31.5.	Vapaaehtoistoiminta	Saara Jäämies, Vapaaehtoistoiminnan koordinaattori, Kustaankartanon vanhustenkeskus ja läntinen suurpiiri
1.6.	Aluepäälliköt	Maarit Rautio, Läntinen sosiaali- ja lähityön yksikkö Riina Lilja, Itäinen sosiaali- ja lähityön yksikkö Sirpa Järnström, Pohjoinen sosiaali- ja lähityön yksikkö Liisa Viljaranta, Eteläinen sosiaali- ja lähityön yksikkö
7.6.	Kehittämiskonsultit	Helena Soini, vanhustyön kehittämispäällikkö Leila Pitkälho, kehittämiskonsultti Timo Vierelä, suunnittelija Satu Vihersaari-Virtanen, hoitotyön asiantuntija Päivi Portin, hoitotyön asiantuntija
8.6.	Palvelukeskukset	Riitta Kauppila, johtaja, Kampin palvelukeskus Sari Hedman, johtaja, Kinaporin palvelukeskus, Kontulan palvelukeskus Marketta Saastamoinen, johtaja, Munkkiniemen palvelukeskus Helena Siltala, johtaja, Töölön palvelukeskus
10.6.	S-info	Pirkko Excell, johtava neuvoja
10.6.	Palvelusetelit	Tuulikki Siltari, ostopalvelupäällikkö
10.6.	Entiset terveyskeskussairaalat	Seija Meripaasi, pitkäaikaishoidon päällikkö Riitta Lahtinen, johtava ylihoitaja, Myllypuron vanhustenkeskus Anneli Wallden, johtava ylihoitaja, Koskelan vanhustenkeskus, Claudia Hellström, ylihoitaja, Kivelän vanhustenkeskus Kirsi Pentikäinen, suunnittelija, Kivelän vanhustenkeskus Hannele Hyvönen, perushoitaja, henkilöstön edustaja, Kivelän vanhustenkeskus
13.6.	Palveluasuminen	Tarja Näkki, johtaja, Itäkeskuksen palvelutalo Erja Lantinen, johtaja, Puistolan palvelutalo Annikka Id, johtaja, Vuorensyrjän palvelutalo Eeva-Liisa Tuominen, vanhainkoti- ja palveluasumispäällikkö
13.6.	Työsuojelu	Satu Pikkainen, työsuojeluvaltuutettu Jari Mäenmaa, työsuojeluvaltuutettu Outi Moilanen, sosiaaliohjaaja, eteläinen sosiaali- ja lähityön yksikkö, henkilöstön edustaja Pirjo Taberman, osastonhoitaja, Kustaankartanon vanhustenkeskus, henkilöstön edustaja
14.6.	Maahanmuuttajat	Maija Hyttinen, suunnittelija, Kontulan vanhustenkeskus
15.6.	Vanhustenkeskukset	Malla Hinttala, johtaja, Riistavuoren vanhustenkeskus Leila Koivisto, johtaja, Kontulan vanhustenkeskus Leena Pohjala, johtaja, Kustaankartanon vanhustenkeskus Marja Nurmi-Köngäs, johtaja, Töölön vanhustenkeskus Tiina Halonen, hoitaja, Riistavuoren vanhustenkeskus
15.6.	Ruotsinkieliset	Malena Seppä, johtava sosiaalityöntekijä, Merja Etholen-Rönnberg, sosiaali- ja lähityön päällikkö
16.6.	Alueellinen toiminta	Timo Vierelä, suunnittelija

Taulukko 4. Helsingin työterveyshuolto, liikuntavirasto, kulttuurivirasto sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin päivystys

Aika	Taho	Nimi
19.5.	Päivystys, HUS	Raija Malmström, päivystysalueen johtava ylilääkäri
30.5.	Kulttuuri	Jenni Varho, kulttuurisuunnittelija
7.6.	Liikunta, Sosv ja Lv	Minna Ekman, liikunnasuunnittelija
13.6.	Työterveyshuolto	Helena Helko, Työterveyslääkäri, Marja-Liisa Soidinmäki, ylihoitaja, työterveys

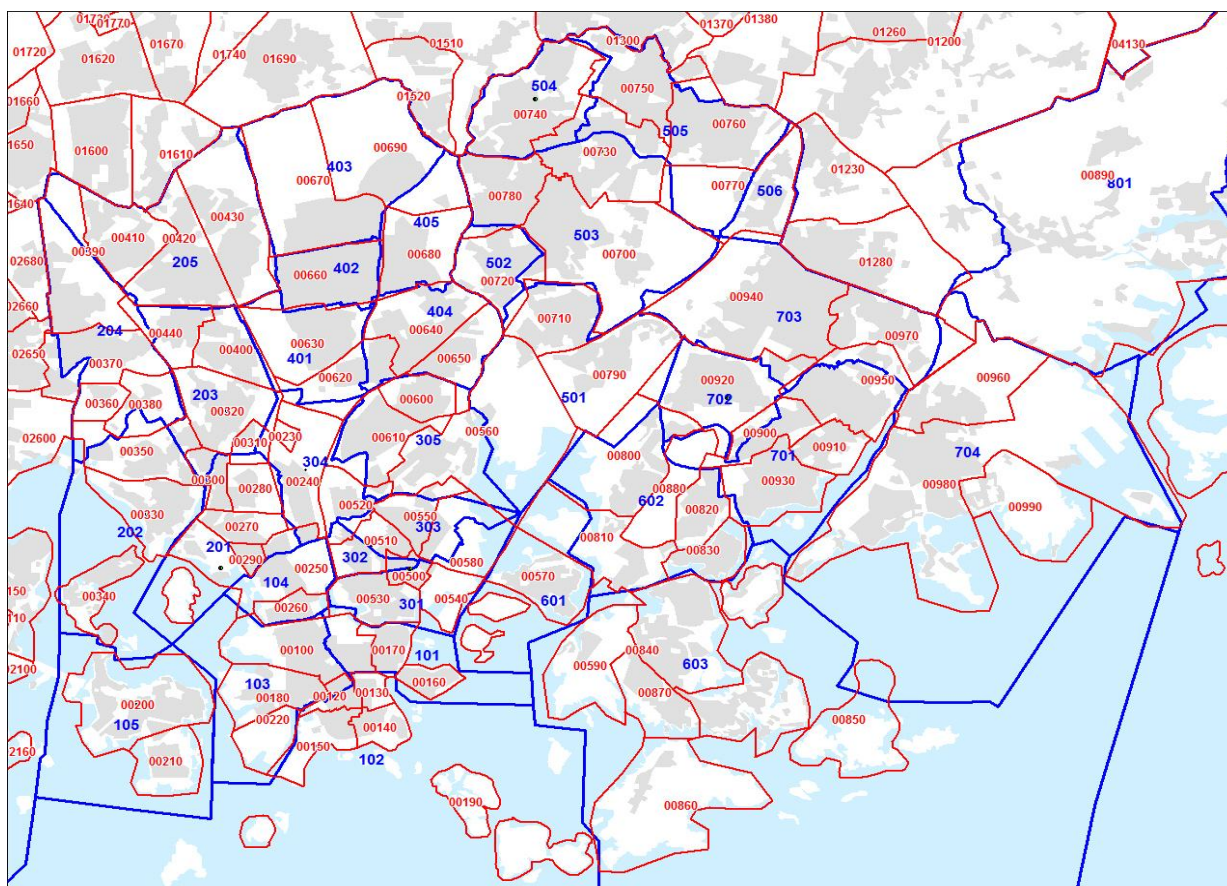
HUS=Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri

Lv=Liikuntavirasto

Aikaa varattiin elokuulle 2011 kahta hallinnonalojen yhteistä SWOT-analyysia varten. Yhteinen keskustelu ei edennyt suunnitelman mukaan, minkä vuoksi ensimmäisen tilaisuuden tehtävää ei suoritettu ja toinen tilaisuus peruutettiin.

2.5. Analyysit

2.4.1. Alueelliset analyysit



Kuvio 5. Helsingin peruspiirit

Lähde:Helsingin kaupungin Tietokeskus 2011

Alueellista tarkastelua varten analyysieihin käytetyt aineistot jaettiin suurpiireihin ja kuvion 5 mukaisesti myös peruspiireihin. Postinumeroita käytettiin erilaisista aineistoista johtuvien laskentatapojen yhdistämiseen ja oikean peruspiiriin tarkistamiseen. Alueellista tarkastelua käytettiin säännöllisen kotihoidon asiakkaiden analyyseissä.

Pitkäaikaishoito luokiteltiin kotihoitoon, palveluasumiseen ja laitoshoidon. Palveluasumisesta erotettiin omiksi ryhmikseen kaupungin omana toimintana ja ostopalveluina tuotettu palveluasuminen. Laitoshoidosta erotettiin omaksi ryhmäkseen entiset terveyskeskuksen pitkäaikaishoidon sairaalat (Kivelän, Koskelan ja Myllypuron sairaalat), jotka muuttuivat 1.1.2020 alkaen vanhustenkeskuksiksi siirryttyään Helsingin terveyskeskuksen alaisuudesta sosiaalivirastolle.

2.4.2. Tilastolliset analyysit

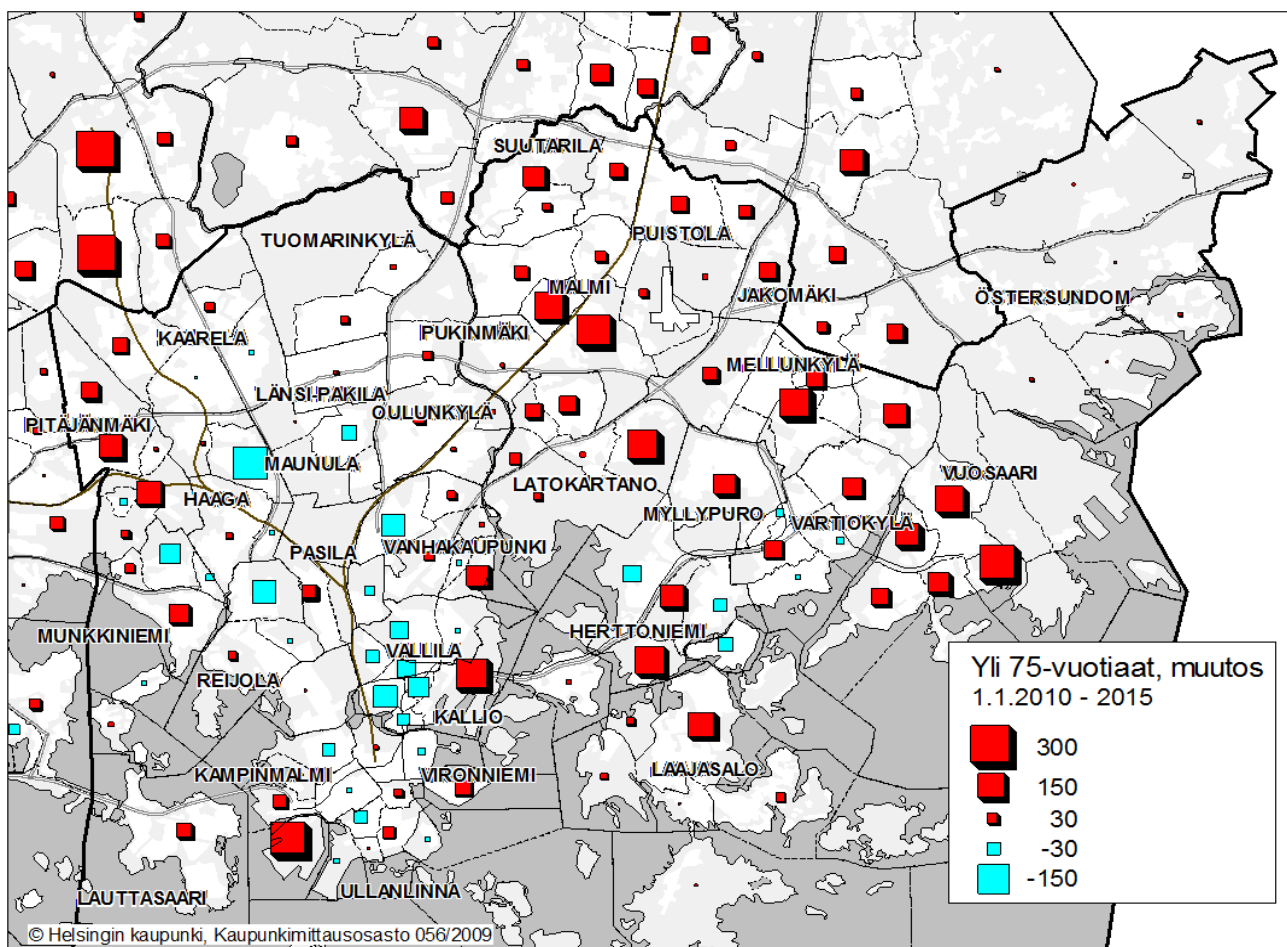
Tilastolliset analyysit tehtiin RAI-aineistosta käyttämällä suoria jakaumia, keskiarvoja, ristiintaulukointia ja Khiin neliön testiä dikotomisille muuttujille. Logistista regressioanalyysiä käytettiin analysoitaessa jatkuvia muuttujia sekä testattaessa eri ilmiöihin liittyviä itsenäisiä tekijöitä. Analyysit tehtiin käyttäen SAS-tilastolaskentaohjelmaa (Copyright (c) 2002-2003 by SAS Institute Inc., Cary, NC, USA). Analyysit esitetään THL:n erikseen toimittamassa julkaisussa.

3. VÄESTÖ, ASUMINEN JA ESTEETTÖMYYS

3.1. Helsingin väestön ikääntyminen

3.1.1. Väestön ikääntyminen peruspiireittäin

Helsingin 65 vuotta täyttäneen väestön lukumäärän arvioidaan kasvavan lähes 118 000 henkilöön kymmenessä vuodessa, mikä merkitsee lähes kolmanneksen lisäystä vuoden 2010 tilanteeseen. Seitsemänkymmentä viisi vuotta täyttäneen väestön ennustetaan kasvavan 12 805 henkilöllä ja 80 vuotta täyttäneen noin 5 822 henkilöllä tänä aikana. Muutoksen ennustetaan olevan erisuuruinen ja erisuuntainen eri alueilla (Kuvio 6).



Kuvio 6. 75 vuotta täyttäneet. Muutos osa-alueittain 1.1.2010-2015

Lähde: Vuori ja Laakso, Helsingin Väestöennuste 1.1.2011-2050, Helsingin kaupungin Tietokeskus 25.9.2010

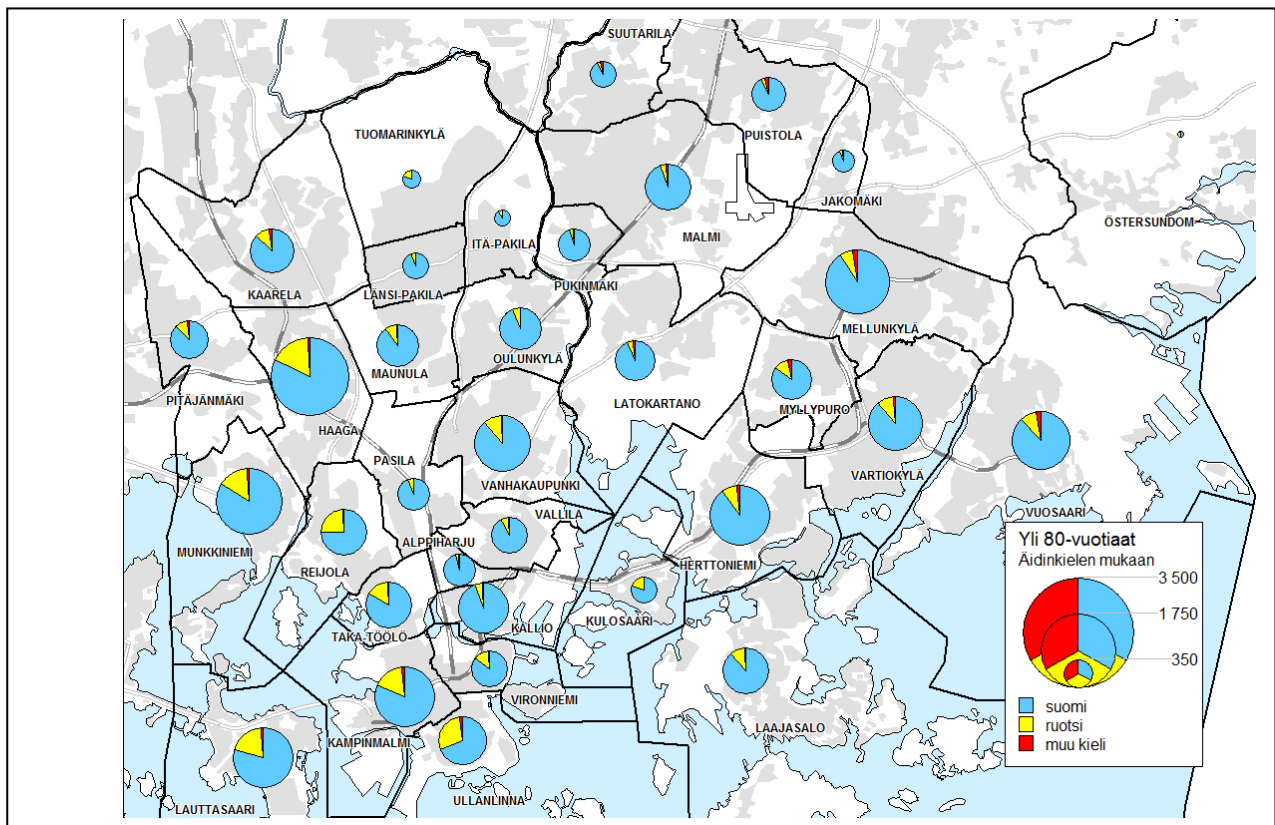
Helsingin kaupungin Tietokeskuksen mukaan (2011) muuhun maahan verrattuna Helsingin väestörakenteelle on ollut tyypillistä nuorten aikuisten suuri osuus suhteessa lapsien ja kuusikymmentä viisi vuotta täyttäneiden osuuteen. Suurin Helsinkiin muuttava ryhmä on ollut 18 - 29-vuotiaat. Muuttovoitto on kohdistunut saman ryhmän nuorimpaan ja -tappio vanhimpaan päähän. Tähän tasapainoon vaikuttavia muutoksia ei ikääntymistä lukuun ottamatta ole tätä kirjoitettaessa tiedossa.

Kahdeksankymmentä vuotta täyttäneestä väestöstä noin joka neljäs on potentiaalinen avun tarvitsija - muut aikuisikäryhmät voidaan nähdä avun tarpeen suhteen neutraaleina, samankaltaisena kuin muu aikuisväestö tai potentiaalisena voimavarana.

3.2. Sosiodemografisia tekijöitä

3.2.1. Äidinkieli

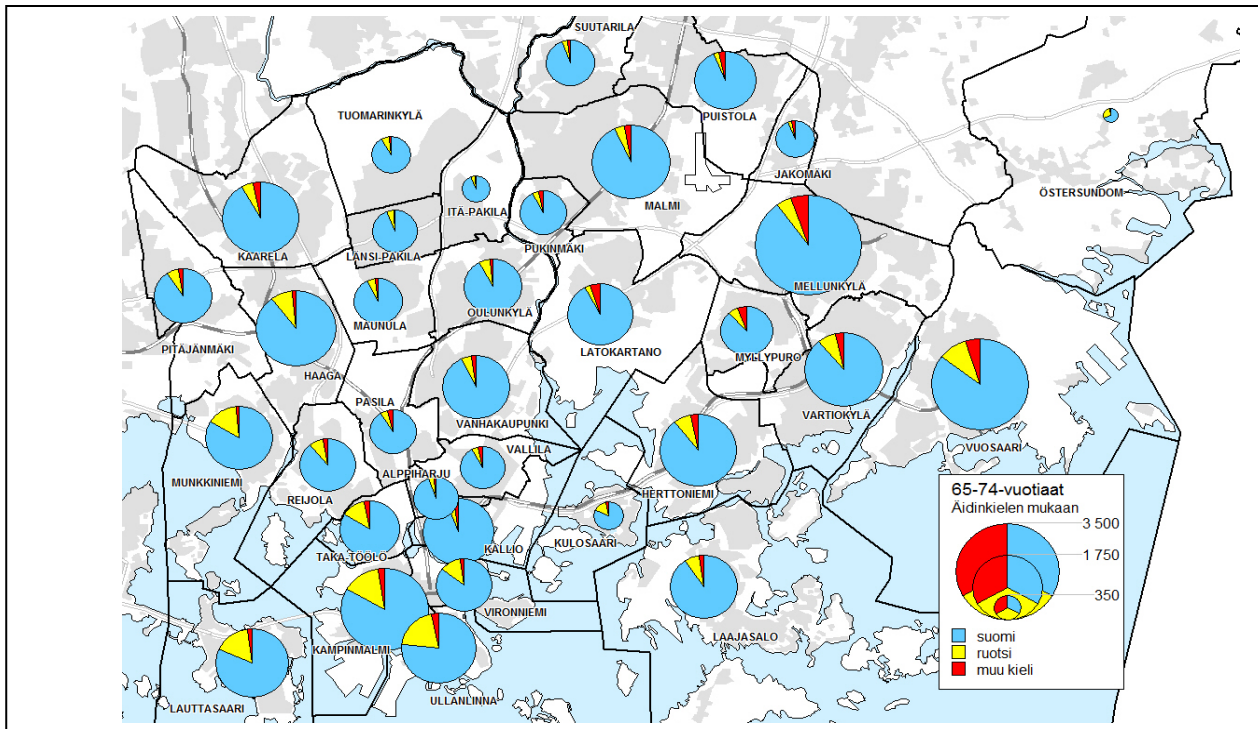
Vuoden 2010 lopussa Helsingissä asui 35493 ruotsinkielistä henkilöä. Kahdeksankymmentä vuotta täyttäneen väestönosan keskuudessa muut kuin suomenkieliset olivat pääosin ruotsinkielisiä ja muita kieliä äidinkielenään puhuvia oli vähän (Kuvio 7).



Kuvio 7. 80 vuotta täyttäneet helsinkiläiset äidinkielen mukaan peruspiireittäin.

Lähde: Helsingin kaupungin Tietokeskus 2011

Nuoremmissa ikäryhmässä (65-74 vuotiaat) muu kuin suomen- tai ruotsinkielisyys oli yleisempää (kuvio 8). Palveluiden järjestämisen kannalta - etenkin seuraavan kymmenen vuoden aikana - merkittävää on äidinkielenään muuta kuin suomen kieltä puhuvien 65 -74-vuotiaiden sirpaloituminen lähes kaikkiin peruspiireihin kuitenkin siten, että painopiste on lännessä ja etelässä.



Kuvio 8. 65-74 vuotiaat helsinkiläiset äidinkielen ja peruspiirin mukaan
Lähde:Helsingin kaupungin Tietokeskus 2011

Vaikka muuta kuin suomen- tai ruotsinkieltä puhuvien 65-74-vuotiaiden prosentuaalinen osuus on peruspiireittäin suurempi kuin 80 vuotta täyttäneillä, se on edelleen muuhun peruspiirin samankäiseen väestöön suhteutettuna pieni. Muiden kuin suomen- tai ruotsinkieltä äidinkielenään puhuvien kaupungin asukkaiden painopiste on idässä (Kuvio 8). Niiden raihnautuvien osuus, jotka äidinkielenään puhuvat muuta kuin suomenkieltä, tulee muuttumaan kannanottoa edellyttävällä tavalla tätä selvitystä seuraavan vuosikymmenen aikana.

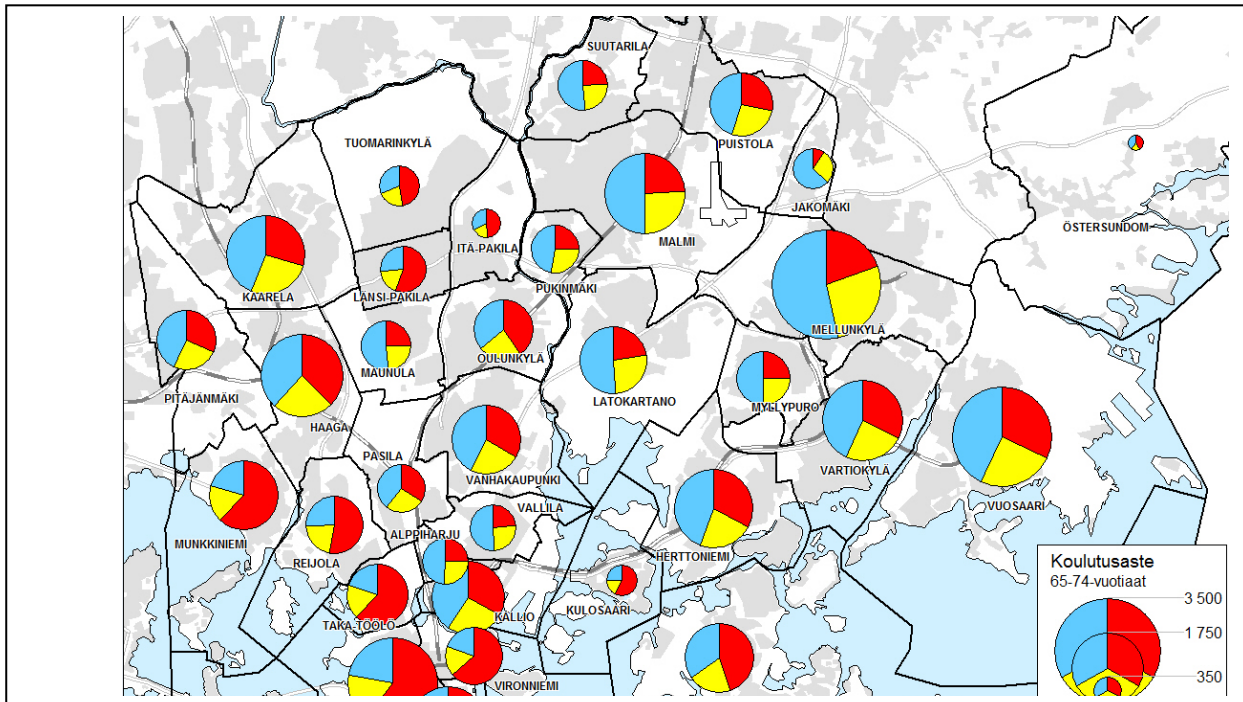
3.2.2. Koulutustaso ja elämäntyyli

Pohjolaisen (ym. 2011) Helsingin keskustassa Kampinmalmin alueella asuvien terveyttä, toimintakykyä ja elintapoja koskevaan selvitykseen vastanneet 75 vuotta täyttäneet helsinkiläiset olivat jonkin verran muuta maan väestöä koulutuetumpia ja terveempiä. Heistä vajaa kymmenesosa tupakoi, miehet ja naiset yhtä usein. Noin neljäsosa miehistä ja viidesosa naisista harrasti tutkimuksen näkemyksen mukaan riittävästi liikuntaa ja ruokatottumukset näyttivät alkoholin käyttöä lukuunottamatta kehittyneen suotuisaan suuntaan.

Tässä tutkimuksessa yhtenevästi aiempien muiden vastaavien tutkimusten kanssa sosioekonomisen aseman yhteys terveydentilan ja elämäntapojen muuttujiin oli vahva sekä miehillä että naisilla. On todennäköistä, että Kampinmalmin alueella tehdyn tutkimuksen tulokset ovat karkeasti sovellettavissa koulutustasoltaan ja sosioekonomiselta asemaltaan samankaltaisiin muihin peruspiireihin, mutta ei varmuudella koko Helsinkiin.

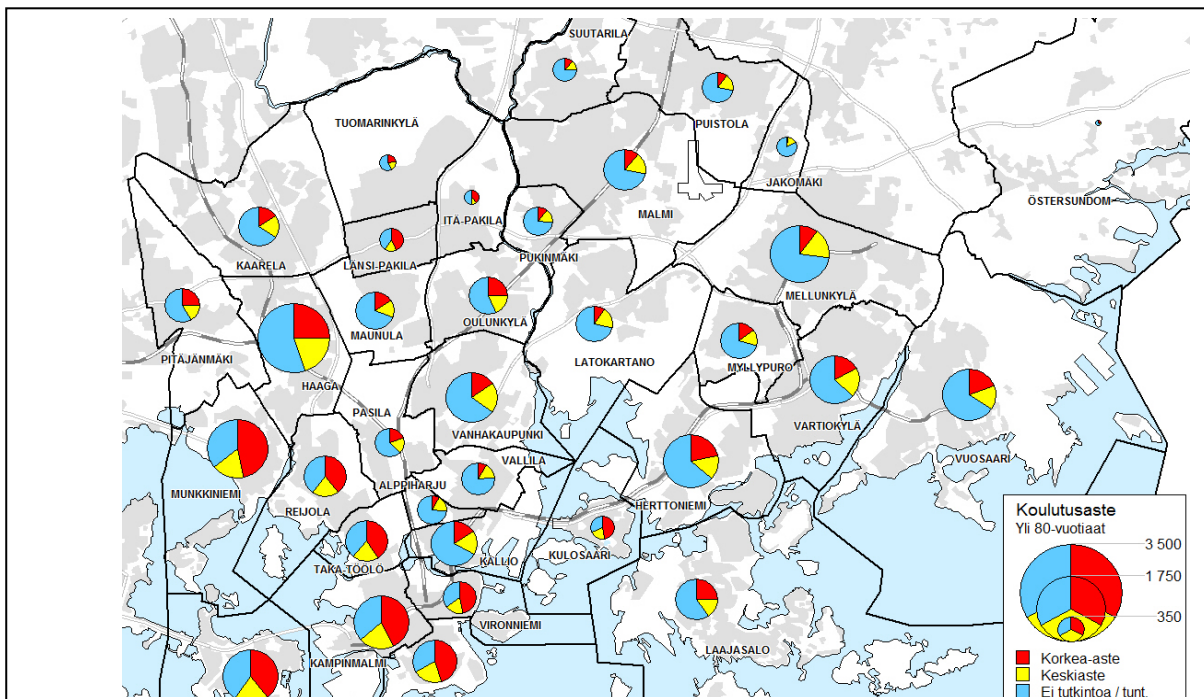
Helsingin Tietokeskus on laskenut peruspiireittäin 65-74 vuotiaan väestön koulutustason kuvioon 9 ja 80 vuotta täyttäneen kuvioon 10. Kaikenkaikkiaan 65 vuotta täyttäneistä

nuorimmat olivat vanhimpia paremmin koulutettuja. Kuviot osoittavat korkeimman koulutustason kasaantuvat eteläisiin sekä läntisiin kaupunginosiin ja matalimman itään ja pohjoiseen.



Kuvio 9. 64-74 vuotiaat helsinkiläiset peruspiireittäin koulutustason mukaan.

Lähde: Helsingin kaupunki Tietokeskus



Kuvio 10. 80 vuotiaat helsinkiläiset peruspiireittäin koulutustason mukaan.

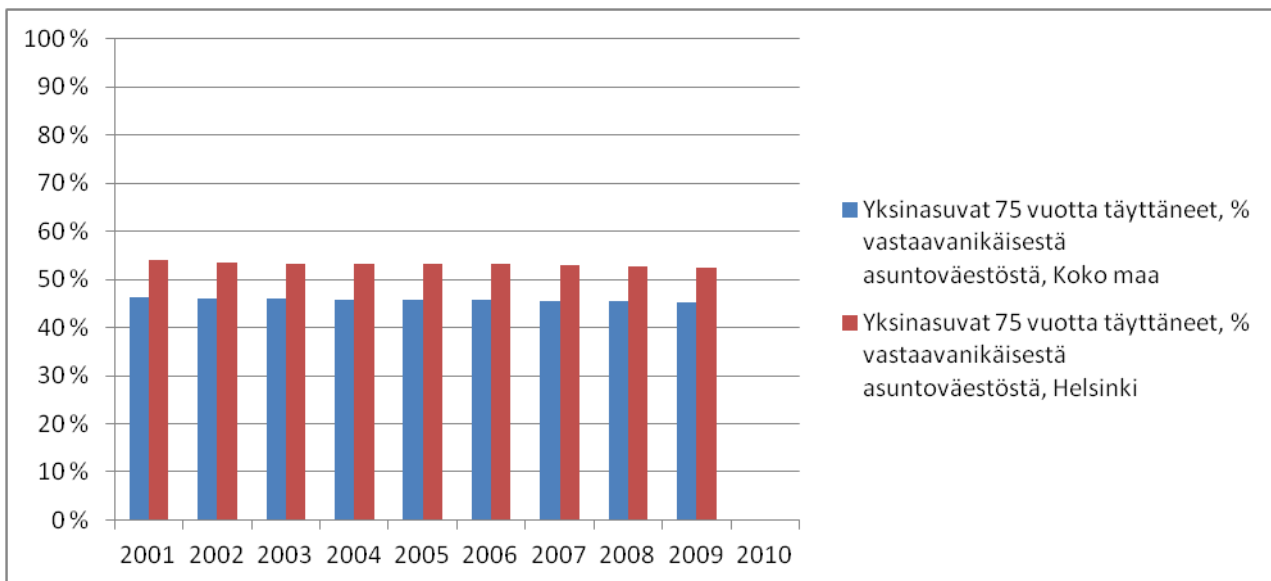
Lähde: Helsingin kaupunki Tietokeskus

Korkean koulutustason tiedetään olevan vahvasti sidoksissa hyvään sosioekonomiseen asemaan, pitkään terveeseen elämään sekä älyllisen ja fyysisen toimintakyvyn säilymiseen kun taas matala koulutustaso on sidoksissa varhaiseen sairastavuuteen ja toiminnanvajaukseen sekä kuolevuuteen. Asuinkaupunginosa vaikuttaa tähän ennusteeseen suotuisasti tai epäsuotuisasti. Matalan sosioekonomisen tason alueilla asuvilla kognition ja arjesta suoriutumisen vajaukset ovat yleisempiä kuin muualla riippumatta tutkittavan koulutustasosta ja sosiaalisesta asemasta (Basta ym.2007).

Koulutustaso vaikuttaa myös halukkuuteen tehdä vapaaehtoistyötä. Eri maissa tehtyjen tutkimusten mukaan todennäköinen vapaaehtoistyöntekijä on korkeasti koulutettu terve ja toimintakykyinen - mahdollisesti eläkkeelle siirtynyt henkilö. Tästä näkökulmasta tarkasteltuna Helsingin vapaaehtoisten voimavarapotentiaali voisi paintua etelään ja länteen.

3.2.3. Asuntokuntien koko

Vuoden 2010 viimeisenä päivänä Helsingin kuusikymmentä viisi vuotta täyttäneestä väestöstä lähes puolet (n=39 406) asui yksin ja yksiasuvista yli puolet (n=21 083) oli täyttänyt 75 vuotta eli 75-vuotta täyttäneestä väestöstä joka toinen asui yksin (kuvio 11), Helsingissä hieman useammin kuin muualla maassa. Yksiasumisen prosentuaalinen osuus samanikäisestä väestöstä ei juurikaan ole muuttunut Helsingissä viimeksi kuluneen kymmenen vuoden aikana, eikä näköpiirissä ole syitä jotka muuttaisivat tilannetta seuraavina vuosina.

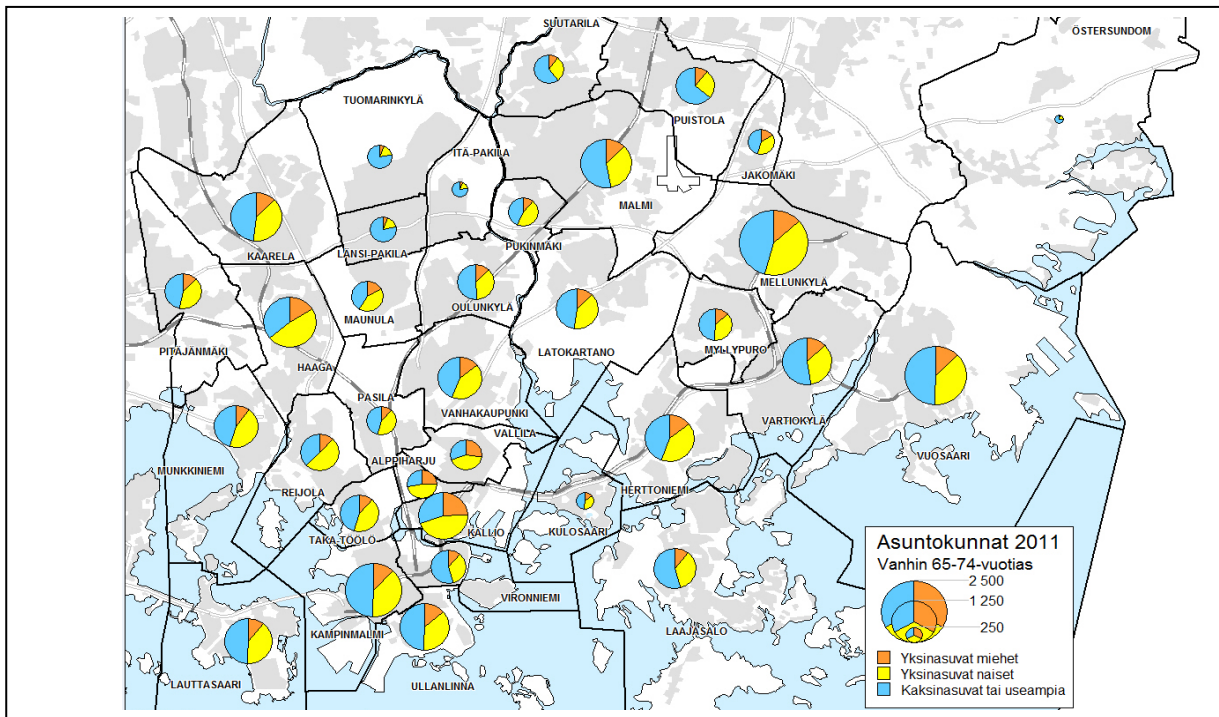


Kuvio 11. Yksinasuvat 75-vuotiaat tai sitä vanhemmat, % vastaavanikäisestä väestöstä
Lähde: Sotkanet, THL

Kahdesta tai useammasta henkilöstä muodostuvia sellaisia asuntokuntia, joissa molemmat olivat täyttäneet 65 vuotta oli vuoden 2010 lopussa yhteensä 15 977 ja näistä valtaosassa (n=13 130) vähintään toinen oli täyttänyt 75 vuotta.

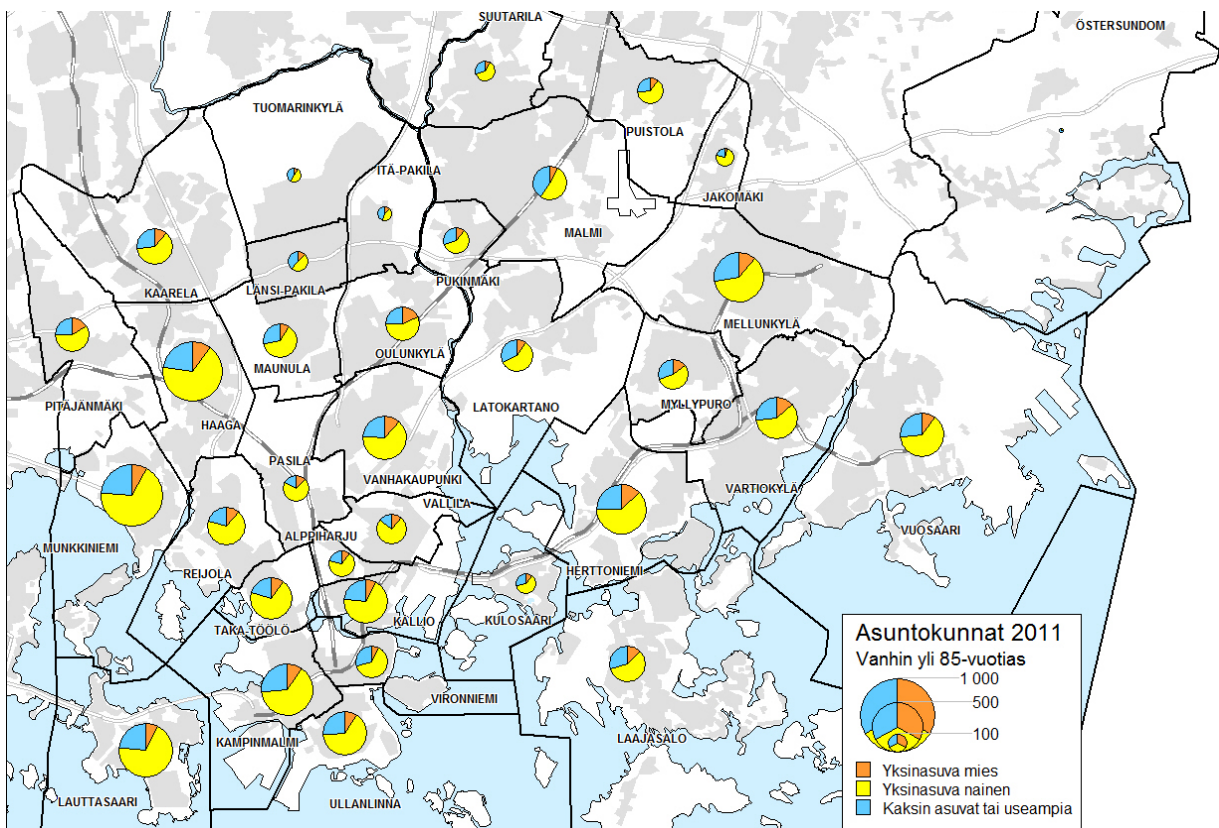
Lisäksi Helsingissä oli tuolloin 12 043 sellaista muuta asuntokuntaa, joissa vähintään yksi oli täyttänyt 65 vuotta, näistä asuntokunnista 4162 oli sellaisia joiden vähintään yksi jäsen

oli täyttänyt 75 vuotta. Yhteensä usean hengen asuntokuntia, joissa vähintään yksi oli 75 vuotta täyttänyt oli noin 17 000.



Kuvio 12. Asuntokunnat, joiden vanhin jäsen on 65-74 vuotias sukupuolen ja asuinkumppaneiden mukaan peruspiireittäin vuonna 2011

Lähde: Helsingin kaupungin Tietokeskus 2011



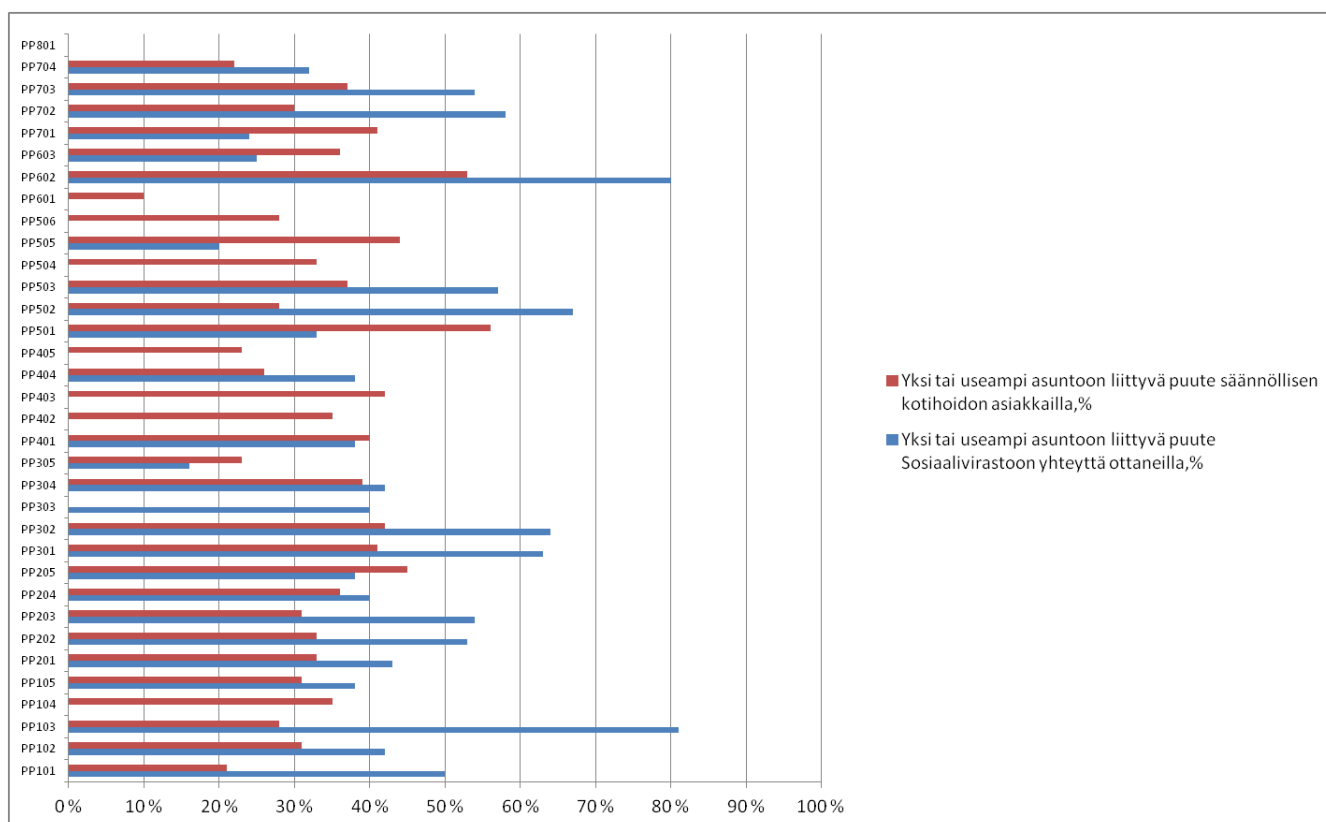
Kuvio 13. Asuntokunnat, joiden vanhin jäsen on 85 vuotta täyttänyt sukupuolen ja asuinkumppaneiden mukaan peruspiireittäin vuonna 2011

Lähde:Helsingin kaupungin Tietokeskus 2011

Kuviot 12 ja 13 esittävät asuntokuntia kahdessa eri ikäluokassa asuntokunnan vanhimman jäsenen mukaan. Kahdesta tai useammasta henkilöstä muodostuvien asuntokuntien osuus on suurempi 65-74 vuotiaiden ikäryhmässä vanhempiin ikäluokkiin verrattuna. Yksinasuvien naisten osuus on vanhoissa ikäluokissa nuorempia ikäluokkia suurempi.

3.2.4. Kodin ja sen lähiympäristön turvallisuus ja esteettömyys

Helsingin sosiaalivirastoon vuosina 2007-2009 yhteyttä ottaneiden 65 vuotta täyttäneiden helsinkiläisten palvelutarpeen arviointi (Finne-Soveri ym. 2010) osoitti koti- ja asuinympäristön puutteiden olleen palvelutarpeen arvioon hakeutuneiden henkilöiden keskuudessa yleisiä.



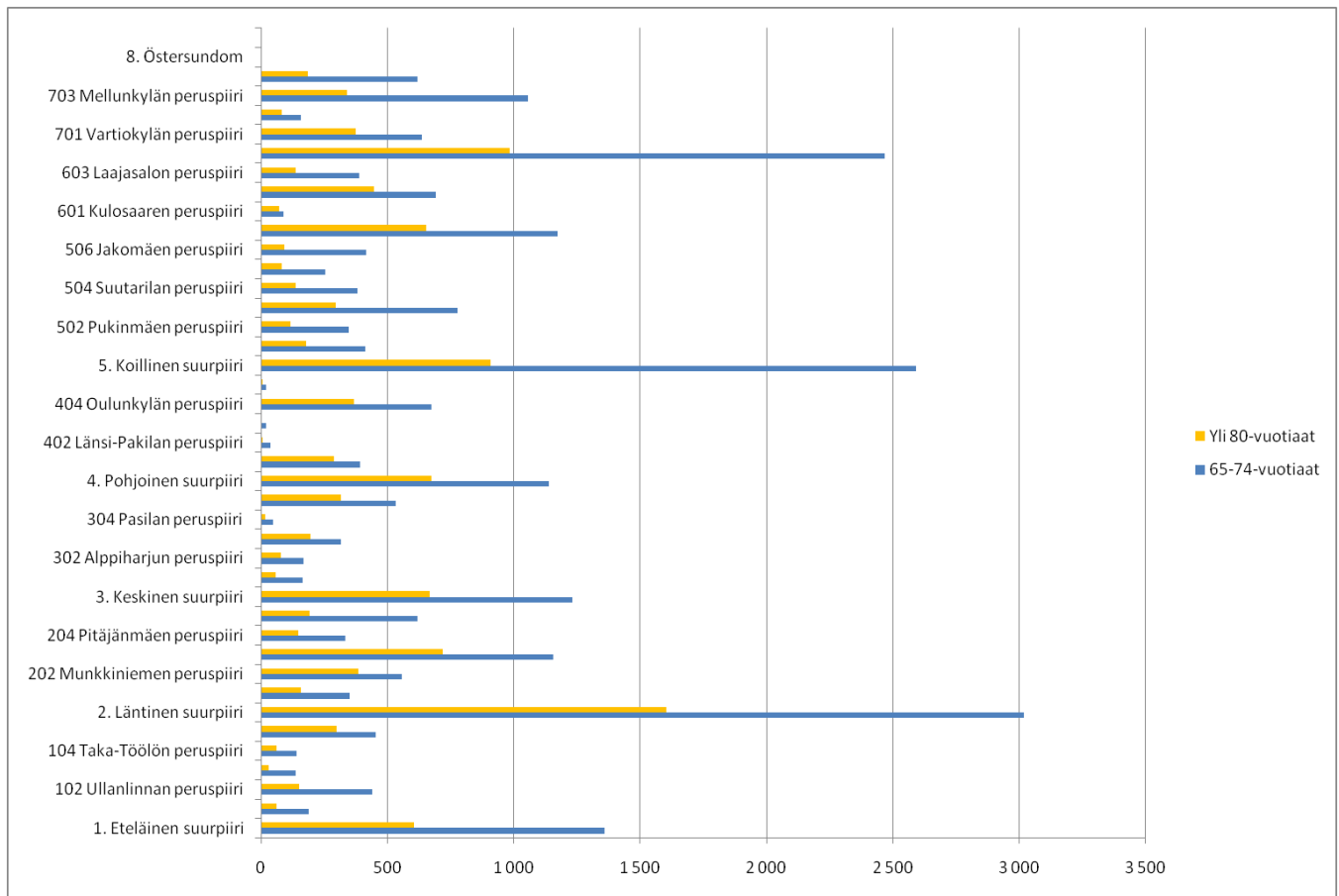
Kuvio 14. Yksi tai useampi kotiin liittyvä puute (%) peruspiireittäin säännöllisen kotihoidon asiakkailla ja sosiaalivirastoon yhteyttä ottaneilla iäkkäillä henkilöillä.

Lähde: 1) SosiaaliporrasRAI-hanke (n=366, Aineistosta poistettu ne, joiden peruspiiriä ei oltu merkitty. Alle viisi arviointia käsittäneet peruspiirit merkitty tyhjiksi)

2) Kotihoidon RAI tietokanta THL, ajanjakso 1.4.-30.9.2010 (n=4718)

Yksi tai useampi kodin puute tai vaaratekijä esiintyi lähes joka toisella (46%) yhteyttä ottaneella siten, että yleisimmäksi ongelmaksi nimettiin pääsy kotiin tai sieltä ulos (26%) ja toiseksi yleisimmäksi wc:n ja kylpyhuoneen soveltumattomuus iäkkäälle. Kaikkiaan näistä 408 henkilöstä 219 (54%) oli myös säännöllisen kotihoidon asiakkaita. Niillä henkilöillä jotka eivät saaneet säännöllisen kotihoidon palveluita yksi tai useampi asunnon puutteellisuus esiintyi 39% kun samana ajanjaksona säännöllisen kotihoidon asiakkailla

yksi tai useampi kodin puutteellisuus havaittiin joka kolmannella (33%). Kuviosta 14 ilmenee asuntojen puutteiden jakauma peruspiireittäin sekä sosiaaliviraston iäkkäiden asiakkaiden kotihoidon asiakkaita heikompi asuntojen kunto.



Kuvio 15. Hissittömissä taloissa 31.12.2010 asuneet 65 vuotta täyttäneet helsinkiläiset ikäryhmittäin ja peruspiireittäin.

Lähde (Helsingin kaupungin Tietokeskus ja Facta kuntarekisteri)

Helsingin kaupungin tietokeskus arvioi kolmasosan helsinkiläisistä 65-74 vuotiaista ja joka toisen 80 täyttäneen asuneen 31.12.2010 hissittömässä talossa. Kuviossa 15 on esitetty hissittömässä talossa asuvien jakauma peruspiireittäin ja ikäryhmittäin. Hissittömyys selittää osan kotiin ja sieltä pois pääsyn esteellisyydestä sekä säännöllisen kotihoidon asiakkailta että sosiaalivirastoon vuosina 2008 ja 2009 yhteyttä ottaneilla iäkkäillä henkilöillä.

Sosiaalivirastoon yhteyttä vuosina 2007-2009 ottaneilla asunnon ja sen lähiympäristön puutteet heikensivät vähintään joka toisen (56%) hauraan iäkkään mahdollisuuksia liikkua omatoimisesti kotinsa ulkopuolella. Taulukkoon 5 on koottu SosiaaliporrasRAI- hankkeen (Finne-Soveri ym 2010) tuloksia asuin ympäristön erilaisten puutteellisuuden osalta. Liikkumista haittaavien ulkoportaiden (31%) ja liikkumista haittavan mäkisen maaston osuus (33%) muodostivat merkittävän osan kodin ulkopuolella liikumisen haitasta.

Palvelujen kohtuuttoman kaukana oleva sijainti tai kulkuvälineiden kohtuuttoman vaikea käyttö haittasi joka viidettä (19%). Osa esiin tulleista omatoimista liikkumista haittaavista

ongelmista kuten puuttuvat levähdyspenkit, katukivetysten hankalat reunat tai raskaat ovet ovat ratkaistavissa yksinkertaisin ja kustannuksiltaan vähäisin keinoin.

Taulukko 5. Asunnon lähiympäristöön liittyneet ongelmat sosiaaliviranomaisiin yhteyttä ottaneilla iäkkäillä 2007-2009

	lkm	%
Lähiympäristön palvelujen ja ulkoilualueiden käyttö		
Käyttää asuinalueensa palveluja /ulkoilualuetta itsenäisesti	104	26,1
Käyttää asuinalueensa palveluja /ulkoilualuetta avustettuna	188	47,2
Ei käytä asuinalueensa palveluja /ulkoilualuetta	71	17,8
Palvelujen saatavuus		
Asuinalueella on liikenneyhteydet kohtuuttoman kaukana	43	10,8
Asuinalueella on riittämättömät kaupalliset palvelut	49	12,3
Asuinalueella on riittämättömät julkiset palvelut	41	10,3
Asuinalueella on luonto- ja puistoalueet kohtuuttoman kaukana	8	2
Liikkumisesteet		
Asuinalueella on liikkumista haittaavia ulkoportaita	123	30,9
Asuinalueella on liikkumista haittaavia katukivetyksen reunoja	97	24,4
Asuinalueella on liikkumista haittaava mäkinen maasto	135	33,9
Asuinalueella puuttuvat levähdyspenkit	110	27,6
Asuinalueella on liikkumista haittaava puutteellinen katuvalaistus	4	1
Asuinalueella on liikkumista haittaavat raskaat julkisten tilojen ovet	44	11,2
Asuinalueella on suojatiet liian kaukana	12	3
Asuinalueella on liikkumista haittaava muu este	17	4,3
Asunnon lähiympäristöön liittyvä turvallisuuden tunne		
Kokee asuinalueensa turvattomaksi oman epävarmuutensa vuoksi	44	11,2
Kokee asuinalueensa turvattomaksi, koska ei osaa liikkua alueella	40	10,1
Kokee asuinalueensa turvattomaksi, koska alue on levoton	13	3,3
Kokee asuinalueensa turvattomaksi, koska pelkää iltaisin	16	4
Kokee asuinalueensa turvattomaksi muun syyn vuoksi	4	1

Lähde: SosiaaliporrasRAI-hanke (Finne-Soveri ym. 2010)

Yhdestä tai useammasta syystä asuinalueensa turvattomaksi koki joka viides ja joka toinen heistä piti tärkeimpänä turvallisuuden syynä omaa epävarmuuttaan. Alueen levottomuus vaivasi vain yksittäisiä henkilöitä. Turvallisuuden tunteen herättäjänä omat sisäiset epävarmuustekijät olivat ulkoisia epävarmuustekijöitä kuten asuinalueen levottomuutta merkittävämpiä.

Julkisten ja kaupallisten palvelujen riittämättömyys asuinalueella on pohdinnan arvoinen asia. Asiointi jalan oman asuinalueen missä tahansa arjen sujumisen kannalta merkittävässä palvelupisteessä ylläpitää arjen taitoja, edistää vuorovaikutusta sekä kykyä tehdä valintoja. Tarkasteltaessa iäkkäiden apua tarvitsevien henkilöiden kodin ulkopuolella liikkumista havaitaan, että sosiaaliviraston puoleen kääntyneistä vain 26% liikkui kodin ulkopuolella itsenäisesti ja 47% autettuna. Säännöllisen kotihoidon asiakkaista joka toinen kykeni liikkumaan kodin ulkopuolella itsenäisesti tai kevyen valmisteluun liittyvän avun turvin.

Sosiaaliviraston työntekijät pitivät kaupungin ikääntyvän väestön huomioonottavaa aluesuunnittelua ensiarvoisen tärkeänä omatoimisuuden, sosiaalisen elämän, tiedonkulun ja elämän loppuvaiheen raihnautumisen kannalta. Alueellisuuden kehittämisen tärkeys

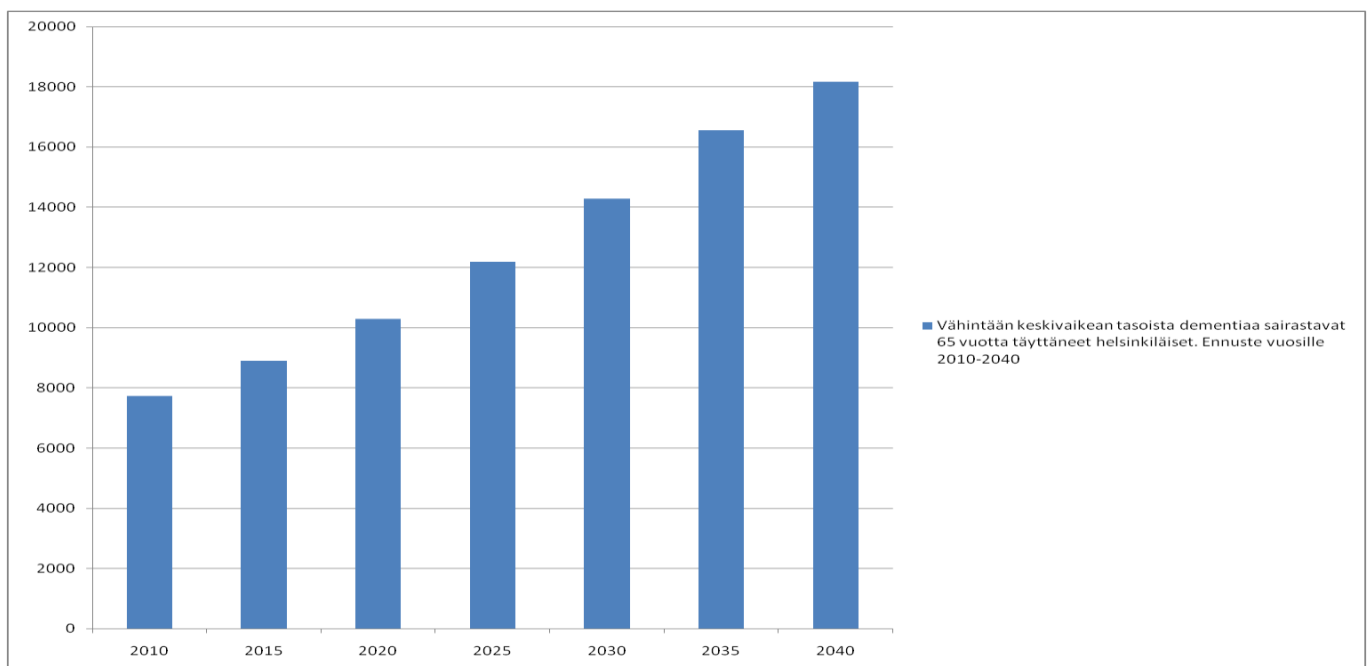
nostettiin oma-aloitteisesti esiin kuudessa (yhdeksästätoista) keskustelussa. Kehittämistä käsiteltiin sosiaali- ja terveyspalveluita laajempänä ilmiönä. Sen koettiin sisältävän asumis- ja liikennepalveluiden lisäksi kaupan, kulttuuri- ja ikuntapalvelut.

3.3. Katsaus tulevaan

Väestön ikääntymisen ennusteiden avulla voidaan laskea ennusteet palveluiden käyttöön ja huolenpidon tarpeeseen liittyville sairaus- ja oireyhtymäryhmille, joista merkittävien on muistisairaudet. Näiden ikäryhmittäinen esiintyvyys ja ilmaantuvuus suomalaisessa väestössä tiedetään. Sellaista parantavaa hoitoa, jolla olisi vaikutus seuraavan 5-10 vuoden palvelutarpeen ennusteisiin, ei varmuudella ole näköpiirissä.

Muistisairauksiksi nimitettyyn sairauksien ryhmään liittyy viimeistään keskivaikeasta vaiheesta lähtien merkittävä avun ja huolenpidon tarve ja niiden oheisilmiöihin kuten kaatuiluun ja lonkkamurtumiin kalliiden terveyspalvelujen käyttö.

Kuvio 15 kuvaa keskivaikean tai sitä vaikeamman dementiaan esiintyvyyttä Helsingissä vuonna 2010 ja ennustetta ajanjaksolle 2011 - 2040. Luvut on laskettu käyttäen Suomen muistiasiantuntijoiden (www.suomenmuistiasiantuntijat.fi) suosimaa suomalaisiin aineistoihin perustuvaa kaavaa, jonka mukaan 65-69-vuotiaiden ikäluokassa keskivaikean tai sitä vaikeamman dementiaan esiintyvyys on 2,3%, 70-74-vuotiailla 4,2%, 75-79-vuotiailla 8,6%, 80-84-vuotiailla 13,0%, 85-89-vuotiailla 25,3% ja 90-vuotiailla tai sitä vanhemmilla 33,5%.

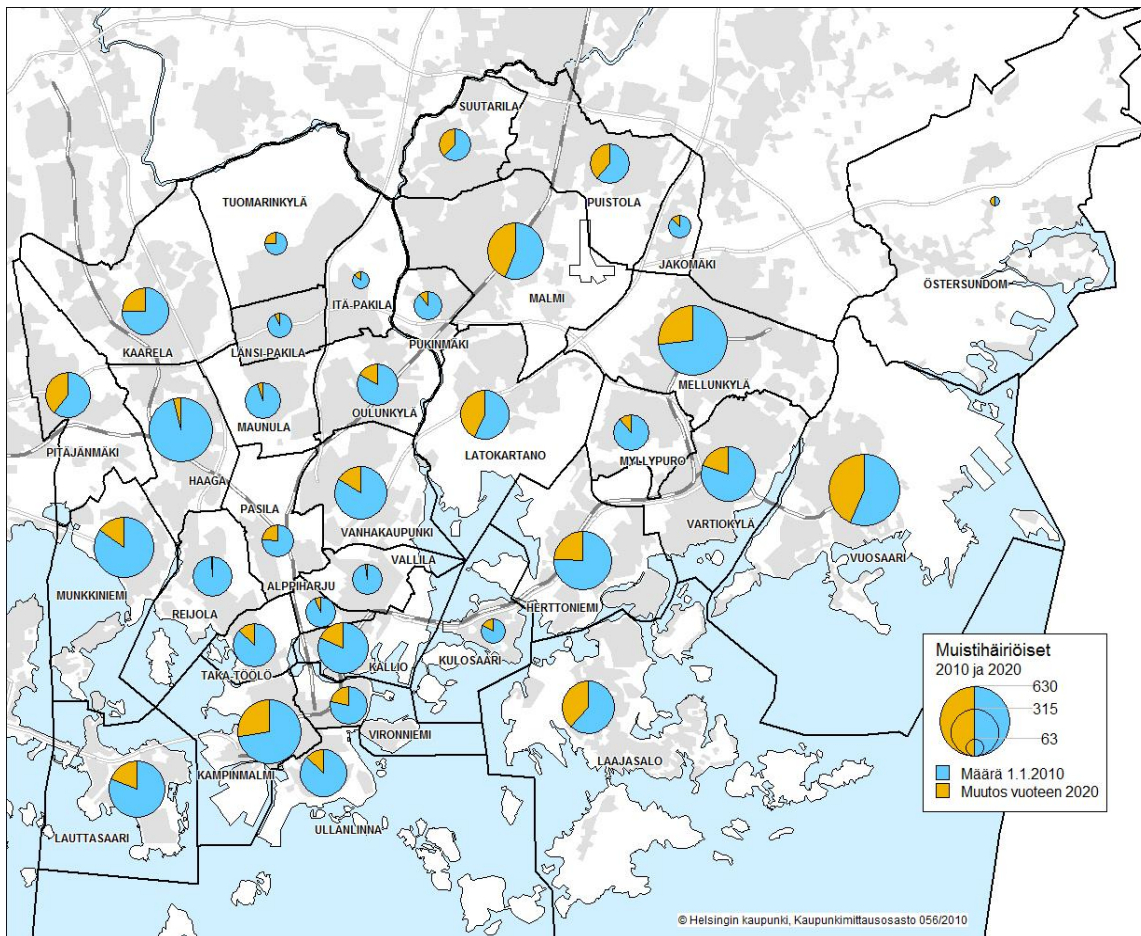


Kuvio 16. Keskivaikean tai sitä vaikeamman dementiaan esiintyvyyssennuste vuosille 2010-2040.

Lähde (Helsingin kaupungin Tietokeskus ja Suomen muistiasiantuntijat)

Terveydentilan ja toimintakyvyn ongelmat kasautuvat samoille henkilöille, usein niille, joilla on muistisairaus tai niille, jotka käyttävät päihteitä. Koska muistisairaudet ovat palveluiden

järjestämisen kannalta iäkkäiden toiminnanvajauksen tärkein syy, tässä raportissa muita sairauksia tai ongelmia on tarkasteltu muistisairauksia vasten. Palveluiden tarvetta ennustettaessa ja palveluiden volyymia ja sisältöä suunnitellessa kannattaa sairauksien ja toiminnanvajauksen eri ulottuvuuksien kasautumisilmiö huomioida (Björkman ym. 2006).



Kuvio 17. Keskivaikea tai sitä vaikeampi dementia ja muutosennuste peruspiireittäin vuosina 2010 ja 2020.

Lähde: Helsingin tietokeskus ja Suomen muistiasiantuntijat

Helsingin peruspiirien eri tahtiin tapahtuva ikääntyminen ja muistisairauksien esiintyvyyden ennuste korostavat kaupungin peruspiirien välisiä ennestään tiedossa olevia eroja. Kaupunki näyttää jakautuvan muistisairaiden ja väestöennusteen mukaan seuraaviin palvelujen järjestämisen kannalta oleellisiin kategorioihin

1. suuri muistisairaiden osuus vuonna 2010, ennustettu lisäys 10 vuoden aikana suuri
2. suuri muistisairaiden osuus vuonna 2020, ennustettu lisäys 10 vuoden aikana pieni
3. keskikokoinen tai pieni muistisairaiden osuus vuonna 2010, ennustettu lisäys 10 vuoden aikana suuri
4. keskikokoinen tai pieni muistisairaiden osuus vuonna 2010, ennustettu lisäys 10 vuoden aikana pieni

3.4. Väestö ja yhteiskunnan rakenne voimavarana

3.4.1. Liikkumisen mahdollistaminen kävellen

Koska yhdyskuntarakenne vaikuttaa palvelujen tarpeeseen ja käyttöön, sitä kannattaa tarkastella toimintakyvyn ylläpitämisen näkökulmasta esimerkiksi siten, ylläpitääkö se iäkkään toimintakykyä kannustamalla liikkumaan lähiympäristössä kävellen. Suomen ympäristökeskuksen raportissa (Ristimäki ym 2011) on analysoitu yhdyskuntarakennetta vyöhykkeinä, joissa alueryhmät on jaettu joukkoliikenteen kannalta edullisiin vyöhykkeisiin, autoilua edellyttäviin vyöhykkeisiin sekä jalankulkua tai pyöräilyä edistäviin vyöhykkeisiin.

Iäkkäiden ja erityisesti muistisairaiden kannattaisi asua, ja palveluasumista tai palvelukeskuksia rakentaa jalankulkua edistäville vyöhykkeille, missä lievästi muistisairailta olisi mahdollisuus käyttää lähipalveluita. Iäkkäimpien liikuntakykyisten kaupunkilaisten, (erityisesti vain lievästi muistisairaiden) jalankulkua ylläpitävä ympäristö edellyttäisi tärkeimpien lähipalvelujen kuten kauppa, apteekki ja pankki olevan vielä lähempänä kotiosoitetta kuin muulla väestöllä, mikä on selvitettävissä SYKE:n aineistoista.

Helsingin tietokeskus on tuottanut sähköisen palvelujen käyttöä edistävän ja helpottavan tietokannan (www.hel.fi/), jonka avulla julkisten palveluiden osoitteet ja saavutettavuus julkisen liikenteen avulla on kaikkien niiden saatavilla, jotka osaavat käyttää Internetiä - ja siis puhelinta.

3.4.2. Koulut ja opiskelijat voimavarana

Pääkaupunkiseudulla oli useita kymmeniä oppilaitoksia ja kouluja, joista yksin Helsingin yliopiston opiskelijoiden yhteenlaskettu määrä ylitti 65 000 henkilöä vuonna 2011. Muiden yliopistojen ja oppilaitosten opiskelijat huomioiden pääkaupunkiseudulta löytyy ainakin kaksinkertainen määrä opiskelevia nuoria aikuisia, joista vain osa on valmistusmassa sosiaali- tai terveysalalle.

OSA II

PITKÄAIKAISHOITO

4. PITKÄAIKAISHOIDON RAKENNE JA PEITTÄVYYS

5. PITKÄAIKAISHOIDON ASIAKASKUNTA JA AMMATILLISEN HOIDON LAATU

6. PITKÄAIKAISHOIDON PALVELUNTARVE JA KUORMITUS

4. PITKÄAIKAISHOIDON RAKENNE JA PEITTÄVYYS

4.1. Pitkäaikaishoito laitoksessa ja kotona

Pitkäaikaishoidolla tarkoitetaan tässä selvityksessä iäkkäiden käyttämää laitoshoidoa, palveluasumista ja kotihoitoa sekä omaishoidon tukea. Pitkäaikaishoitoon varattuja laitostai vanhainkotipaikkoja on voitu käyttää joko vakituisiin tai tilapäisiin asumistarkoituksiin.

Suomen perustuslain 19 § turvaa iäkkäille välttämättömän toimeentulon, huolenpidon ja perusturvan sekä riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut, mutta huolenpidon ja palveluiden järjestäminen jakautuu monelle lainsäädännön alueelle ja kuntalaki määrittää kunnanvaltuustolle laajan toimivallan (365/1995, 65 §) sekä runsaasti liikkumatilaa talouden ja palvelujen järjestämisen saralla. Jos palvelut järjestetään oman toiminnan sijasta ostopalveluina, palvelujen tuottajat kilpailutetaan julkisista hankinnoista annetun lain mukaan (349/2007).

Sosiaalihuoltolaki (28§) ja -asetus (607/1983, 11§) säätelevät laitoshoidoa. Palveluasumista säätelevät puolestaan sosiaalihuoltolain 22 ja 23 § yhdessä sosiaalihuoltoasetuksen 10 § kanssa. Asumisen perustana on jälkimmäisessä tapauksessa asuinhuoneiston vuokrauksesta annettu laki (481/1995).

Raja palveluasumisen ja laitoshoidon välillä on määritetty asetuksella (1507/2007). Laitoshoidoksi määritettyä on sairaalassa, terveyskeskuksen vuodeosastolla tai vastaavassa sosiaalihuollon laitoksessa annettu hoito. Samoin on asian laita jos hoidosta on päättänyt terveyskeskuksen vastaava lääkäri tai sairaalan lääkäri. Toimintaa pidetään laitoshoitona vain jos laitoshoidon määritelmät toteutuvat.

Avohoidon tunnusmerkkejä ovat vuokra- tai omistusasunnossa asuminen, sosiaalihuoltolain mukaisten asumispalvelujen saanti, perhehoito, omaishoito, kotisairaanhoido, jaksohoitojen tai päivä/yöhoidon välillä kotona olo, palvelujen järjestäminen muualla kuin laitoshoidon yhteydessä ja omaehtoisten vaikutusmahdollisuuksien korostuminen palvelujen suunnittelussa. Avohoitoa voidaan järjestää sellaisillekin, jota sairautensa tai vammansa vuoksi eivät pysty itse osallistumaan päätöksentekoon. Erikoissairaanhoidon järjestämä hoito potilaan kotona on myös avohoitoa.

Kesäkuun yhdenentoista päivänä 2011 päivätyn Helsingin kaupungin vakanssirekisterin mukaan Sosiaaliviraston vanhuspalveluiden yhteinen vakanssimäärä oli 2593 ja kotihoidon vakanssit terveyskeskuksen toimintakertomuksen mukaan (2010) yhteensä 1976. Edellisen palkkamenot olivat vuositasolla keskimäärin 100 ja jälkimmäisen noin 65 miljoonaa euroa.

4.2. Laitoshoido ja palveluasuminen

4.2.1. Kaupungin omana toimintana tuotetut laitospaikat

Laitoshoitoon vuonna 2010 varatusta yhteensä 2553 paikasta 1422 oli järjestetty kaupungin omana toimintana ja 1131 ostopalveluina vuoden 2010 päätyessä. Taulukkoon 6 on koottu

omana toimintana tuotettujen laitospaikkojen ja niitä vastaavien käytettävissä olevien RAI-arviointien lukumäärät vuosina 2010-2011.

Taulukko 6. Omana toimintana tuotetut laitospaikat 2010 ja 2011 sekä RAI-arvioitujen asukkaiden lukumäärät laitoksittain 2010

Laitoshoito vanhustenkeskuksissa	Pitkäaikaisen laitoshoidon paikat		Lyhytaikaisen laitoshoidon paikat*		Yhteensä laitoshoidon paikat*		RAI arvioitujen asukkaiden lkm
Vuosi	2010	2011	2010	2011	2010	2011	30.9.2010
Kivelä	267	161	20	33	287	194	236
Koskela	327	268	25	55	352	323	335
Kustaankartano	457	407	110	110	567	517	420
Myllypuron	175	150	41	35	216	185	198
Yhteensä	1226	986	196	233	1422	1219	1189

vk=vanhustenkeskus

*sisältää arviointi- ja kuntoutuspaikat, kriisipaikat ja muun lyhytaikaishoidon

** D-talo peruskorjauksessa, Kuntokartanosta (lyhytaikaishoito) arvioitu 18 henkilöä

Lähde: Helsingin kaupungin sosiaalivirasto ja THL RAI-tietokanta 1.4.2011

Kivelän, Koskelan ja Myllypuron vanhustenkeskukset ovat entisiä terveystieteidenkeskussairaaloita, jotka vuoden 2010 alusta siirtyivät terveystieteidenkeskuksesta sosiaaliviraston alaisuuteen. Yhdessä Kustaankartanon vanhustenkeskuksen kanssa ne muodostavat Sosiaaliviraston omana toimintana tuottaman laitoshoidon.

Taulukko 7 Omana toimintana tuotettujen laitospaikkojen hoitohenkilöstö

	Osastonhoitaja	Sairaanhoitaja	Hoitaja	Hoitoapulainen	Terapia	Ohjaaja	Yhteensä
Kivelä	16	35	96	0	5	2	154
Koskela	29	48	162	0	7	4	250
Kustaankartano	20	92	255	38	23	33	461
Myllypuro	10	33	92	0	5	3	143
Yhteensä							

Lähde: Voimassa olevat vakanssit 10.6.2011

Selitteet:

Mukaan laskettu 1) varahenkilöt (jos heitä oli) 2) vain toimintayksiköihin sijoitettu hoitohenkilöstö (ei hallintoon sijoitettua), mutta kaikki ohjaajat ja terapeutit.

Osastonhoitaja = osastonhoitajat, apulaisosastonhoitajat

Hoitaja= perus- lähi- tai mielenterveyshoitaja, vastaava hoitaja (n=35)

Hoitoapulainen= hoitoapulainen tai laitosapulainen

Terapia= fysio-, toiminta-, ravitsemus- tai jalkaterapeutti, kuntohoitaja

Ohjaaja= on ohjaaja, sosiaaliohjaaja, virikeohjaaja.

Taulukkoon 7 on laskettu vakanssien perusteella likiarvo hoivaan ja huolenpitoon todennäköisesti osallistuvasta henkilöstöstä. Työtavat voivat poiketa osastojen ja laitosten välillä. Vakanssilla voi olla jokin muu sovittu työntekijä, tai se ei ole käytössä. Mukana on vain osastoille tai toimintayksiköihin sijoitettu henkilöstö terapiahenkilöstöä ja ohjaajia lukuun ottamatta. Kaikki heidät on laskettu mukaan lukuihin.

Kun hoitohenkilöstöön lasketaan vain sairaanhoitajat ja hoitajat, sairaanhoitajien osuus oli Kivelässä 27%, Koskelassa 23% Kustaankartanossa 26% ja Myllypurossa 26%.

Taulukkoon 8 on koottu ostopalveluina tuotettujen laitospaikkojen lukumäärät vuonna 2010 ja niitä vastaavat RAI-arvioinnit samana vuonna.

Taulukko 8. Ostopalveluina tuotetut laitospaikat 2010 sekä RAI-arvioitujen asukkaiden lukumäärät tuottajaorganisaation mukaan 2010

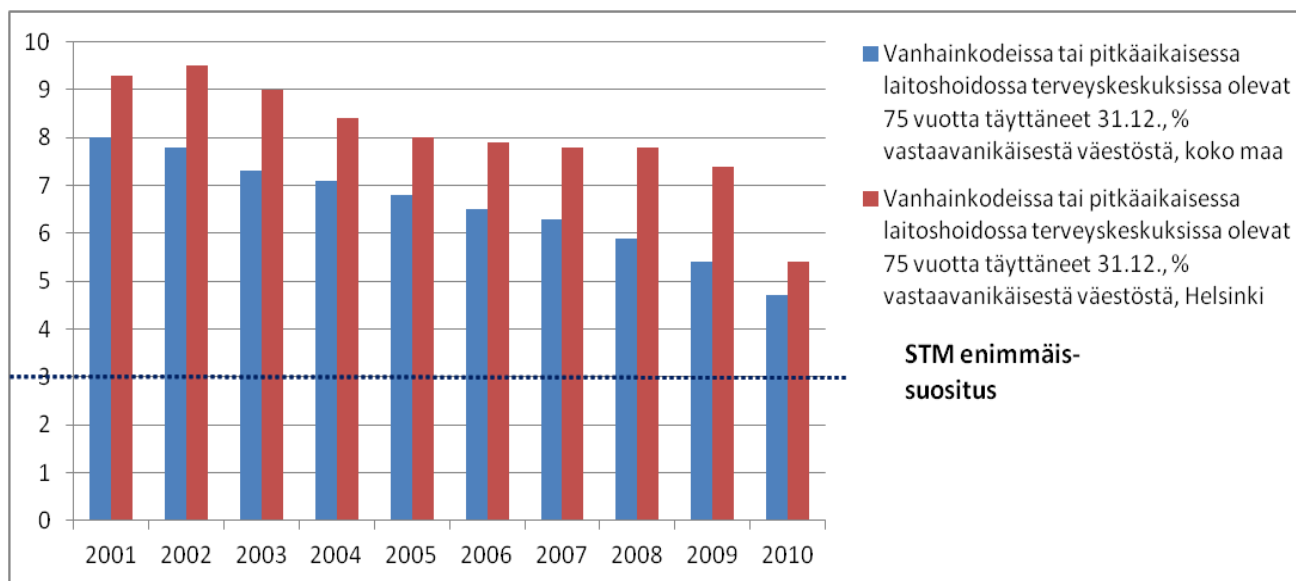
Tuottajaorganisaatio	Toimipaikka	Paikat, lkm	RAI-arvioitujen lkm 2010
Muistiliitto ry (Yhteensä)	Leenankoti	22	0
Attendo MedOne, Hoiva Oy (Yhteensä)	Apollokoti	26	0
Betesdasäätiö (Yhteensä)	Palvelukoti Jokela	41	0
Esperi Care Oy (Yhteensä)	Tilkka	12	0
Gaiussäätiö (Yhteensä)	Puotilan vanhainkoti	121	0
	Munksnähemmet	56	0
Helsingin Diakonissalaitoksen Hoiva Oy (Yhteensä)	Scilla	81	112
	Elim		
Helenan Vanhainkodin Säätiö (Yhteensä)	HIA	60	0
	Kotikallio		
Helsingin seniorisäätiö (Yhteensä)	Pääskylä	603	610
	Antinkoti		
Marian sairaskotisäätiö (Yhteensä)	Kannelkoti	29	29
	Mariankoti		
Omakotisäätiö (Yhteensä)	Osmonkallio	78	80
	Pakilakoti		
Yhteensä		1131	832

Lähde: Helsingin kaupungin sosiaalivirasto ja THL RAI-tietokanta

Vuonna 2011 toteutuneet paikkamäärät riippuivat pääasiallisesti perusparannustöiden aikatauluista ja saatavilla olevien väistötilojen paikkamäärästä. Ostopalveluna hankittuja vanhainkotipaikkoja oli vuonna 2010 yhteensä 1131 joista merkittävin volyymi, noin puolet, tuotettiin Helsingin seniorisäätiön viidessä vanhainkodissa, yhteensä. Taulukoiden 6 ja 8 luvut voivat vuoden 2011 osalta osoittautua vuoden päättyessä tässä esitetystä poikkeaviksi.

RAI-arvioinnilla tarkoitetaan kunkin asiakkaan tarpeiden monipuolista ja monialaista laajaa systemaattista arviointia, jota käytetään henkilön yksilöllisen hoito- ja palvelusuunnitelman perustana sekä annetun hoidon ja palveluiden vaikuttavuuden seurannassa. RAI-arviointien kopiot lähetetään puolivuositain Terveiden ja hyvinvoinnin laitokseen, joka tuottaa jokaiseen arviointeja tehneeseen yksikköön yksilön kannalta tunnisteettoman vertailupalautteen, joka kuvaa asiakasrakennetta, hoidon laatua ja kustannusvaikuttavuutta. Tiedot käsitellään THL:ssä tietosuojalain mukaisesti, palautteet esitetään prosentteina ja keskiarvoina, eikä niistä ole mahdollista tunnistaa yksittäisiä henkilöitä.

Helsingin laitospaikkalukujen peittävyysvertailu valtakunnallisiin vastaaviin lukuihin vuosina 2001 - 2010 on esitetty kuviossa 18 laskettuna prosentteina vastaavanikäisestä väestöstä. Kuvio osoittaa Helsingissä olleen runsaammin laitospaikkoja kuin maassa keskimäärin ja lähes kaksinkertaisen määrän verrattuna STM:n vuonna 2008 antamaan suositukseen vuodelle 2012.

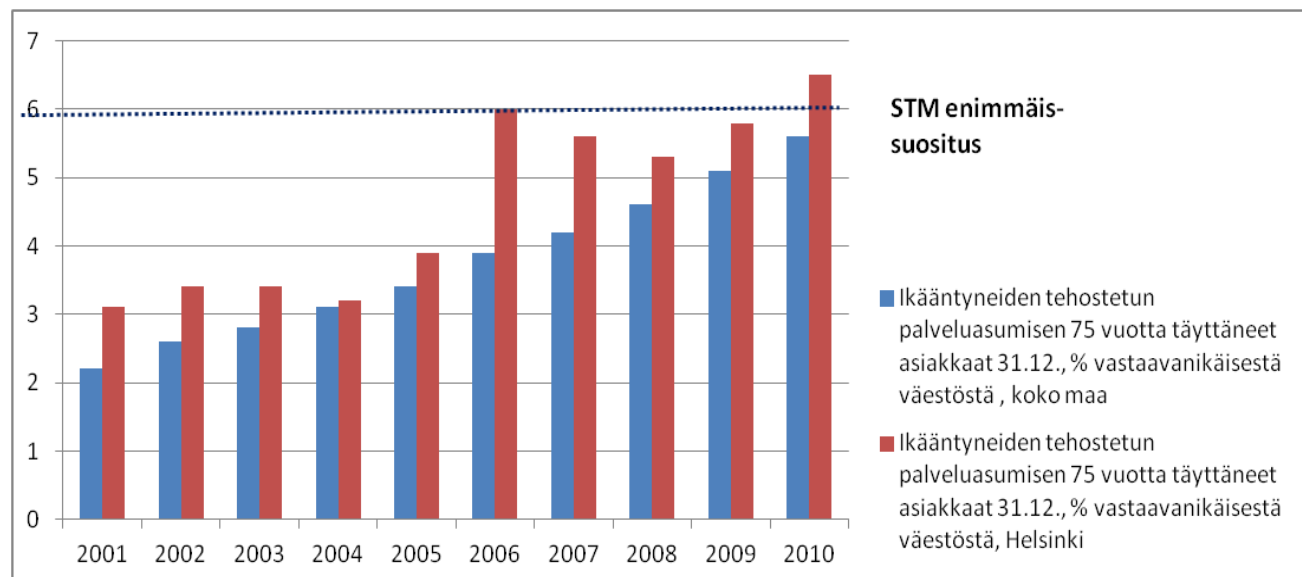


Kuvio18. Iäkkäiden laitoshoidon asukkaiden prosentuaalinen osuus vastaavanikäisestä väestöstä 2001-2010

Lähde: Sotkanet, THL

4.2.2. Palveluasuminen

Vuonna 2010 kaupungin itse järjestämä palveluasumistuotanto käsitti 1221 paikkaa ja ostopalveluna hankittu palveluasuminen 736 paikkaa, yhteensä 1975 paikkaa. Itse järjestetty palveluasuminen tuotti kokonaisuudessaan vain tehostettua palveluasumista, eli ympärivuorokautista hoitoa ja hoivaa.



Kuvio 19. Iäkkäiden tehostetun palveluasumisen asukkaiden prosentuaalinen osuus vastaavanikäisestä väestöstä 2001-2010

Lähde: Sotkanet, THL

Kuviossa 19 on verrattu helsinkiläisten 75 vuotta täyttäneiden tehostetun palveluasumisen asukkaiden prosentuaalista osuutta vastaavanikäisestä väestöstä muun Suomen vastaaviin

lukuihin. Kuvio osoittaa Helsingin runsaan ympärivuorokautisen hoidon tarjonnan verrattuna muuhun maahan.

Taulukoihin 6 ja 8 kerättyjen RAI-arviointien lukumäärien mukaan Helsingin 2553 laitospaikasta 2403 (94%) oli RAI-järjestelmää käyttävissä laitoksissa vuonna 2010. Vastaavasti palvelutalojen 1975 paikasta RAI-järjestelmää käyttäviä oli 1812 (92%), mutta palvelutaloissa ei kaikkia asukkaita ollut tuolloin vielä arvioitu (taulukko 9 ja 10).

Taulukko 9. Kaupungin itse järjestämän palveluasumisen paikkamäärät 2010-2011 ja RAI-arvioitujen asukkaiden lukumäärät laitoksittain 2010

Palveluasuminen	Pitkäaikainen palveluasuminen*		Lyhytaikainen palveluasumisen**		Palveluasuminen, paikat yhteensä		RAI arvioitujen lkm
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	
Vuosi	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010
Itäkeskuksen pt	95	95	5	5	100	100	90
Itä-Pasilan pt	109	109	0	0	109	109	79
Kannelmäen pt	92	92	5	5	97	97	88
Kinaporin mpvk	74	0	0	0	74	0	1
Kontulan vk	0	150	0	46	0	196	181
Madetojan pt	79	79	0	0	79	79	79
Munkkiniemin pt	35	34	0	2	35	36	23
Myllypuron pt	79	0	9	0	88	0	52
Palvelutalo Rudolf	153	153	0	0	153	153	139
Puistolalan pt	119	119	0	0	119	119	104
Riistavuoren mpvk	115	138	0	47	115	185	192
Roihuvuoren vk	0	110	0	37	0	147	121
Syystien pt	97	97	0	0	97	97	90
Töölön vk	63	109	0	6	63	115	62
Vuorensyrjän pt	83	83	9	9	92	92	61
Yhteensä	1193	1368	28	157	1221	1525	1362

Selitteet: pt=palvelutalo
vk=vanhustenkeskus
mpvk=monipuolinen vanhustenkeskus

*palveluasunnot ja ryhmäkodit

** LAH+arviointi- ja kuntoutuspaikat sekä kriisipaikat

***luku täydentynyt edelliseltä vuosipuoliskolta

Lähde: Helsingin kaupungin sosiaalivirasto 1.4.2011

Nimikkeistö kuvaa palvelurakenteen ja toiminnan muutosta. Kaupungin omana toimintana tuotettu vanhainkotiasuminen on muuttumassa palveluasumiseksi, monenlaista toimintaa myös muille kuin talo(i)ssa asuville tuottaviksi vanhustenkeskuksiksi tai useankaltaista asumista ja useankaltaista toimintaa myös muille kuin talo(i)ssa asuville tuottaviksi *monipuolisiksi* vanhustenkeskukseksi.

Toiminnan muuttuessa jousto ja palveluvalikko kasvavat, mutta laadun ja kustannustehokkuuden yhteismitallinen seuranta vaikeutuu. Henkilöstön nimikkeet kuvaavat työtehtäviä varsin vähän. Taulukkoon 10 on koottu palvelutalojen hoitohenkilöstön tietoja vakanssinimikkeiden mukaan palvelutaloittain. Mukaan ei ole laskettu palvelukeskuksia kuten Kamppi, Kinapori tai Munkkiniemi. Töölön vanhustenkeskuksesta mukaan on otettu vain ryhmäkotien hoitohenkilöstö

Taulukko 10. Kaupungin itse järjestämien palveluasumisen ja tähän toimintaan rinnastettavien palvelukeskusten hoitohenkilöstö 12 palvelutalossa

Palvelutalo tai vanhustenkeskus	Osastonhoitaja	Sairaanhoitaja	Hoitaja	Hoitoapulainen	Terapia	Ohjaaja	Yhteensä
Itäkeskuksen pt	0	5	59	4	4	2	74
Itä-Pasilan pt	0	5	35	1	3	5	49
Kannelmäen pt	0	5	54	5	3	3	70
Kontulan vk	5	34	101	18	12	13	183
Madetojan pt	0	4	45	3	1	5	57
Palvelutalo Rudolf	0	8	61	1	2	4	76
Puistolan pt	0	7	49	3	1	5	65
Riistavuoren mpvk	6	36	68	0	17	16	143
Roihuvuoren vk	6	34	77	8	7	9	131
Syystien pt	0	14	57	8	3	10	92
Töölön vk*	0	7	36	1	3	4	92
Vuorensyrjän pt	0	6	30	2	1	7	46
Yhteensä	17	165	672	54	57	83	1078

Selitteet: pt=palvelutalo, vk=vanhustenkeskus, mpvk=monipuolinen vanhustenkeskus

*Mukana vain ryhmäkodit

Mukaan laskettu 1) varahenkilöt (jos heitä oli) 2) vain toimintayksiköihin sijoitettu hoitohenkilöstö (ei hallintoon sijoitettua), mutta kaikki ohjaajat ja terapeutit.

Osastonhoitaja = osastonhoitajat, apulaisosastonhoitajat

Hoitaja= perus- lähi- tai mielenterveyshoitaja, vastaava hoitaja (n=35)

Hoitoapulainen= hoitoapulainen tai laitosapulainen

Terapia= fysio-, toiminta-, ravitsemus- tai jalkaterapeutti, kuntohoitaja

Ohjaaja= on ohjaaja, sosiaaliohjaaja, virikeohjaaja.

Lähde: Helsingin kaupungin sosiaalivirasto, vanhuspalvelujen vakanssit 10.6.2011

Taulukosta 10 on nähtävissä palvelutalojen henkilöstörakenne hoidon ja hoivan kannalta. Sairaanhoitajien osuus hoitajista oli keskimäärin 20%., mutta vaihteli kahdeksasta kolmeenkymmeneen viiteen prosenttiin.

Taulukko 11. Ostopalveluina tuotetut palveluasumispaikat ja RAI-arvioitujen asukkaiden lukumäärät tuottajaorganisaation mukaan 2010

Tuottajaorganisaatio	Toimipaikka	Paikat, lkm	RAI arvioitujen lkm
Suomenkieliset			
Attendo MedOne (Yhteensä)	Hedvig Sofia-koti Palvelutalo Cecilia Viikki Hoitokoti Lassila Hoivakoti Elisa	14	0 (59*)
Gaiussäätiö (Yhteensä)	Heseva-koti Puotilan palvelutalo	163	0
Helenan vanhainkodin säätiö (Yhteensä)	Serafina	11	0
Helsingin Seniorisäätiö (Yhteensä)	Pikku Maria	22	0
Hoitokoti Eskil Oy (Yhteensä)	Hoitokoti Eskil	5	0
Hoiva Sofia Oy.(Yhteensä)	Sofia-koti	14	0
	Helmikoti Lehmuskoti		

Ilmari Helanderin vanh. säätiö (Yhteensä)	Tuomikoti	34	0
Itä-Helsingin lähimmäistyö Hely	Anni&Pentti	32	30
Koillis-Hgin lähimmäistyö Milja	Luhti- ja Riihikoti	14	11
Länsi-Hgin lähimmäispalv. Leevi	Leevikoti	14	15
Käpyrinne Ry	Käpyrinteen palvelutalo	25	2 (48*)
Mainio Vire Oy	Virekoti Käpylä Virekoti Hermannin Virekoti Sofia ja Severi	72	62
Mefys	Varpulan pienryhmäkoti	5	0
Omakotisäätiö	Palvelutalo Merilä	52	55
Palvelukoti Rantakartano	Rantakartano	10	35
Patolan vanhainkoti	Olkihattu Pohjantähti	25	0
Vanhusten palvelutaloyhdistys	Poukama Resiina ja Topparoikka	54	0
Yrjö ja Hanna Oy	Hanna-koti/Merikukka	8	0 (16*)
Kantti ry	Kantin Pysäkki	20	26
Ruotsinkieliset			
Attendo MedOne (Yhteensä)	Lilla-Apollo Hedvig Sofia hemmet Hoitokoti Lassila	28	0
Folkhälsan Syd Ab	Seniorhemmet	27	36
Itä-Helsingin lähimmäistyö ry	Artturi ja Ida	19	0
Stiftelsen Blomsterfonden i Helsingfors	Berga- och Helenahemmet	53	0
Stiftelsen Silviahemmet rs	Silviahemmet	17	27
Yhteensä		736	298

*arvio suoritettu, ajoittuu 2011 kevään tietokantaan, ei mukana summassa

Lähde: Helsingin kaupungin sosiaalivirasto ja THL RAI-tietokanta

4.3. Kotihoito

4.3.1. Kotihoidon määrä

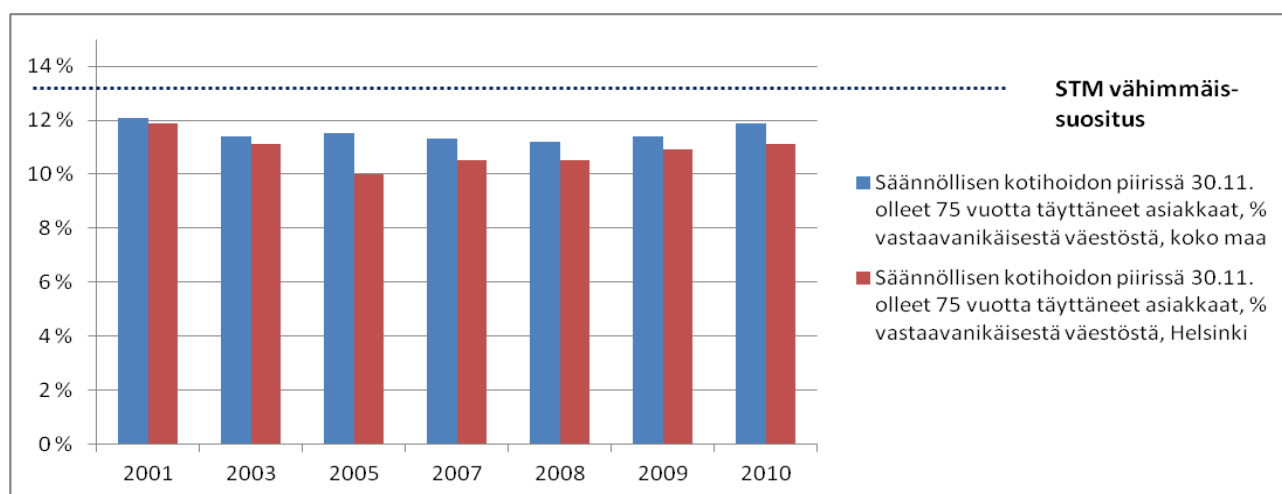
Kotihoidossa tehtiin vuonna 2010 yli kaksi miljoonaa kotikäyntiä, jotka jakautuivat säännöllisen ja tilapäisen kotihoidon asiakkaiden kesken lähes puoliksi.

Säännöllisiä asiakkaita oli yhteensä 8795 ja tilapäisiä noin 8296 vuonna 2010 (Terveyskeskuksen, vuosilastot 2010). Kotisairaanhoidon käyntejä tehtiin yhteensä yli 16 000 ja kotipalvelun noin 5000 henkilön luokse.

Vertailu valtakunnallisiin lukuihin vuosina 2001-2010 on esitetty kuviossa 20, joka osoittaa palvelun peittävyys olevan valtakunnallisia vertailulukuja pienemmän ja olleen vuosituhannen alussa nykyistä suurempi.

Kotihoidon tehtäväkenttään kuuluu kaikenikäisiä asiakkaita. Iäkkäiden säännöllistä kotihoitoa saavien asiakkaiden lukumäärä oli hoitoilmoitusrekisterin mukaan 5950 henkilöä (Sotkanet, THL). Tämän perusteella laskettuna RAI-arviointien peittävyys syksyllä 2010 oli

säännöllisen kotihoidon iäkkäistä asiakkaista 79% (Taulukko 10). Tilapäisen kotihoidon asiakkaista ei ole tehty arviointeja.



Kuvio 20. Iäkkäiden säännöllisen kotihoidon asiakkaiden prosentuaalinen osuus vastaavanikäisestä väestöstä 2001-2010

Lähde: Sotkanet, THL

Taulukko 12. Säännöllisen kotihoidon asiakkaiden RAI-arvioinnit suurpiireittäin 2010

Suurpiiri	Lukumäärä
Eteläinen	927
Itäinen	663
Kaakkoinen	497
Keskinen	798
Läntinen	982
Pohjoinen	851
Yhteensä	4718

Lähde: THL RAI-tietokanta

Taulukko 13. Kotihoidon asiakaskäynnit v. 2010 ja muutos (%) vuoteen 2009 verrattuna

	2010	Muutos,%
Kotihoidotuotteet (Gentia)	2 044 374	8,9
Kotihoidokäynnit yhteensä	2 043 660	8,9
Itse tuotettu kotihoito	2 027 817	9,7
Kotisairaanhoidokäynnit	1 145 951	18,3
Lääkärikäynnit	14 021	1,1
Hoitohenkilökunnan käynnit	1 131 930	18,6
-yökotihoito	32 590	14,8
-muut hoitohenkilökunnan käynnit	1 099 340	18,7
Kotipalvelukäynnit	881 855	0,1
-yökotihoito	11	-89,2
-muut hoitohenkilökunnan käynnit	881 844	0,1
Kotihoidon ostopalvelut	15 843	-42,3
Kotihoito terveyskeskuksilta	1 001	29,8
Erittelemätön	14 842	-44,4
Hoitopuhelut (lääkärin)	714	-7,3

Lähde: Helsingin terveyskeskus, vuositilasto 2010, perusterveydenhuollon käynnit

Kotihoidon tuottavuus käynteinä oli lisääntynyt vuonna 2010 verrattuna edelliseen vuoteen kotihoitokäyntien ja erityisesti itse tuotetun kotihoidon osalta siten, että lisääntyminen painottui kotisairaanhoidon- tai ylipäättään hoitajien suorittamiin käynteihin. Kotipalvelun käynneissä ei käytännössä ollut lisäystä

4.3.2. Kotihoidon henkilöstö

Kotihoidon koko henkilöstön vakanssien lukumäärä oli maaliskuussa 2011 yhteensä 1976. Varsinaisia hoitohenkilöstön vakansseja oli taulukon 16 mukaisesti 1607, minkä lisäksi henkilökuntaan kuului 6 muistikoordinaattoria, 2 haavanhoitajaa, 1 marevanhoitaja ja 1,5 palveluneuvojaa, yhteensä 1618 vakanssia (Yhteenveto Terken hoitohenkilöstöstä 2011).

Taulukko 14. Pitkäaikaishoidon hoitohenkilöstön vakanssit terveystieteiden keskuksessa

	Saira- tai terveydenhoitaja	Lähi- tai perushoitaja	Kotiavustaja tai kodinhoitaja
Eteläinen	44	203	44
Keskinen	40	217	26
Läntinen	53	250	29
Pohjoinen	36	182	20
Itäinen	33	169	19
Kaakkoinen	42	180	20
Kotihoito yhteensä	248	1201	158

Lähde Yhteenveto Terken hoitohenkilöstöstä 2011

Vakanssien keskinäinen suhde oli lähihoitajapainotteinen: sairaan- tai terveydenhoitajat 15%, lähi- tai perushoitajat 75% ja kotiavustajat tai kodinhoitajat 10%

4.4 Omaishoito

4.4.1. Omaishoito Helsingin sosiaaliviraston tilastojen mukaan

Helsingin sosiaaliviraston tilastojen mukaan vuoden 2010 aikana 1845 henkilöä oli kirjattu vanhuspalveluissa omaishoitajiksi. Heistä alle kolmasosa (30%) oli alle 65 -vuotiaita, noin kolmasosa (32%) oli 65-74-vuotiaita ja yli kolmasosa (38%) oli täyttänyt 75 vuotta.

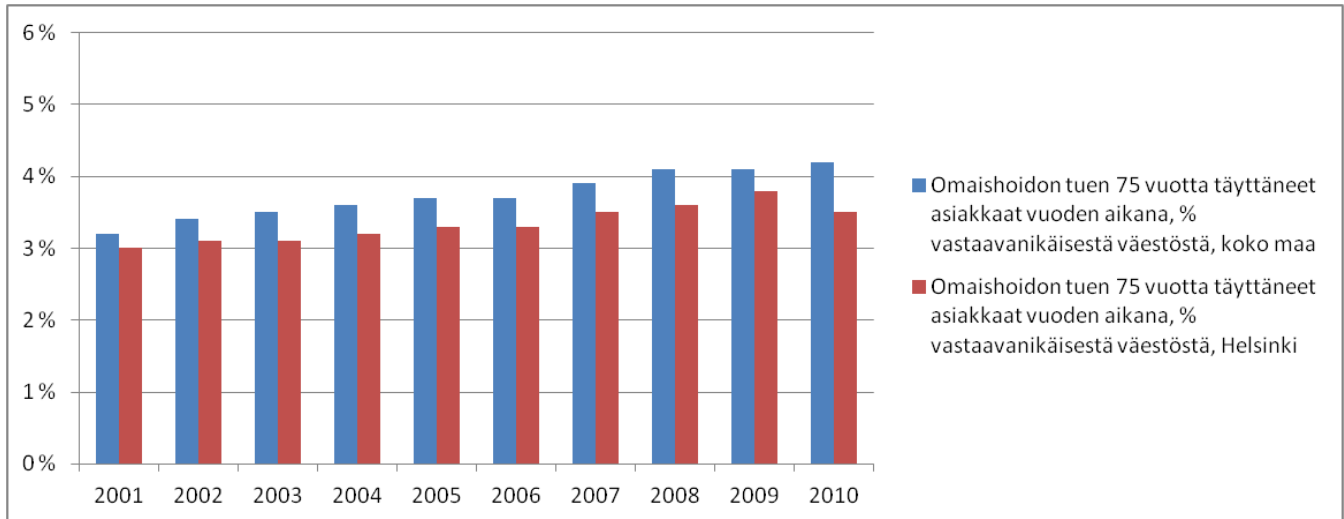
Joka kuudes omaishoitajien hoivattavista tarvitsi jatkuvaa tai lähes jatkuvaa huolenpitoa, minkä lisäksi 4% hoidettavista sai omaiseltaan laitoshoidon korvaavaa hoivaa.

Yksityiskohtaista ajankohtaista tietoa omaishoitajien varassa olevien hoivattavien tarpeista ja näkemyksistä oli saatavissa vain säännöllisen kotihoidon asiakkailta, ja tällaisia henkilöitä löytyi käytetystä tietokannasta 502 (27% omaishoitajien hoivattavista).

Sellaisia kahdesta tai useammasta henkilöstä koostuvia asuntokuntia, joissa vähintään yksi henkilö oli täyttänyt 75 vuotta, oli Helsingissä noin 17 000. Näistä 75 vuotta täyttäneistä noin joka neljännen voidaan arvioida tarvitsevan jonkin asteista tukea tai apua. Pelkästään näiden lukujen perusteella voidaan karkeasti arvioida Helsingissä olleen yli kaksinkertainen määrä potentiaalisia omaishoitajia. Tämän lisänä ovat kaikki ne omaiset ja läheiset, jotka tarjoavat apuaan mutta eivät asu avun tarvitsijan kanssa.

4.4.2. Omaishoidon peittävyys

Omaishoidon peittävyys oli noussut noin yhden prosenttiyksikön kymmenen vuoden kuluessa ja jäi jälkeen sekä koko maan kehityksestä että STM:n laatusuosituksesta, jonka mukaan omaishoidon tukea saavien 75 vuotta täyttäneiden henkilöiden tulisi yltää vähintään kuuteen prosenttiin vastaavanikäisestä väestöstä (Kuvio 21).



Kuvio 21. Omaishoidon tuen 75 vuotta täyttäneet Helsingissä ja koko maassa 2001 -2010

Lähde: Sotkanet, THL

4.5 Muutoksen suunta

Helsingin kaupunki on lopettanut pitkäaikaishoidon terveyskeskuksissa 31.12.2009, jolloin kolme terveyskeskuksen pitkäaikaissairaalaa, Kivelän-, Koskelan- ja Myllypuron pitkäaikaissairaalat muutettiin vanhustenkeskuksiksi niiden siirryttyä 1.1.2010 alkaen Sosiaaliviraston alaisuuteen. Riistavuoren vanhustenkeskuksesta tuli palvelusumista 1.4.2010 ja Roihuvuoren vanhustenkeskus 1.4.2011. Myös Kontulan vanhustenkeskus muuttui palveluasumiseksi. Palveluasumispaikkojen toteutuva määrä vuoden 2011 kuluessa riippui tarkastelun ajankohdasta. Itä-Pasilan palvelutalon muutto väistötiloihin vähensi käytöstä 12 paikkaa. Myllypuron palvelutalo lakkautettiin 1.6.2011. Syystien palvelutalo oli väistötiloissa syksyyn 2011, minkä jälkeen käytössä Syystiellä on 97 paikan sijasta vähintään 115 paikkaa.

Kokonaisuudessaan iäkkäiden palveluissa korostui ympärivuorokautisten asumispalveluiden runsas käyttö ja laitosvaltaisuus. Vuoden 2010 lopussa laitospaikkojen peittävyys oli suositukseen verrattuna kaksinkertainen, tehostetun palveluasumisen peittävyys suositusten suuruinen ja kotihoidon alimitoitettu STM:n laatusuositukseen verrattuna. Muutoksen suunta oli kuitenkin suosituksen mukainen, johdonmukainen ja pitkäjänteinen. Verrattuna ikäihmisten palvelujen järjestämiseen vuonna 1985, laitosvaltaisuutta on vuosien saatossa purettu merkittävästi. Tuolloin laitospaikkoja oli tarjolla 6380 henkilölle eli joka viidennelle 75 vuotta täyttäneelle helsinkiläiselle henkilölle (Aalto 1991).

Helsingin palvelurakenne elää kuitenkin perusparannusten ja palveluiden uudelleenjärjestelyn muutosta missä kulloistekin paikkamäärien tarkka lukumäärä on vähemmän merkityksellistä kuin muutoksen suunta, suuret linjat ja kokonaiskuva.

4.6. Työntekijöiden näkemykset

4.6.1. Laitoshoidon ja palveluasuminen

Ympäri vuorokautisen hoidon edustajat pitivät nopeasti muuttuvaa palvelurakennetta haasteena. He olivat kaikissa eri haastatteluissa yhtä mieltä siitä, että yksilötason hoivatoiminta oli muuttumassa koko ajan paremmaksi. Entisten kaupungin pitkäaikaissairaaloiden edustajat pitivät viime vuosien suureten linjojen kehitystä hyvänä ja tehtyjä ratkaisuja oikeina. Erilaisten kuntoutus- toipilasosastojen sekä lyhytaikaistoimintojen edustajat olivat sitä mieltä, että iäkkäitä on mahdollisuus kuntouttaa, kotiuttaa ja kotihoitoa tukea paremmin kuin aiempina vuosina. Yhteistyötä kotihoidon kanssa pidettiin välttämättömänä ja hyvänä. Hoidon ja huolenpidon sisällön kehittämistä pidettiin jatkuvana ja innostavana toimintana. Toisaalta henkilöstön todettiin olevan "kovilla".

4.6.2. Kotihoito

Kotihoidon toimintaa oli vuoden 2004 jälkeen systematisoitu ja tiimien toimintaa harmonisoitu. Eräs viimeisistä muutoksista oli mielenterveystiimien siirtäminen psykiatriaan, millä poistettiin päällekkäisyyttä ja voimavarojen hukkakäyttöä.

Rajapinnoista yhteistyötä kaupunginsairaalan, terveyskeskuksen ja vanhustenkeskusten kanssa pidettiin hyvänä. Kotihoito koki roolinsa yhteistyöntekijäksi joka suuntaan. Toisaalta - kotihoito sai lähes kaikilta haastatelluilta tahoilta spontaanisti myönteistä palautetta.

Toiminta oli kuitenkin joidenkin - erityisesti yksityisten - palvelutalojen suhteen sikäli selkiytymätöntä, että palvelutalon edustajat odottivat kotihoidon hoitavan yksityisesti taloon muuttaneiden henkilöiden terveydelliset tarpeet heidän vanhetessaan. Näiden palvelutalojen toiminta oli selkiytymätöntä myös terveysasemien suhteen.

4.6.3.

Pitkäaikaishoidon edustajien merkittävimmät hallinnonalojen rajapintojen koskevat kommentit liittyivät tiedon kulkuun ja tietojärjestelmien yhteensopimattomuuteen HUS ja terveyskeskuksen kanssa. Tietojärjestelmien yhteensopimattomuuteen liittyvää tietojen metsästämissä koettiin aiheuttavan ylimääräistä työtä, sitä pidettiin turhauttavana ja potilasturvallisuutta vaarantavana sekä kalliina.

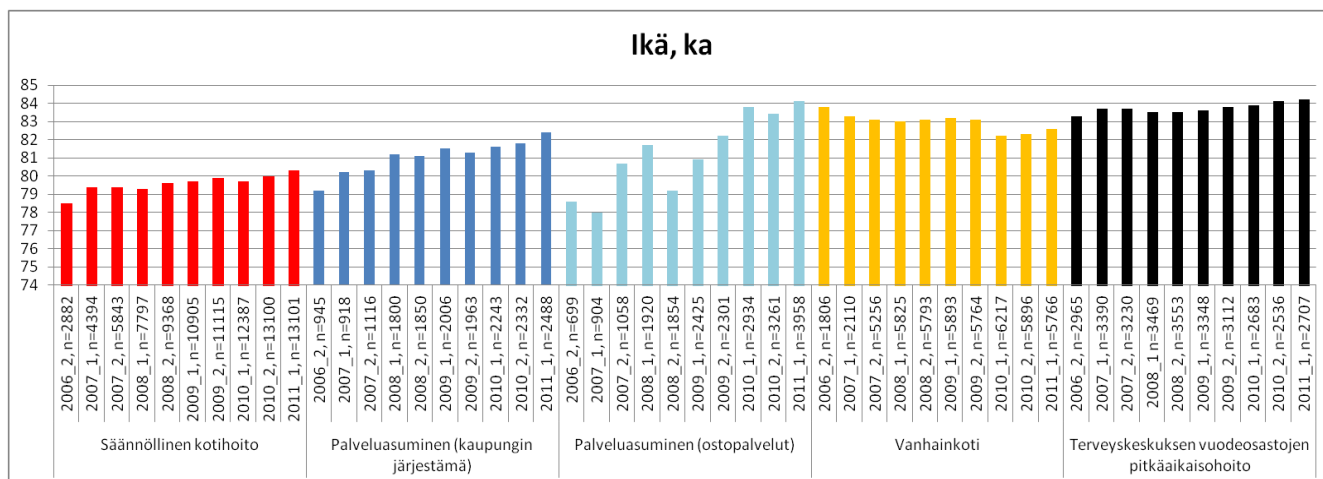
5. ASIAKASKUNTA JA AMMATILLISEN HOIDON LAATU

5.1. Pitkääikaishoidon asiakkaiden sukupuoli ja ikä

5.1.1. Sukupuoli

Pitkääikaishoidon asiakkaista kolme neljästä oli naisia riippumatta annettiin hoitoa asiakkaan kodissa, palvelutalossa vai laitoksessa.

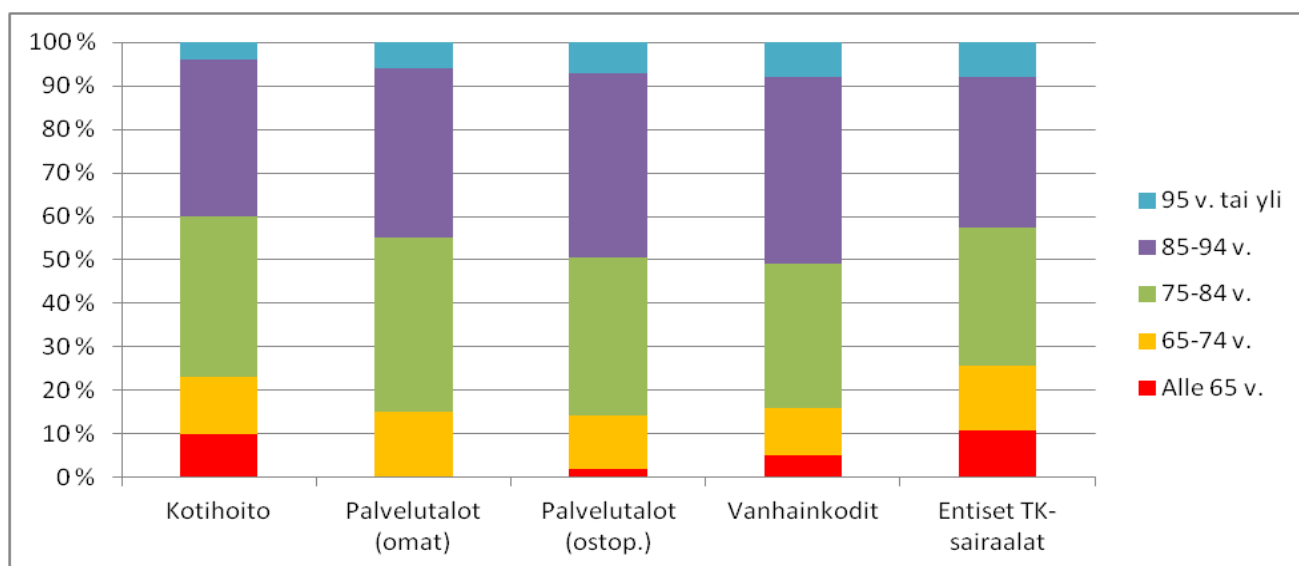
5.1.2. Ikä



Kuvio 22. Ikäihmisten palveluita saavien asiakkaiden keskimääräinen ikä 2006-2011

Lähde: RAI tietokanta 2011, THL

Kuviossa 22 on esitetty pitkäaikaishoidon asiakkaiden keski-ikä vuosina 2006 - 2011 palvelutyyppittäin. Säännöllisen kotihoidon asiakkaat olivat keskimäärin muiden palvelutyyppien asiakkaita nuorempia, mutta lähes kaikissa palvelutyypeissä keskimääräinen ikä oli kasvussa.



Kuvio 23. Pitkääikaishoidon asiakkaiden ikäjakauma ikäluokittain ja palvelutyyppittäin 2010.

Lähde: RAI tietokanta 2011, THL

Asiakkaiden kuviossa 23 esitetty ikäjakauma osoittaa jopa neljänneksen ikäihmisille suunnattujen palveluiden asiakaskunnasta palvelutyyppistä riippuen olevan alle 75-vuotiaita siten että 23% kotihoidon ja 26% entisten terveyskeskussairaaloiden asiakkaista kuului "nuorten" ryhmään. Nuorimmat yksittäiset arvioidut olivat alle 20-vuotiaita ja vanhimmat yli 100.

5.1.3. Alle 65-vuotiaat pitkäaikaishoidossa

Alle 65-vuotiaiden pitkäaikaishoitilaiden ominaispiirteitä on analysoitu vertaamalla heitä tilastollisesti samaa palvelutyyppiä saaviin 65 vuotta täyttäneisiin asukkaisiin. Laitoshoidossa alle 65-vuotiaiden osuus oli 7% ja ostopalveluiden palvelutaloissa 2%. Omana toimintana järjestetyissä palvelutaloissa heitä oli noin puoli prosenttia ja kotihoidon RAI-arvioiduista asiakkaista noin 10 % kuului tähän ryhmään (kuvio 23).

Kaikkien palvelutyyppien alle 65-vuotiaat olivat vanhempia asiakastovereitaan useammin naimattomia miehiä, joilla oli jokin käytösoire. Laitoshoidossa käytösoire oli useimmiten päämäärätön vaeltelu ja kotihoidossa karkea kielenkäyttö.

Merkittävimmät alle 65-vuotiaiden palveluiden tarvetta selittävät sairaudet olivat useammin kuin vanhemmilla saman palvelun saaneilla psykiatriset sairaudet, aivohalvaus sekä jossain määrin diabetes. MS-tautia heiltä löytyi merkittävästi useammin kuin vanhemmilta asiakaskumppaneilta, joskin sairastavien lukumäärä oli pieni.

Muistisairauksien osuus alle 65-vuotiaiden keskuudessa oli kuitenkin erittäin vähäinen. Alkoholin ongelmakäyttö oli säännöllisen kotihoidon asiakkailla psykiatristen sairauksien rinnalla yhtä merkittävää, laitoshoidon asukkaista alkoholin käyttöä koskeva tietoa oli vaikeasti löydettävissä. Laitoshoidossa jonkin resistentin bakteerin kolonisaatio tai infektio oli nuorilla asukkailla kolme kertaa todennäköisempi kuin 65 vuotta täyttäneillä. Alle 65-vuotiaat olivat terveydentilaltaan muita asukkaita vakaampia, mutta erityisesti kotihoidossa he olivat useammin toipumassa ja/tai kuntoutumassa akuutista sairaudesta. Asiakkuuden kesto oli alle 65-vuotialla keskimäärin yhtä pitkä kuin 65 vuotta täyttäneillä.

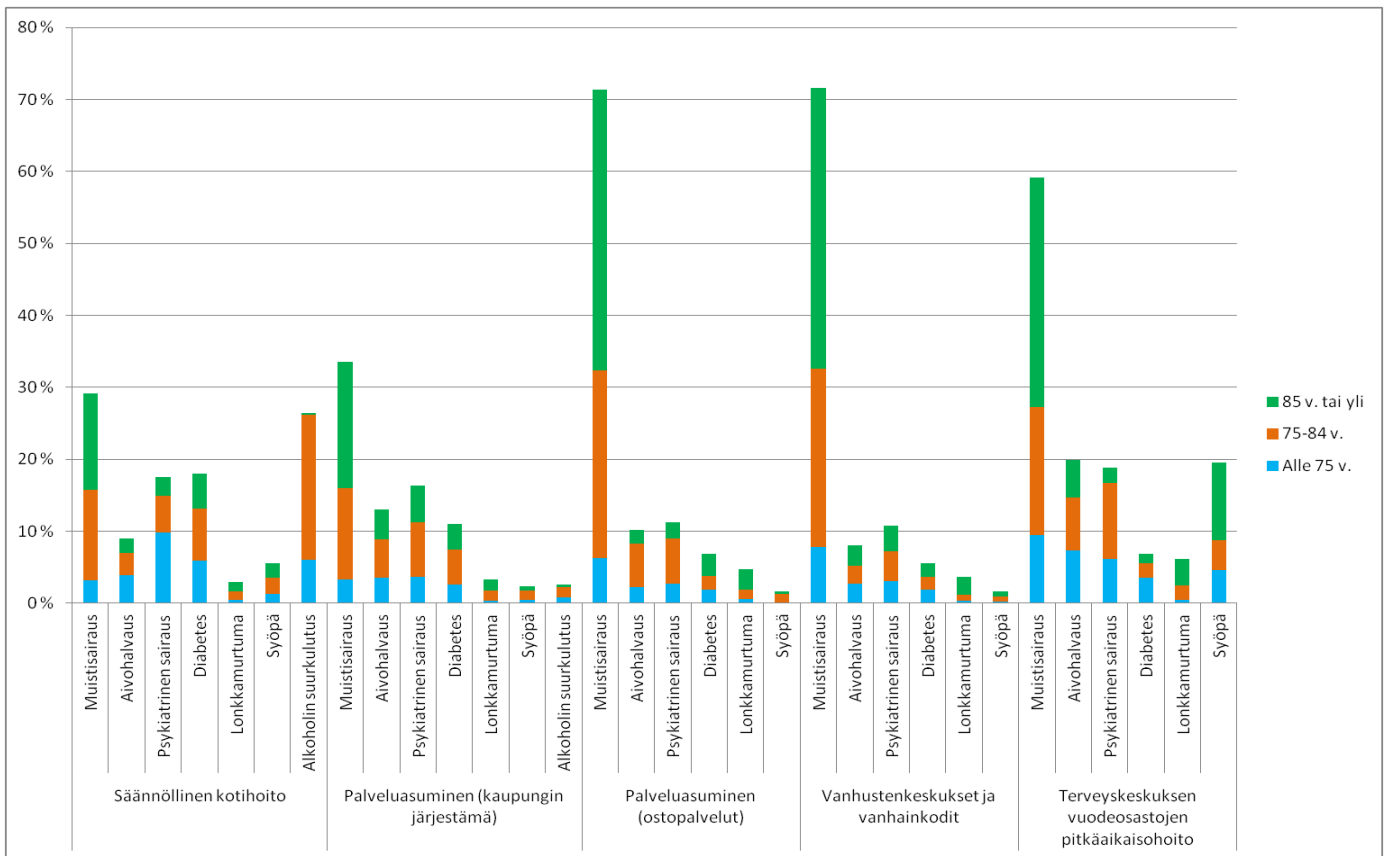
Vaikutti sille, että alle 65-vuotiaat hoidettiin ensisijaisesti kotona. Jos heidän katsottiin tarvitsevan ympärivuorokautista hoitoa, he asuivat merkitsevästi useammin laitoksessa kuin palvelutalossa.

Alle kuusikymmentäviisivuotiaiden avun ja hoivan tarve näytti syntyvän eri perustein kuin 65 vuotta täyttäneillä tai sitä vanhemmilla. Palveluiden järjestämisen kannalta huomionarvoista on henkilöstön osaaminen ja resurssitarve. Mielenterveyteen ja alkoholiin liittyvä avun tarve muodostaa yhden sisällöllisen osaamiskokonaisuuteensa ja somaattiset pitkäaikaissairaudet toisen.

5.2. Pitkäaikaishoidon asiakkaiden diagnoosit

Pitkäaikaishoitoon pääsyä selittävien diagnoosien yleisyys palvelutyypeittäin on esitetty ikäryhmittäin kuviossa 24.

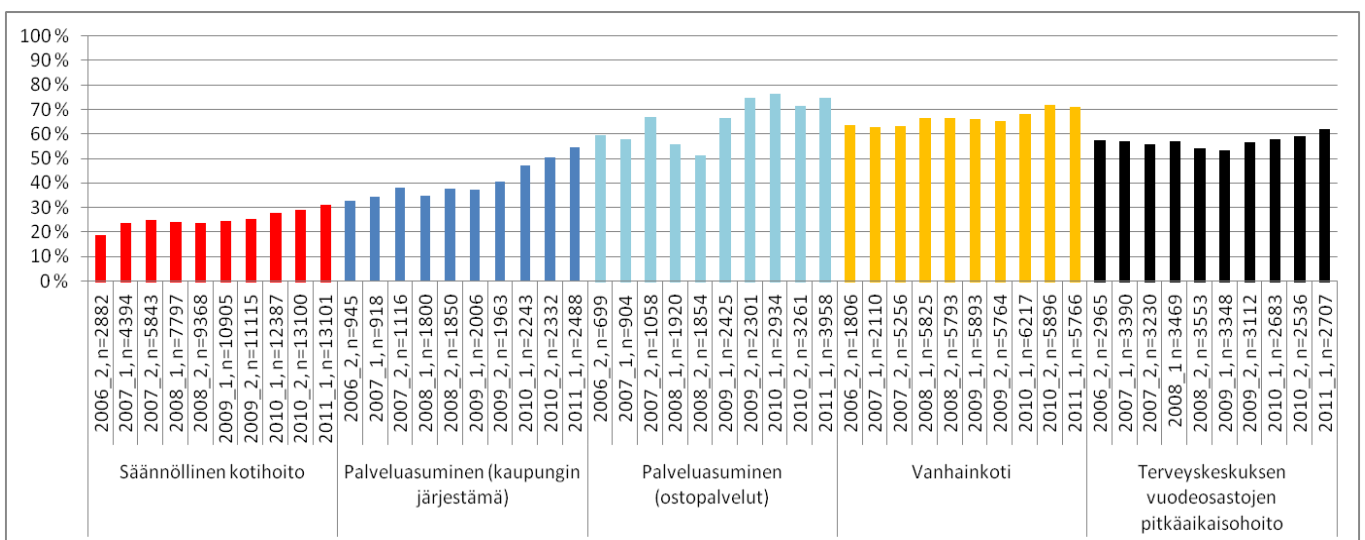
Muistisairauden diagnoosi oli pitkäaikaishoitoon johtaneista diagnooseista kaikissa palvelutyypeissä yleisin ja oli sitä yleisempi mitä vanhemmasta ikäluokasta oli kyse. Kuitenkin muistisairauksia löytyi kaikkien ikäluokkien edustajilta.



Kuvio 24. Pitkäaikaishoitoon pääsyä selittävät diagnoosit ikäryhmittäin ja palvelutyypeittäin

Selite: Muistisairaus = mikä tahansa muistisairauden diagnoosi kirjattu RAI-järjestelmään, kaikista muista poistettu muistisairautta sairastavat

Lähde: RAI tietokanta 2011, THL



Kuvio 25. Muistisairauden diagnoosi (%) palvelutyypeittäin vuosina 2006-2011

Lähde: RAI tietokanta 2011, THL

Psykiatrinen sairaus ilman muistisairautta löytyi noin joka kuudennelta säännöllisen kotihoidon ja omana toimintana järjestelyn palveluasumisen asukkaalta sekä joka kymmenenneltä ostopalveluna järjestetyn palveluasumisen ja kaiken vanhainkotitasoisen laitoshoidon asukkailta. Aiemmilla terveyskeskusten pitkäaikaissosastoilta psykiatrinen diagnoosi ilman muistisairautta löytyi joka viidenneltä.

Aivohalvaus ilman muistisairautta esiintyi noin joka kymmenennellä kaikkialla muualla paitsi entisillä terveyskeskuksen pitkäaikaissosastoilla, missä aivohalvaus ilman muistisairautta esiintyi joka viidennellä.

Vaikka entisiä terveyskeskuksen pitkäaikaissosastoja luonnehti muita palvelutyypppejä jonkin verran harvemmin esiintynyt muistisairauden diagnoosi ja useammin ilman muistisairautta esiintynyt syövän osuus, kaikki palvelutyyppit tarjosivat hoivaa samoja pitkäaikaissairauksia sairastaville.

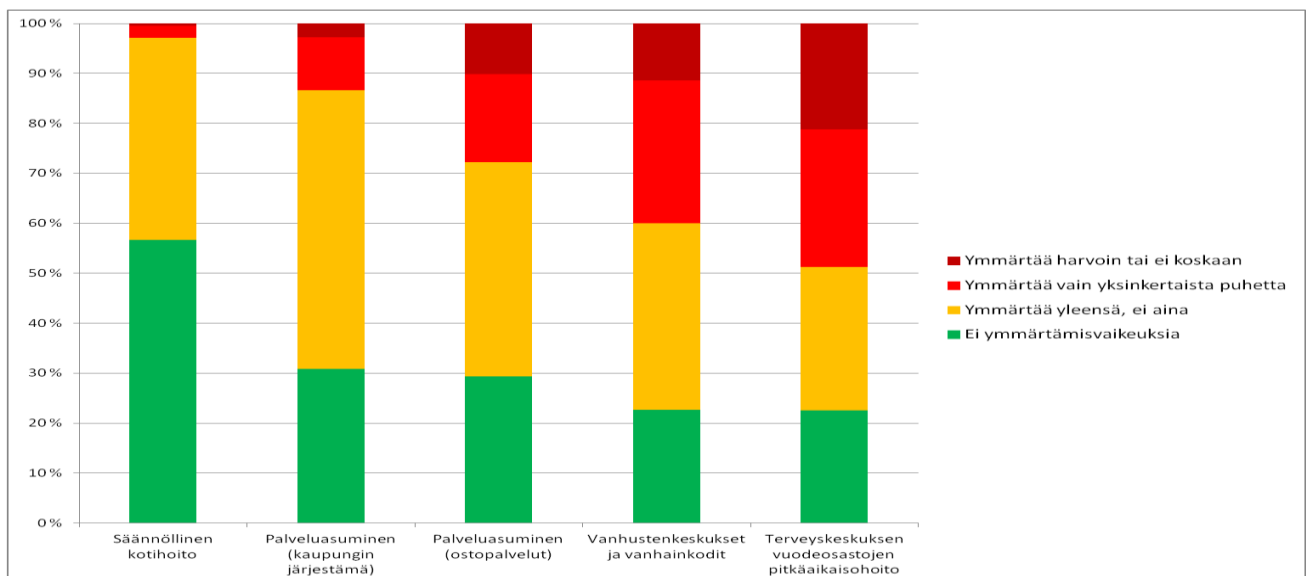
5.3. Pitkäaikaishoidon asiakkaiden toimintakyky

5.3.1. Toimintakyvyn osa-alueet

Tässä selvityksessä toimintakykyä on arvioitu palvelutyypeittäin yhteensä neljän osa-alueen näkökulmasta, joita ovat 1) kognitio (äly), 2) arjesta suoriutuminen, 3) psyyke ja 4) sosiaalinen elämä ja vuorovaikutus.

5.3.2. Älyllinen osa-alue

Toiminnanrajoitteisen henkilön omatoimisuus on tavalla tai toisella yhteydessä henkilön apuvälineiden saatavuuteen ja hänen toimintaympäristöönsä sekä erityisesti ikääntyneillä asiakkaalla kykyyn ymmärtää ja muistaa annetut ohjeet sekä kykyyn oppia apuvälineiden käyttö. Kuvio 26 kuvaa pitkäaikaishoidon asiakkaiden ymmärtämisvaikeuksien laajuutta.

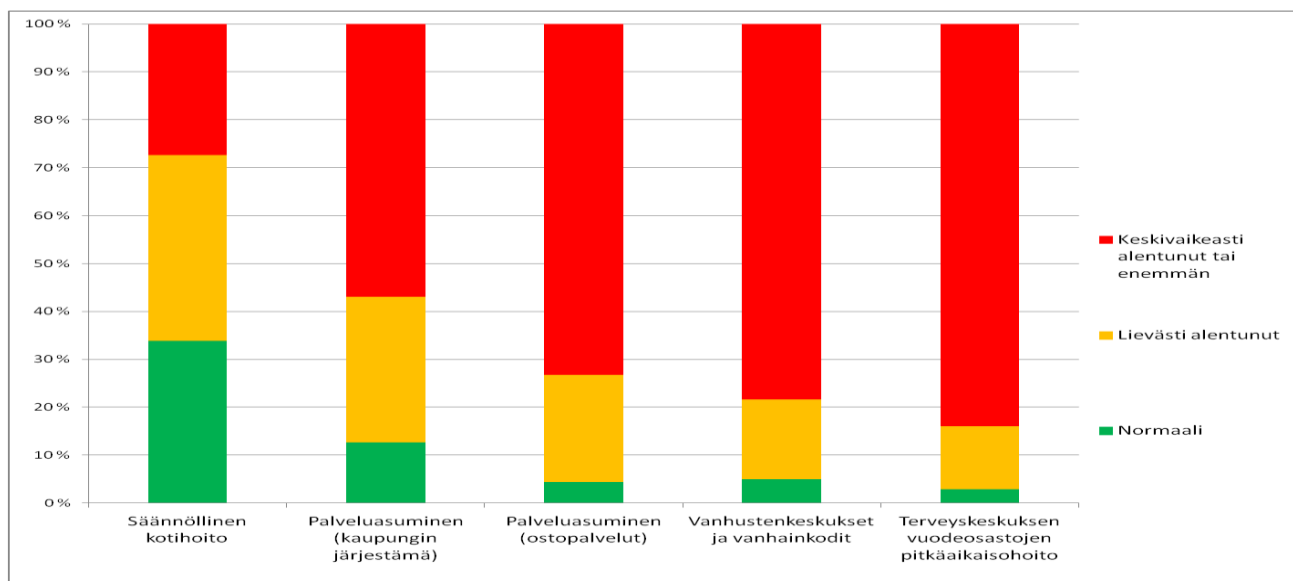


Kuvio 26. Ymmärtämisvaikeudet palvelutyyppin ja ymmärtämisvaikeuden asteen mukaan

Lähde: RAI tietokanta 2011, THL

Rauhallisessa kuormittamattomassa tilanteessa ymmärtämisvaikeudet ovat lähes aina vähäisempiä kuin kuormituksessa kuten akuuttisairausten tai muun stressitilanteen aikana tai muualla kuin kotona. Pääosa tässä selvityksessä käytetyistä arvioista on suoritettu kuormittamattomassa tilanteessa tai asianomaiselle tavanomaisen elämän yhteydessä.

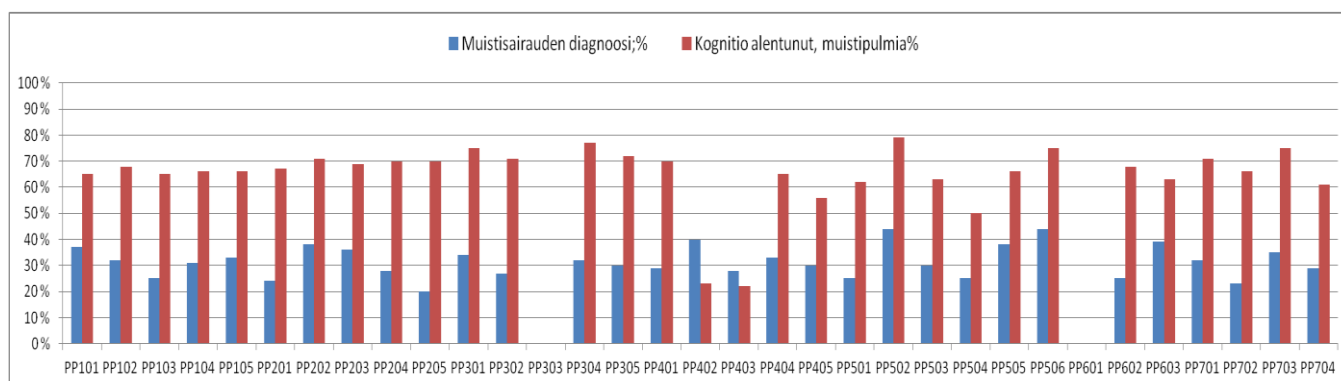
Sanalle kognitio, joka tulee kreikan sanasta cognosco (tiedän), on haettu suomenkielistä yksiselitteistä vastinetta, jota lähinnä on sana äly. Kognitiivisilla toiminnoilla tarkoitetaan ylempiä älyllisiä toimintoja kuten esimerkiksi ongelmanratkaisukyky, päättely, päätöksenteko, käsitteellinen ja kielellinen ajattelu, uskomusten muodostaminen ja muokkaaminen, muisti, ja oppiminen.



Kuvio 27. kognition vajauksen aste palvelutypeittäin.

Lähde: RAI tietokanta 2011, THL

Kognitiiviset toiminnot ovat alentuneet valtaosalla ikäihmisten palveluita saavista asiakkaista ja kuviosta 27 ilmenee pitkäaikaishoidon asiakkaiden hauras kognitio palvelutypeittäin. Vähintään keskivaikea kognition vajoisuus oli yleistä ympärivuorokautisen hoivapalveluiden asiakkailla. Kotihoidon asiakkaista vain joka kolmannen kognitio oli normaali. Kognition vajauksen keskivaikea aste näytti merkittävälle kotona selviytymistä vaikeuttavalle tekijälle.



Kuvio 28. Muistisairauden diagnoosi ja vähintään lievä kognition vajoisuus peruspiireittäin säännöllisen kotihoidon asiakkailla.

Lähde: RAI tietokanta 2011, THL

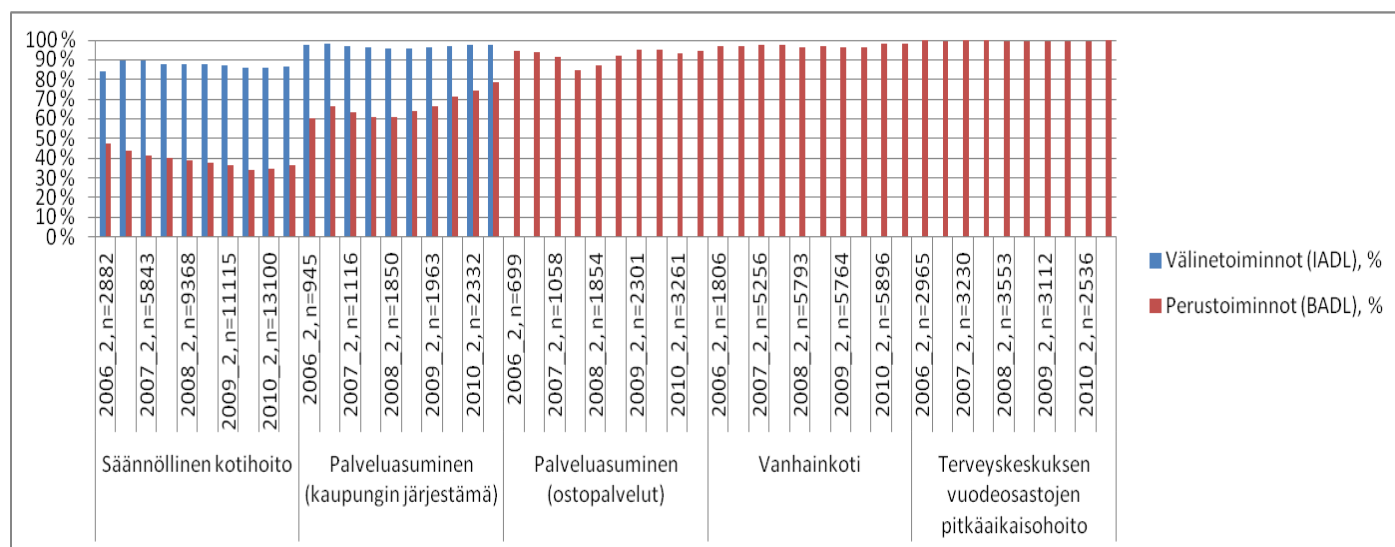
Ne peruspiirit, joissa arvioitujen lukumäärä on viisi tai alle, on jätetty tyhjäksi.

Kuviosta 28 ilmenee muistisairauksien ja kognition vajauksen jakauma peruspiireittäin säännöllisen kotihoidon asiakkailta vuonna 2010.

Loppuvaiheen dementiaa, sairasti 0,2% kotihoidon asiakkaista. Vastaava prosenttiluku oli kaupungin omissa palvelutaloissa 2,3%, ostopalveluiden palvelutaloissa 10,7%, vanhainkodeissa ja vanhustenkeskuksissa 13,9% ja entisillä terveyskeskusosastoilla 33,6%. Loppuvaiheen dementiaa tarkoitetaan etenevää muistisairautta sairastavan henkilön sairauden kuolemaa edeltävää vaihetta, missä kognition vaje on suurin mitattavissa oleva, henkilö on pidätyskyvytön ja täysin autettava kaikissa päivittäisissä toiminnoissa. Myös puhekyky on tuolloin menetetty. Loppuvaiheen dementiaa sairastavien suuri osuus entisillä terveyskeskusosastoilla oli yksi merkittävistä perusteista järjestää hoiva muualla kuin terveyskeskuksessa.

5.3.3. Fyysinen osa-alue, arjesta suoriutuminen (IADL, ADL)

Toimintakyvyn fyysisen ulottuvuuden ilmaisuun on tässä selvityksessä käytetty arjesta suoriutumista. Se jaetaan yleensä henkilökohtaisten toimintojen osioon sekä kotitalouden ja asioiden hoitoon liittyvään osioon. Henkilökohtaisten toimintojen osio koostuu toiminnoista kutensyöminen liikkuminen peseytyminen, pukeutuminen ja WC:ssä asiointi. Niistä käytetään lyhennystä ADL tai BADL (Activities in Daily Living / Basic Activities in Daily Living).



Kuvio 29. Yksi tai useampi väline- ja perustoimintojen vaje palvelutyypeittäin 2006-2011.

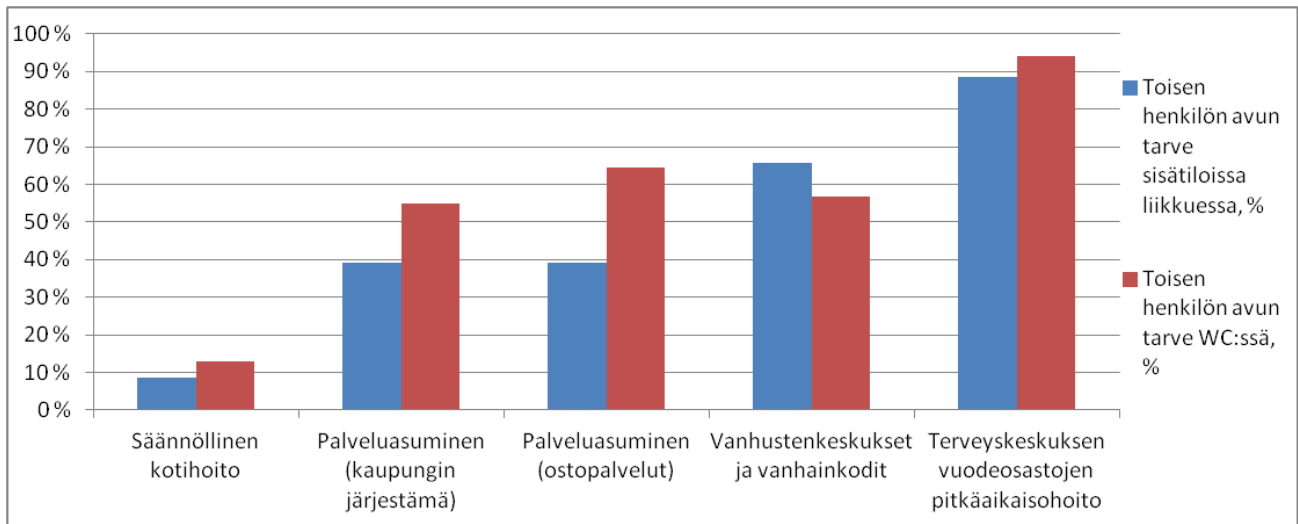
Lähde: RAI tietokanta 2011, THL

Kotitalouden ja asioiden hoitoon liittyvä osio koostuu välinetoiminnoista kuten ostoksilla käynti, ruuan valmistaminen ja kattamiseen liittyvät työt, raha-asioiden hoito, lääkkeiden otto, siivoaminen ja pyykinpesu. Näistä toiminnoista käytetään puolestaan lyhennystä IADL (Instrumental Activities in Daily Living).

Säännöllisen kotihoidon ja omana toimintana tuotetun palveluasumisen asiakkailta on käytettävissä tietoa sekä päivittäisistä henkilökohtaisista toiminnoista (perustoiminnoista) suoriutumisesta, että kotitalouden ja asioiden hoitoon liittyvistä toiminnoista, (välinetoiminnoista). Laitoshoidon asukkailla ja ostopalveluina tuotetussa palvelutalotoiminnassa tietoa on vain perustoiminnoista. Yleistäen voidaan sanoa, että

niillä, joilla on perustoimintojen vaje, on aina tai lähes aina myös yksi tai useampi välinetoimintojen vaje. Tämän perusteella kuviosta 29 voidaan arvioida ostopalveluina tuotetun palveluasumisen, vanhainkotien ja entisten terveyskeskusosastojen asukkailla olleen myös välinetoimintojen vaje.

Kuvio 30 osoittaa, että säännöllisen kotihoidon asiakkaista vain joka kymmenennellä on toisen henkilön fyysisen tuen tarvetta sisätiloissa liikkuesssa. Avun tarvisijoita on kolminkertaisesti enemmän ja palvelutaloissa yli kuusinkertaisesti enemmän vanhainkotitasoisessa asumistyyppissä ja yhdeksänkertainen useammin entisillä terveyskeskuksen vuodeosastoilla.



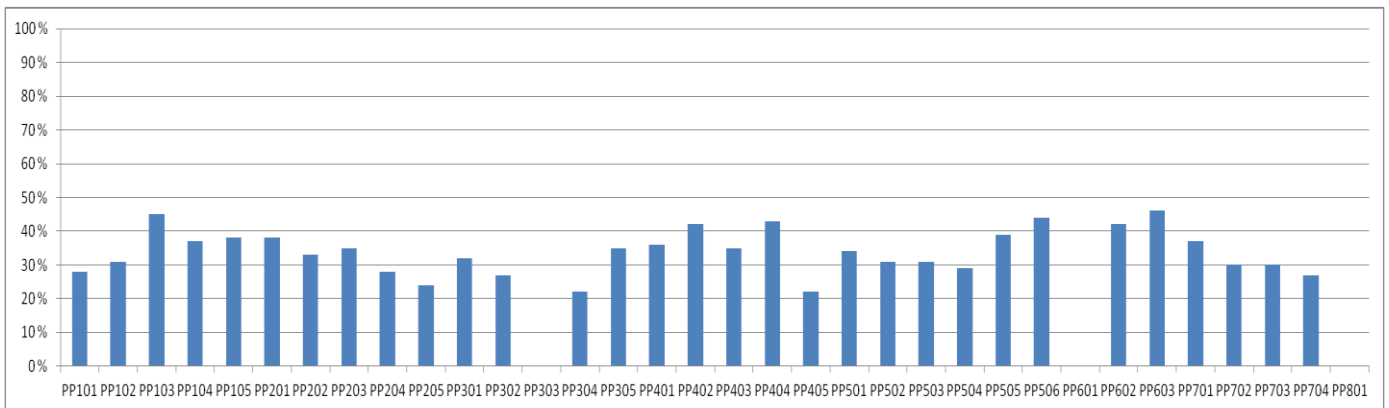
Kuvio 30. Toisen henkilön fyysisen avun tarve (%) sisätiloissa liikkuesssa ja WC:ssä palvelutyypeittäin

Lähde: RAI tietokanta 2011, THL

Toisen henkilön fyysisen avun tarve WC:ssä esiintyy lähes kaikissa palvelutyypeissä useammin kuin avun tarve liikkuesssa. Pidätyskyvyttömyys ja kyvyttömyys suoriutua wc-käynnistä ovat merkittäviä kuormitustekijöitä omaisille. Erityisesti ulosteen pidätyskyvyttömyys on eräs merkittävistä hoivaajan uupumiseen ja ahdinkoon sekä laitoshoidon johtavista tekijöistä kotihoidon asiakkailla (Finne-Soveri ym. 2007). Pidätyskyvyttömän henkilön avustaminen ja erityisesti sen ajoittaminen on vaikeaa myös kotihoidon henkilöstölle jos hoivattava ei osaa käyttää housunsuojia, vaippoja tai vaippahousuja.

Yksi eniten aikaa vievimmistä päivittäisistä tapahtumista on toistuvat ruokailut. Säännöllisen kotihoidon asiakkaista 63% ruokaili itsenäisesti ilman apua tai valvontaa. Joka viides tarvitsi seurantaa ja joka seitsemäs (13%) yhden tai useamman henkilön apua kuten syöttämistä. Palvelutaloissa (riippumatta järjestäjästä) vain joka neljäs oli ruokailuissaan täysin itsenäinen mutta avun tarvisijoista valtaosalle riitti kevyt silmälläpito tai muistuttelu ja joka neljäs tarvitse ainakin ajoittaista syöttämistä. Vanhainkodeissa tai vanhustenkeskuksissa 8% oli itsenäisesti ruokailevia, jäljellä olevista puolet ruokaili kevyen avustuksen turvin ja loput tarvitsivat ainakin osin syöttämistä. Entisissä terveyskeskuksen pitkäaikaissairaaloissa oli vain 3% täysin itsenäisesti ruokailevia. Kolmasosalle riitti valvonta, muistuttelu ja tavaroiden kuljettaminen saataville. Kaksi kolmannesta oli osin tai kokonaan syötettäviä.

Liikuntakyvyn ja kognition ongelmat vähentävät henkilön mahdollisuuksia toimia asuntonsa ulkopuolella. Kuviossa 31 on esitetty peruspiireittäin niiden säännöllisen kotihoidon asiakkaiden osuus, jotka eivät ole käyneet asuntonsa ulkopuolella arviointia edeltäneen kuukauden aikana. Erityisen haavoittuvassa tilanteessa ovat yksin kotona asuvat huonokuntoiset henkilöt, jotka syystä tai toisesta eivät pääse omin neuvoin pois kotoaan tai sinne takaisin ja joilla ei ole avustavaa kumppania.



Kuvio 31. Ei ole käynyt asuntonsa ulkopuolelle arviointia edeltäneen 30 vrk aikana (%) peruspiireittäin

Lähde: RAI tietokanta 2011, THL

Keskimäärin joka neljäs säännöllisen kotihoidon asiakas ja joka kolmas palvelutalojen asukas ei ollut poistunut kotoaan arviointia edeltäneen kuukauden aikana. Mitä enemmän henkilö tarvitsi toisen henkilön apua siirtyessään ulkotiloihin sen todennäköisimmin hän joutui viettämään pitkiä aikoja kodissaan. Eristyminen voi pahimmillaan ylittää myös häntä hoivaavaan henkilöön ja hoivattavan menehtyessä jättää jäljelle jääneen sosiaaliseen tyhjiöön.

Henkilöstövoimavarojen huvetessa on arvioitava, paljonko on mahdollista tarjota ympärivuorokautista hoivaa henkilöille, jotka kykenevät liikkumaan ilman toisen henkilön fyysistä tukea sisätiloissa ja joilla ei ole avun tarvetta wc:ssä.

5.3.4. Psykykinen osa-alue

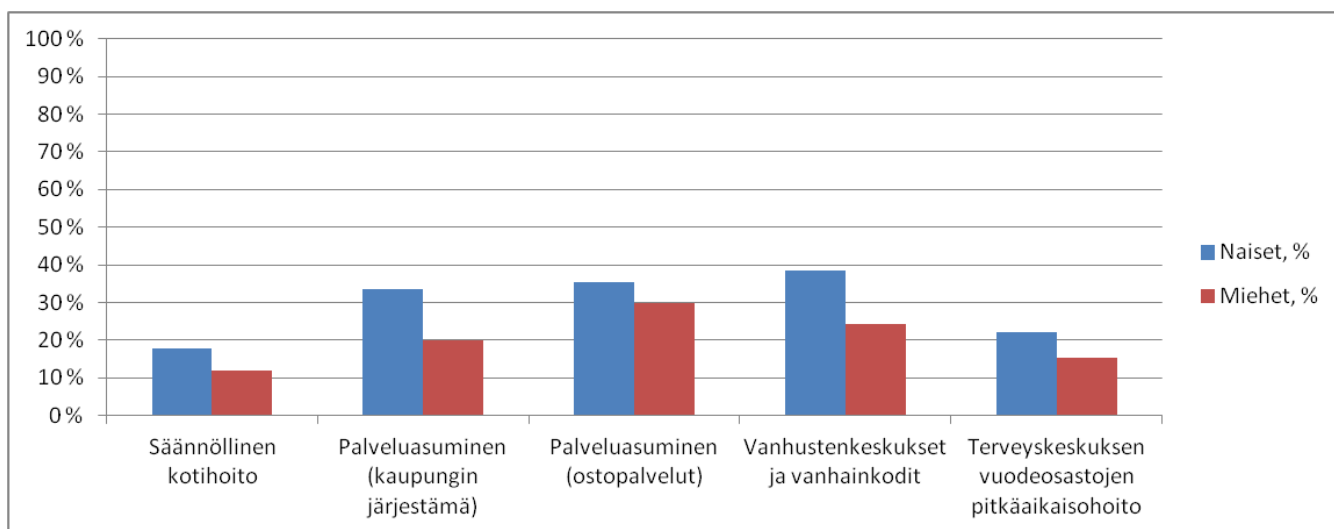
Toimintakyvyn psyykkisen ulottuvuuden indikaattoreina on tässä selvityksessä käytetty masennusta (alakuloa), harhaisuutta ja käytösoireita.

Masennuksen syitä voi olla monia. Tässä selvityksessä tarkoitettuja palveluita saavat henkilöt elävät elämänsä viimeisiä vuosia. Heillä on lukuisia eteneviä sairauksia ja erilaisia oireita tai vaivoja. Osa on menettänyt elämänkumppaninsa, ehkä kotinsa ja elää kriisivaihetta yrittäen sopeutua välttämättömään. Osalla masennus voi liittyä elimellisenä oireena perussairauteen kuten aivohalvaukseen, muistisairauteen tai Parkinsonin tautiin.

Masennus voi ilmetä surullisuutena, aloitteettomuutena ja vetäytymisenä, pelkona, ärtyvyytenä tai vihana. Masennus voi piiloutua monenlaisen ruumiillisen ongelman kuten syömättömyyden tai pitkäaikaisen kivun taakse.

Masennus ilmeni useammin naisilla kuin miehillä (kuvio 32) ja harvimmin kotihoidossa tai entisillä terveyskeskuksen pitkäaikaisosastoilla. Edellisen taustalla vaikuttanee, että asiakaskunta ei vielä ole yhtä huonossa kunnossa kuin asumispalveluissa tai

laitoshoidossa olevat ja jälkimäiseen se, että asiakaskunta on jo elämänsä aivan loppuvaiheessa ("sun-downing"), missä masennuksen ilmenemät laantuvat.



Kuvio 32. Masennusepäily palvelutyyppittäin sukupuolen mukaan

Depression Rating Scale (asteikko (-14, missä 3 pistettä tai enemmän merkitsee masennusepäilyä)

Lähde: RAI tietokanta 2011, THL

Palvelu- ja vanhainkotasumisen väliset erot olivat pieniä, ne voivat johtua sattumasta tai valikoitumisesta, eikä niistä voi (ilman tarkempia selvityksiä) vetää johtopäätöksiä hoidon laadusta suhteessa palvelujen järjestäjiin.

Taulukko 15. Harhaisuus ja käytösoireet palvelutyyppittäin

Oireita	Säännöllinen kotihoito	Palveluasuminen (kaupungin järjestämä)	Palveluasuminen (ostopalvelut)	Vanhustenkeskukset ja vanhainkodit	Terveyskeskuksen vuodeosastojen pitkäaikaishoito*
	%	%	%	%	%
Harhaluuloisuus	6	11	17	15	8
Aistiharhaisuus	4	9	17	18	11
Päämäärätön kävely	4	16	29	25	8
Karkea kielenkäyttö	5	17	29	31	17
Fyysinen pahoinpitely	1	6	14	17	12
Sosiaalisesti hämmentävä käytös	3	12	25	31	19
Avun tai hoidon vastustelu	10	22	37	39	33

Lähde: RAI tietokanta 2011, THL

*Entiset terveyskeskuksen osastot

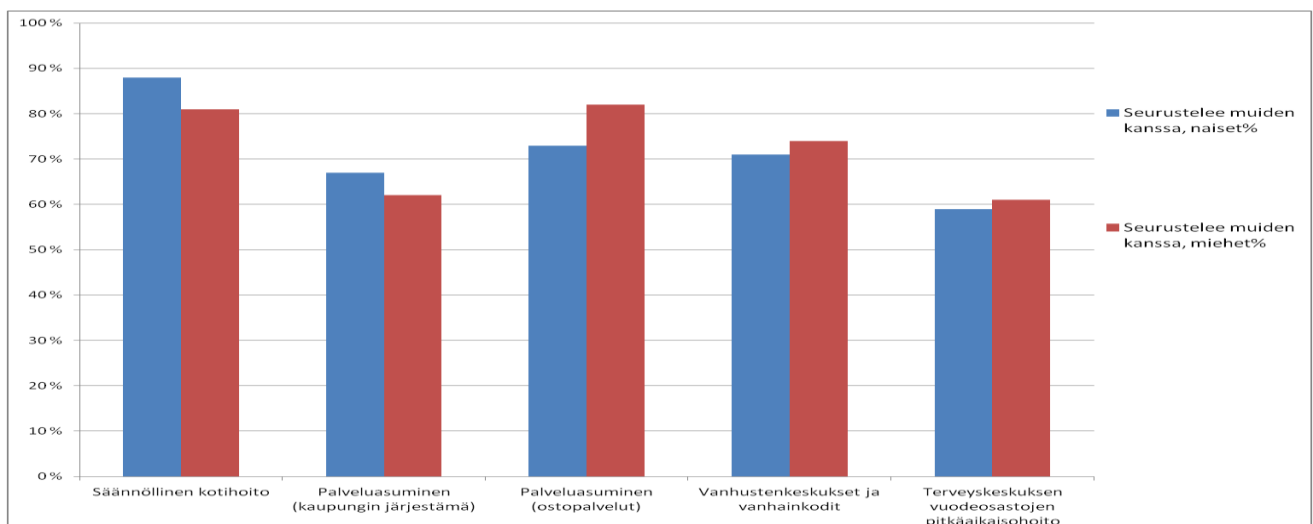
Harhaisuus voi esiintyä harhaluuloisuutena tai aistiharhoina kuten näkö-, kuulo- haju- tai muina virhetuntemuksina. Harha-ajatukset tai aistimukset voivat liittyä dementoivaan sairausprosessiin, akuuttiin sekavuuteen tai esiintyä itsenäisinä ilmiöinä.

Harhaisuudella tarkoitetaan tässä selvityksessä harhaluuloisuutta tai aistiharhaisuutta. Sosiaalisesti hämmennystä aiheuttavalla käytöksellä tarkoitetaan toimintaa, jota ei pidetä sosiaalisesti hyväksyttävänä ja joka aiheuttaa ympäristössä reaktioita. Tällaista käytöstä on esimerkiksi kiroilu, syljeskely, kovaäänisyys, julkinen riisuutuminen tai muu vastaava toiminta. Käytösoireet olivat yleisempiä ympärivuorokautisen hoidon asukkailla kuin säännöllisen kotihoidon asukkailla (Taulukko 15).

Käytösoireet liittyvät useimmin joko muistisairauteen tai johonkin psykiatriseen sairauteen. Taulukosta 15 ilmenee kaikkien palvelutyyppien asiakkailla olevan harhaisuutta ja erilaisia käytösoireita, vaikka painopiste palvelutyyppien välillä on jossain määrin erilainen. Yksi tai useampi käytösoire esiintyi vanhainkodeissa ja vanhustenkeskuksissa kuudella kymmenestä, entisissä terveyskeskussairaaloissa joka toisella, kotihoidossa joka kuudennella ja omissa palvelutaloissa neljällä kymmenestä.

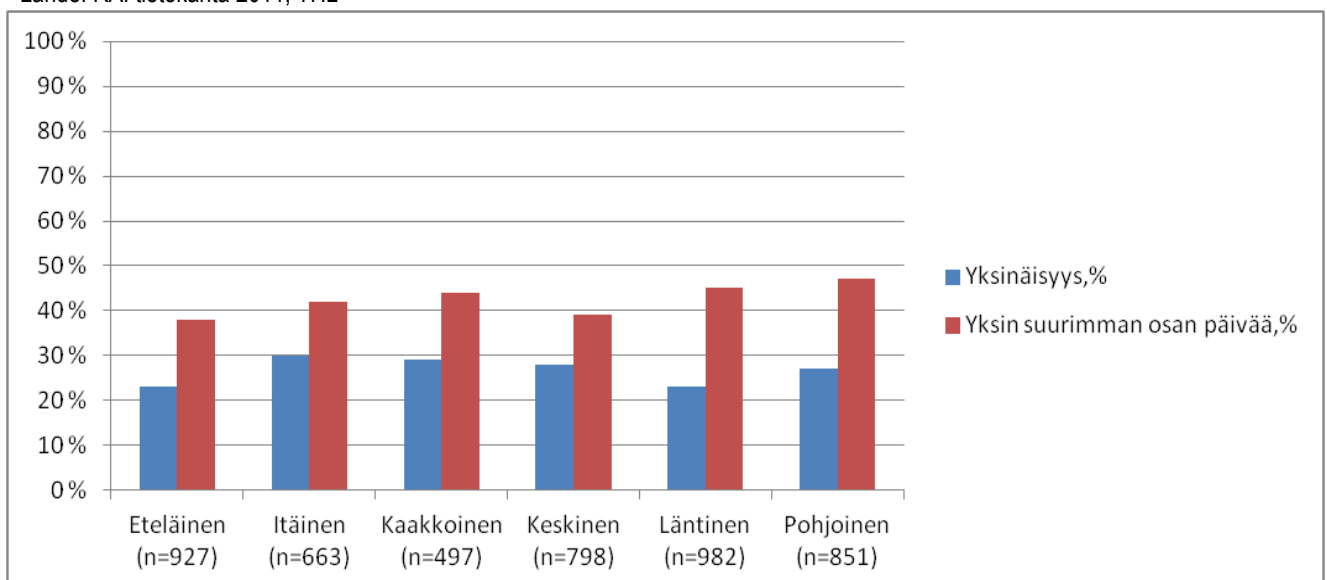
5.3.5. Sosiaalinen osa-alue

Uusien ihmissuhteiden solmiminen ja aiempien ylläpito ovat osa täysipainoista elämää. Se on mahdollista silloinkin kun sanat ovat kateissa, tarvitaan vain riittävästi tilaisuuksia. Kuvio 33 osoittaa, että mahdollisuus sosiaaliseen vuorovaikutukseen on järjestettävissä missä tahansa, riippumatta palvelujen järjestäjätahosta. Kotona asuvilla tärkein sosiaalisen vuorovaikutuksen kynnys on pääsy kodin ulkopuolelle ja palvelutaloissa tai laitoksissa asuvilla pääsy ylös vuoteesta.



Kuvio 33. Muiden kanssa vuorovaikutuksessa olevien osuus (%) palvelutyypeittäin.

Lähde: RAI tietokanta 2011, THL



Kuvio 34. Yksiolo ja yksinäisyyden tunne suurpiireittäin säännöllisen kotihoidon asiakkailla

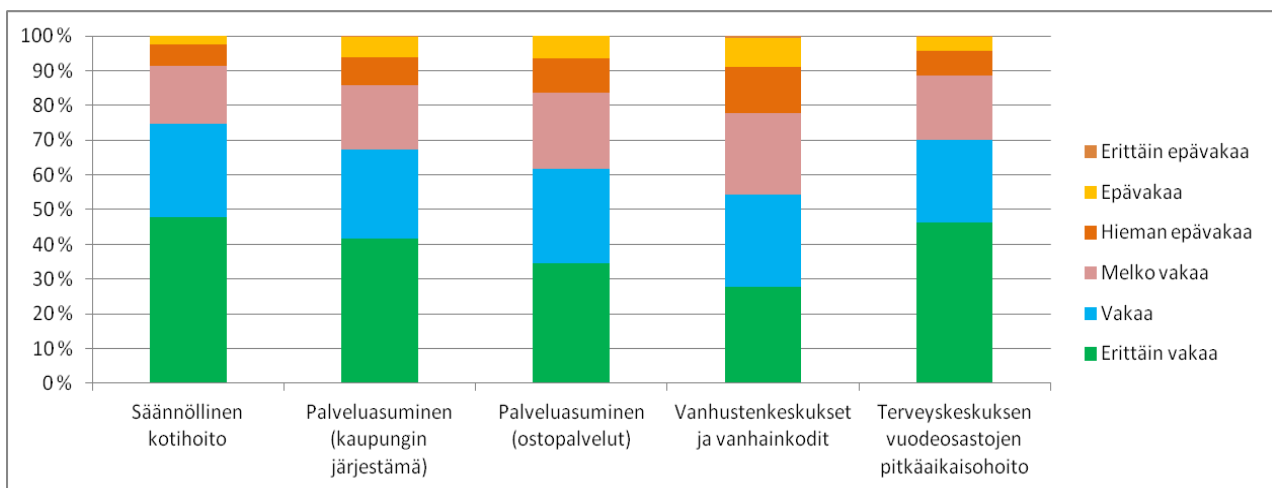
Lähde: RAI tietokanta 2011, THL

Etenevät sairaudet ja niihin liittyvä toiminnanvajaistus voivat vielä nykyisin eristää niitä sairastavan henkilön muista ihmisistä elämän viimeisiksi vuosiksi riippumatta siitä missä henkilö asuu. Tulevaisuudessa Internet, sosiaalinen media ja ylipäättään IT-teknologia voi muuttaa yksinäisyyden ja eristymisen kokemusta ainakin kognitionsa säilyttäneillä iäkkäillä henkilöillä. Teknologian käyttöä vuorovaikutuksen edistäjänä on tutkittu Helsingissä muun muassa INNO-Kustihankkeessa vuosina 2006-2010.

Säännöllisen kotihoidon asiakkaista joka neljäs vietti päivänsä yksin ja joka kolmas koki itsensä yksinäiseksi (kuvio 34). Jos henkilöllä kuitenkin oli hoivaaja, yksinäisyyden tunnetta esiintyi hieman ja yksinoloa huomattavasti harvemmin kuin niillä joilla ei ollut hoivaajaa. Palvelutaloissa päiviään täysin yksin viettäviä oli vain 4%, mutta yksinäisiksi itsensä tuntevia kuitenkin 19%.

5.4. Pitkäaikaishoidon asiakkaiden terveydentilan vakaus

Terveydentilan vakauden jakaumaa on kuvattu CHESS-mittarin (asteikko 0-5, missä nolla on erittäin vakaa ja 5 erittäin epävakaa) avulla palvelutyypeittäin kuviossa 35. Vakain tilanne oli kotihoidon asiakkailla ja entisillä terveyskeskuksen pitkäaikaissosastoilla.



Kuvio 35. terveydentilan vakaus palvelutyypeittäin.

Lähde: RAI tietokanta 2011, THL

Arviointiajankohtana akuuttisairaus oli parhaillaan 2-5 prosentilla pitkäaikaishoidon asiakkaista, mutta yli kymmenkertainen määrä oli toipumassa tai kärsi hiljattaisen akuuttisairauman jälkitilasta..

5.5. Muistisairauksia sairastamattomien kognitioltaan terveiden ominaispiirteet

5.5.1. Muistisairauksia sairastamattomat kognitioltaan terveet laitosasukkaat

Muistisairauksia sairastamattomia kognitioltaan terveitä henkilöitä oli laitosasukkaiden joukossa kaikkiaan 3,9% (n=102). Heistä noin joka viides asui entisissä terveyskeskussairaaloissa ja neljä viidesosaa vanhainkodeissa tai vanhustenkeskuksissa.

He olivat minkä tahansa ikäisiä miehiä tai naisia, joiden laitoksessa asumisaika oli useammin alle 6 kk kuin muistisairauksia sairastavilla verrokeilla. Kognitioltaan terveiden

muistisairauksia sairastamattomien arjessa suoriutuminen oli muistisairaita parempi. Heillä oli verrokkeja harvemmin käytösoireita ja he olivat sosiaalisesti aktiivisempia. Diagnoosikirjoltaan he eivät eronneet muistisairauksia sairastavista. He uskoivat muistisairaita useammin kuntoutumiseensa. Heidän päivittäisistä toiminnoista suoriutumisensa oli arviota edeltäneen kolmen kuukauden aikana huonontunut harvemmin kuin verrokeilla.

5.5.2. Muistisairauksia sairastamattomat kognitioltaan terveet palvelutalojen asukkaat (ostopalvelut)

Muistisairauksia sairastamattomia kognitioltaan terveitä asukkaita löytyi ostopalveluina tuotetuista palvelutaloista vain 3,5%. Lukumäärän pienuuden vuoksi aineistoa ei analysoitu.

5.5.3. Muistisairauksia sairastamattomat kognitioltaan terveet palvelutalojen asukkaat (kaupungin toiminta)

Kaupungin toimintana järjestetyn palveluasumisen asiakkaista 11,9% (n=148) kuului ryhmään joka ei sairastanut muistisairauksia ja joiden kognitio oli normaali. Heistä valtaosa oli naisia. Iällä ei ollut merkitystä.

Muistisairauksia sairastamattomista joka neljäs (27,7%) kuului vähäisimmän palvelutarpeen luokkaan ja 92% kolmen vähäisimmän palvelutarpeen luokkaan viidestä. Muiden diagnoosien kuin muistisairauksien osalta he olivat samankaltaisia kuin muut palvelutaloasukkaat. Heidän terveydentilansa oli vakaampi ja he olivat harvemmin masentuneita tai käytösoireisia kuin verrokkit, Vaikka he olivat yhtä usein yksin ja tunsivat yhtä usein itsensä yksinäisiksi kuin muistisairaajat, he olivat sosiaalisesti verrokkeja aktiivisempia.

5.5.4. Muistisairauksia sairastamattomien kognitioltaan terveiden säännöllisen kotihoidon asiakkaiden ominaispiirteet

Muistisairauksia sairastamattomia kognitioltaan terveiden säännöllisen kotihoidon asiakkaiden osuus oli 32,7% (n=1532). He suoriutuivat päivittäisistä ja välinetoiminnoistaan jokaisen toiminnon osalta keskimäärin verrokkejaan paremmin.

Muistisairauksia sairastamattomista lähes puolet (40%) luokittui vähäisimmän palvelutarpeen ja 91% kolmen vähäisimmän palvelutarpeen luokkaan viidestä. Vain yhdeksän prosenttia kaikista säännöllisen kotihoidon asiakkaista kognitioltaan terveistä säännöllisen kotihoidon asiakkaista kuului niihin kahteen luokkaan, joissa laitokseen päätyminen todennäköisyys on suuri.

Muistisairauksia sairastamattomat olivat verrokkeja nuorempia (alle 85 vuotta) naisia, joilla oli harvemmin psykiatrinen sairaus tai kohtuuden ylittävää alkoholin käyttöä. Vaikka he viettivät verrokkeja useammin päiviään yksin, heidän mielialansa oli parempi ja he kärsivät harvemmin yksinäisyydestä tai sosiaalisen vuorovaikutuksen puutteesta.

5.6. Uloskirjauspotentiaali laitoshoidossa

Laitoshoidon asukkaista joka kymmenes ilmaisi haluavansa pois laitoshoidosta, heitä oli 8% vanhainkotien ja 13% entisten terveystieteiden sairaaloiden asukkaista. Noin neljällä prosentilla oli uloskirjaukseen myönteisesti suhtautuva omainen tai läheinen.

Uloskirjausta suunniteltiin noin kuudelle prosentille laitosasukkaita ja noin kahdelle prosentille kolmen seuraavan kuukauden kuluessa.

Uloskirjauksen suunnittelu oli meneillään henkilöillä, jotka verrokkeja harvemmin sairastivat muistisairautta tai masennusta ja useammin sydän- ja verisuonisairauksia tai syöpää. Vaikka heillä oli verrokkeja useammin kipuja, heidän terveydentilansa oli verrokkeja harvemmin epävakaa. He olivat sosiaalisesti aktiivisia, kevythoitaisia mutta kivuliaampia ja kaatuneet kuluneen kuukauden aikana verrokkeja useammin.

5.7. Pitkäaikaishoidon ammatillisen laadun kehitys vuosina 2008 - 2011

5.7.1. Tärkeimpiä hyvinvointia haittaavia oireita ja oireyhtymiä

Merkittävin hyvinvointiin vaikuttava tekijä on jäljellä olevan toimintakyvyn ylläpito. Koska valtaosa asiakkaista sairasti yhtä tai useampaa toiminnanvajausta aiheuttavaa etenevää sairautta, toimintakyvyn heikkenemistä ei voi välttää. Hyvää hoitoa on tarpeettoman toiminnanvajauksen välttäminen ja siten toimintakyvyn menettäminen mahdollisimman myöhään, lähellä omaa kuolemaa.

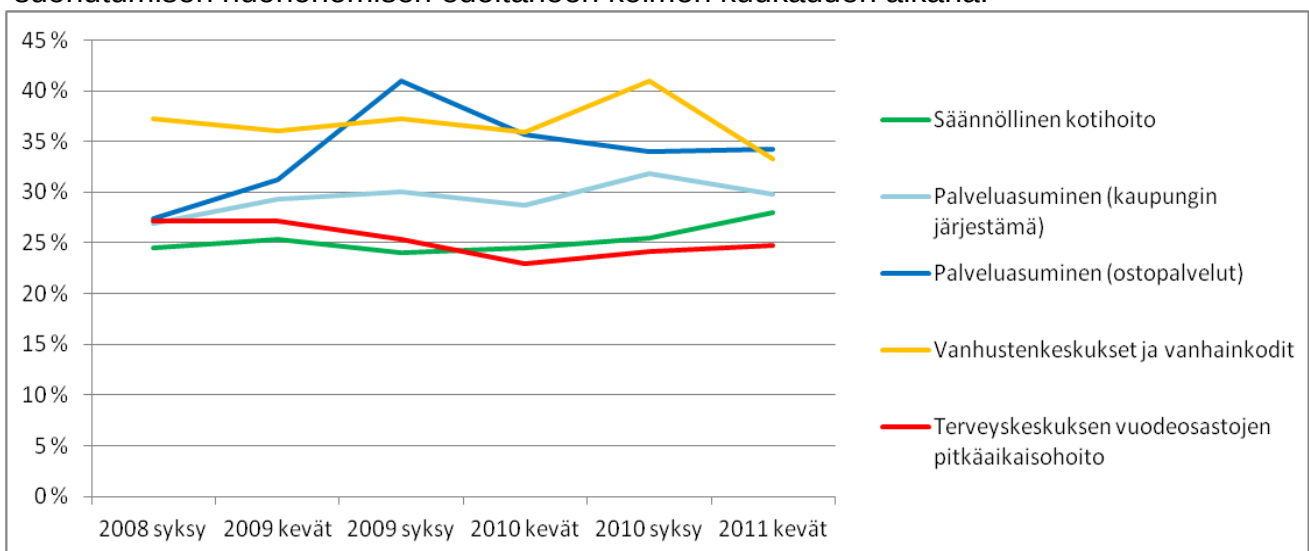
Etenevää sairautta sairastavilla henkilöillä ammatillista hoidon laatua voi pitää hyvänä ja toimintaa kustannusvaikuttavana silloin kun:

- omatoiminen (apuvälinein tai ilman) arjesta suoriutuminen ei tarpeettomasti vähene
- tarpeettomia lääkkeitä ei käytetä
- kärsimystä aiheuttavat oireet hallitaan
- ravitsemukseen kiinnitetään huomiota

Tässä selvityksessä asiakkaiden hyvinvoinnin kehityksen suuntaa vuosina 2008 - 2010 kuvaamaan on valittu joukko kaikista palvelutyypeistä löydettävissä olevaa indikaattoria. Hoidon laatua kuvaava muutos on esitetty kuvioissa 36-40.

5.7.2. Arjesta suoriutumisen (ADL) muutos

Kuvio 36 osoittaa kuuden mittauskerran ja yhteensä kolmen vuoden ajalta arjesta suoriutumisen huononemisen edeltäneen kolmen kuukauden aikana.



Kuvio 36. Arjesta suoriutumisen (ADL) on huonontunut arviointia edeltäneen 3kk aikana palvelutyypeittäin 2008-2011*.

Lähde: RAI tietokanta 2011, THL

*Vuodepotilaat on poistettu luvuista

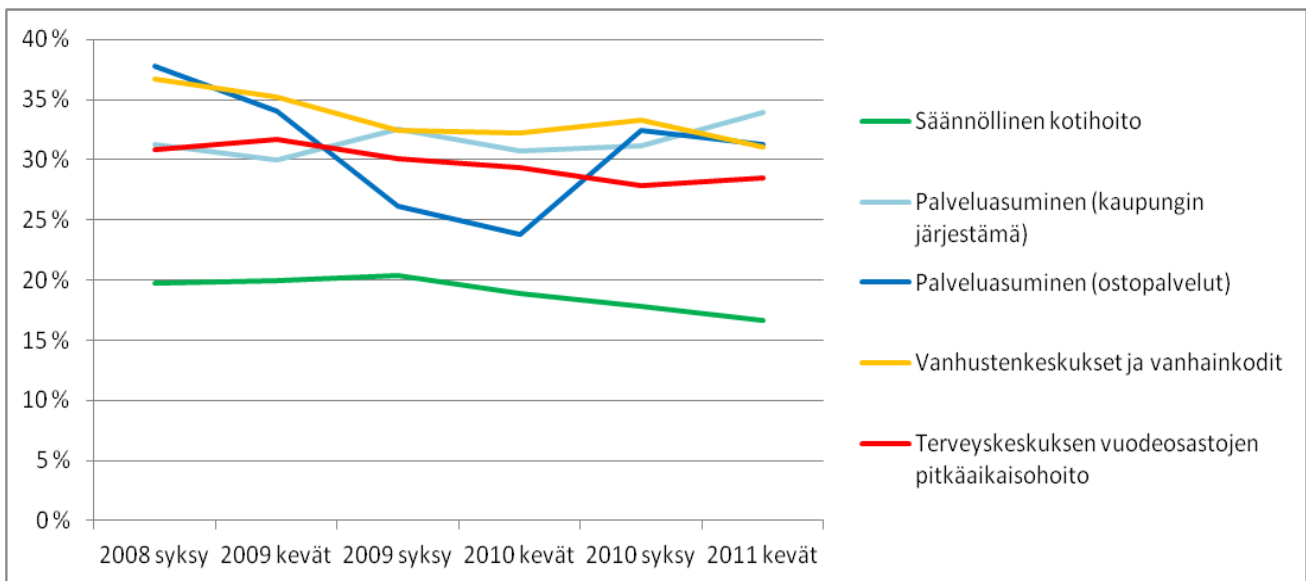
Muutosta huonompaan esiintyi vähiten kotihoidon asiakkailla sekä entisten terveyskeskussairaalaosastojen asukkailla - noin joka neljännellä. Koska edellisten keskuudessa vuodepotilaita ei ollut lähes lainkaan ja jälkimmäisten keskuudessa noin 40%, entisten terveyskeskusosastojen asukkaista enää noin joka toisen toimintakyky saattoi heiketä. Tämän vuoksi taulukon aineistosta poistettiin vuodepotilaiden osuus.

Monilääkitys on yleinen ilmiö eurooppalaisessakin laitoshoidossa ja se näyttää liittyvän pitkäaikaissairauksiin masennukseen ja kipuun mutta käänteisesti kognitiiviseen ja fyysiseen toiminnan vajaukseen (Onder ym 2012).

Palvelutyyppeiden väliset erot voivat kertoa hoidon laadusta olevista eroista tai asiakkaiden valikoitumista eri tavoin eri palvelutyyppeihin. Kunkin palvelutyypin sisällä tapahtuva muutos kertoo toimintakyvyn ylläpidon onnistumisesta ja sitä kautta hoidon laadusta, edellyttäen, että hoitoon ottamisen kriteerit ovat säilyneet seuranta-ajan ennallaan. Vanhainkotien ja entisten terveyskeskusosastojen suunta näyttäisi olevan tyydyttävällä tolalla, kotihoidon melko vakaa, vain viimeisessä mittauksessa epäsuotuisa.

5.7.3. Psyykenlääkkeiden käyttö

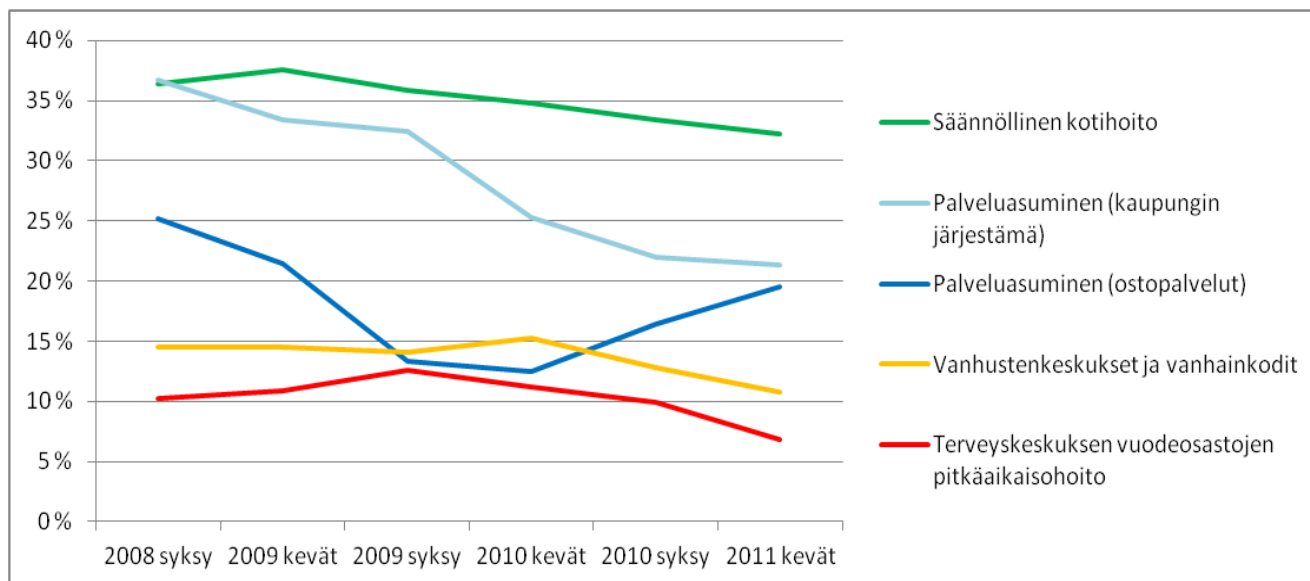
Psyykenlääkkeitä, kuten muitakin lääkkeitä, on tarkoitus käyttää silloin kun niistä on hoidettavalle hyötyä, mutta välttää jos niistä on haittaa tai jos hyöty ei ole osoitettavissa. Turhia lääkkeitä vältetään aina. Alanen osoitti väitöskirjassaan (2007) psykoosilääkkeiden käytön olevan suomalaisessa pitkäaikaishoidossa lähes runsainta maailmassa. Hänen aineistonsa oli kerätty vuosituhatien alkupuoliskolla, minkä jälkeen RAI-järjestelmää käyttävissä yksiköissä on tapahtunut hoitokäytäntöjen muutos suotuisaan suuntaan. Psykoosilääkkeiden käytön muutos helsinkiläisessä pitkäaikaishoidossa vuosina 2008-2011 on esitetty kuviossa 37 ja unilääkkeiden kuviossa 38. Psykoosilääkkeiden käyttö väheni kolmen seurantavuoden aikana kotihoidossa viisi prosenttiyksikköä, palvelutaloissa 3 ja 7, vanhustenkeskuksissa 6 ja entisissä terveyskeskussairaaloissa 3 prosenttiyksikköä.



Kuvio 37. Psykoosilääkkeiden käyttö palvelutyypeittäin 2008-2011

Lähde: RAI tietokanta 2011, THL

Rauhoittavien lääkkeiden käyttö väheni kotioidossa kolme prosenttiyksikköä, palvelutaloissa yhden, vanhustenkeskuksissa kolme ja entisissä terveyskeskussairaaloiissa viisi prosenttiyksikköä.



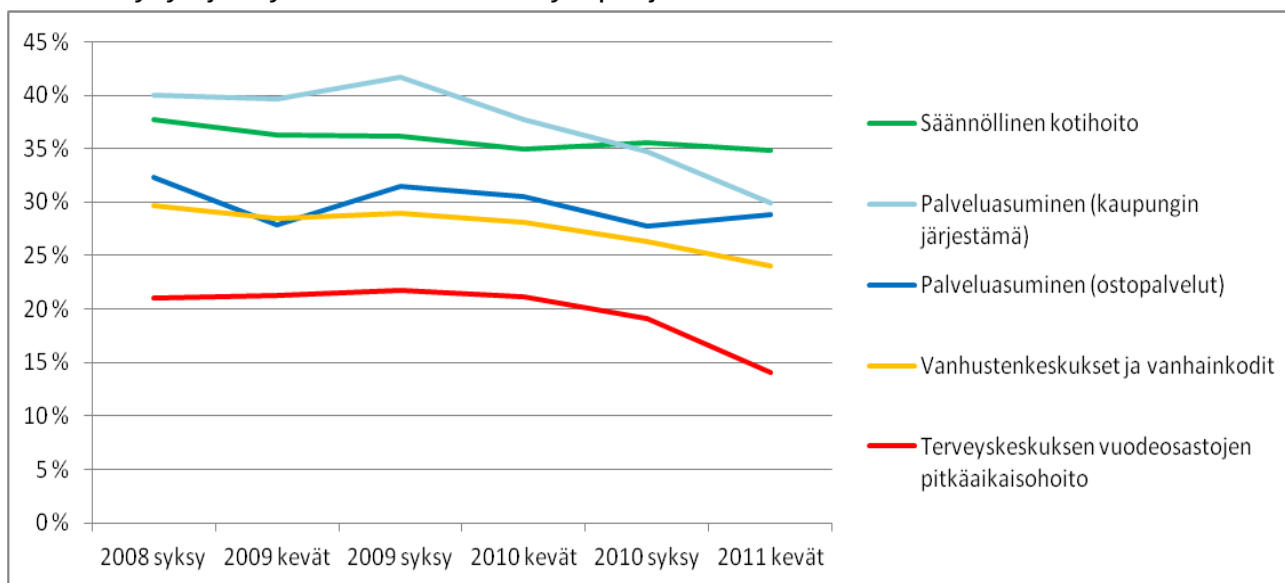
Kuvio 38. Unilääkkeiden käyttö palvelutypeittäin 2008-2011

Lähde: RAI tietokanta 2011, THL

Unilääkkeiden käyttö väheni kaikissa palvelutypeissä vuodesta 2008 (kuvio 38). Melatoniinin käyttö sisältyy lukuihin. Unilääkkeiden käyttö oli Helsingissä kaikissa palvelutypeissä valtakunnallisia verrokkilukuja 3-11 prosenttiyksikköä vähäisempää vuonna 2010 (Noro ym. 2012).

5.7.4. Kivun hallinta

Kivun hallinta on merkityksellistä jo omana itseisarvonaan, mutta myös fyysisen toimintakyvyn ja myönteisen mielialan ylläpitäjänä. .



Kuvio 39. Keskivaikean tai sitä vaikeamman kivun esiintyvyys palvelutypeittäin 2008-2011

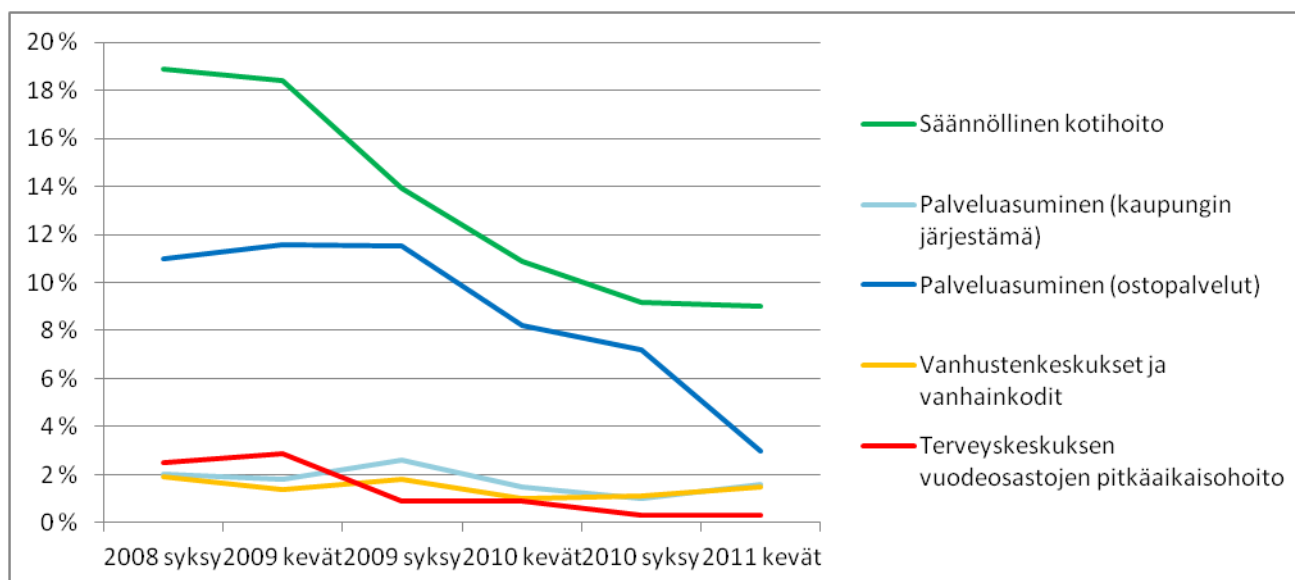
Lähde: RAI tietokanta 2011, THL

Kivun asianmukainen hallinta edellyttää huolellista hoidon valintaa haurailta monisairailta iäkkäillä, joilla on suuri sivuvaikutusten riski. Kivun hallinta on parantunut kaikissa palvelutyypeissä (kuvio 39).

5.7.5. Ravitsemuksen seuranta

Painon säännöllinen seuranta on ravitsemustilan arvioinnin ja seurannan tärkein yksittäinen toimenpide. Tärkein ravitsemuksen riittämättömyydestä ja vakavan sairauden uhkasta kertova hälytysmerkki on tahaton painon lasku. Painon laskua esiintyi noin 5% säännöllisen kotihoidon asukkaista ja 5-8% palvelutalojen ja vanhustenkeskusten asukkaista.

Painon laskun havaitseminen sen alkuvaiheessa on lähes mahdotonta ilman säännöllistä punnitsemista. Säännöllinen punnitseminen on ravitsemustilan seurantaan liittyvä hyvän hoitokäytännön indikaattori, jonka osuus pitäisi olla mahdollisimman lähellä sataa prosenttia ja vastaavasti punnitsemattomien osuuden tulisi olla lähellä nollaa. Punnitsemattomien osuus palvelutyypeittäin on esitetty kuviossa 40.



Kuvio 40. Punnitsemattomat palvelutyypeittäin 2008 - 2011

Lähde: RAI tietokanta 2011, THL

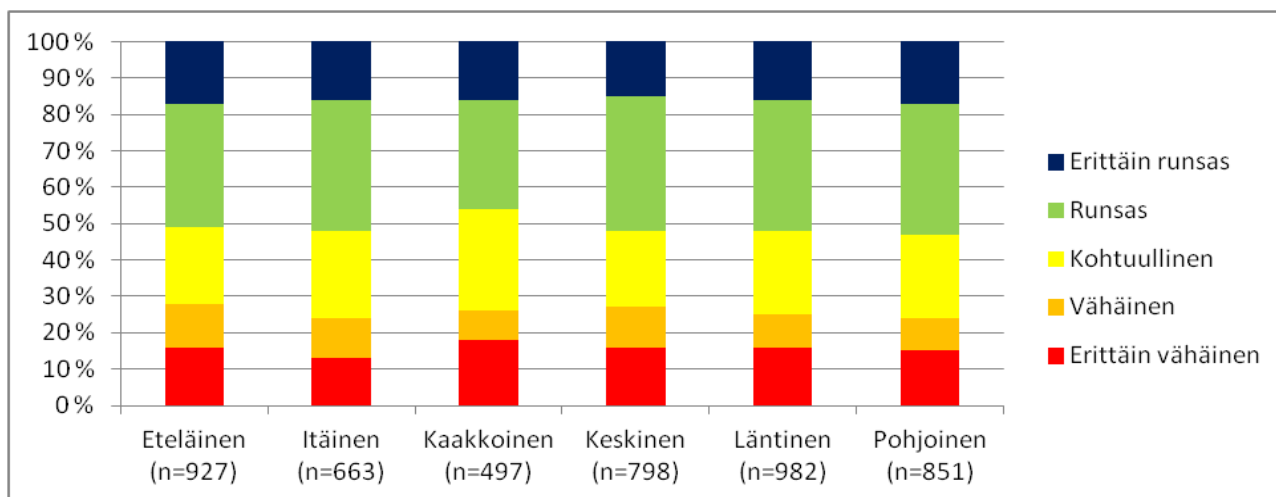
Laitoshoidon ja oman palveluasumisen punnitsemiskäytäntö on seuranta-aikana ollut hyvä. Kotihoidon ja ostopalveluiden palvelutalojen punnitsemishoitokäytännöt ovat parantuneet merkittävästi.

6. PALVELUNTARVE JA KUORMITUS

6.1. Palveluntarve kotihoidon ja palvelutalojen asiakkailla

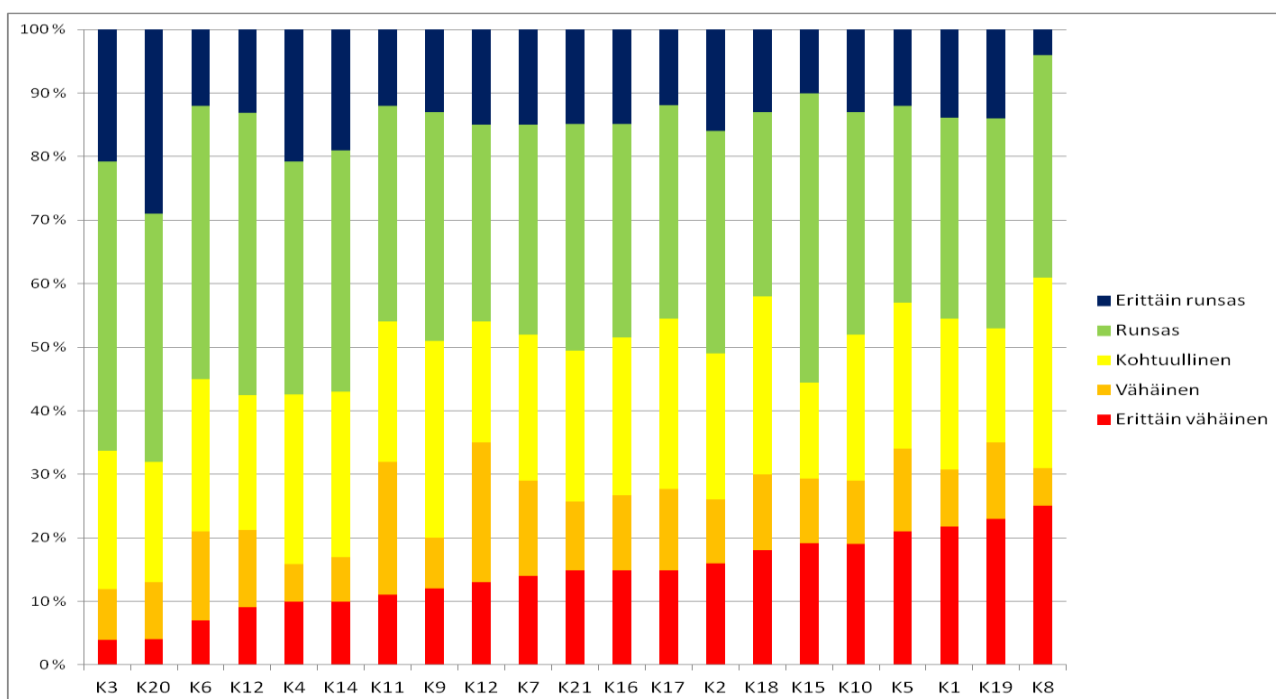
6.1.1. Palveluntarve kotihoidon asiakkailla

Palveluntarvetta on tarkasteltu Kanadassa kehitetyn ja siellä laajasti "Case-Manager" toiminnassa käytössä olevan MAPLe- mittarin (Mehod for Assessing Priority Levels) avulla.



Kuvio 41. Palvelutarpeen jakauma suurpiireittäin säännöllisen kotihoidon asiakkailla

Lähde: Kotihoidon RAI tietokanta THL 2011

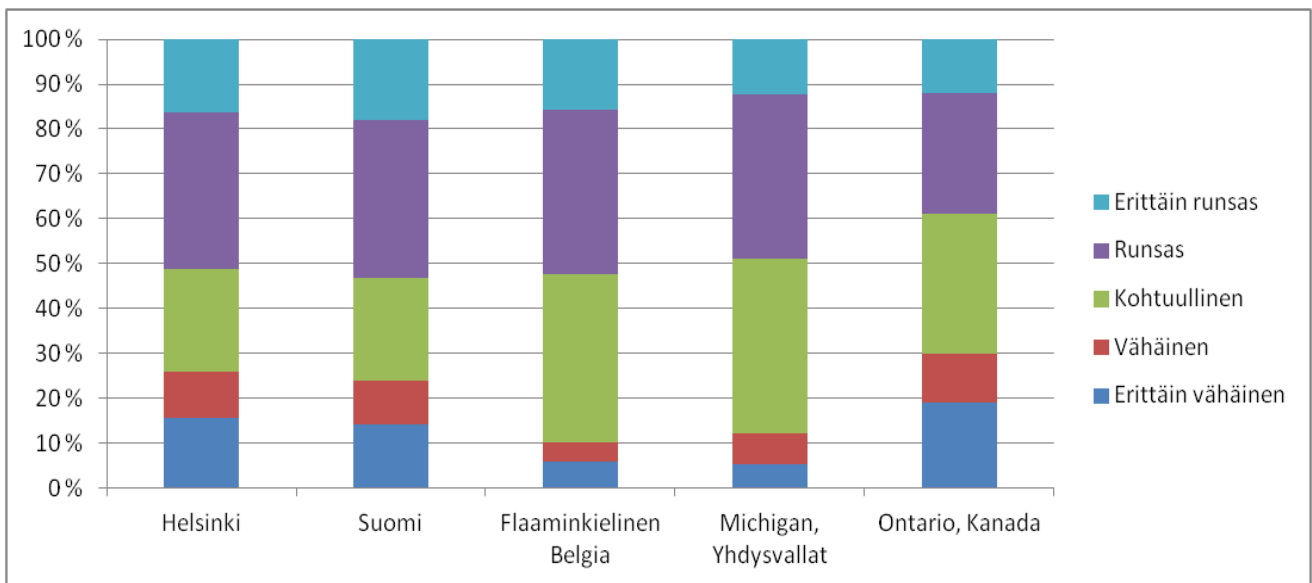


Kuvio 42. Kotihoidon säännöllisten asiakkaiden palvelun tarve 21 paikkakunnalla Suomessa
K=kunta, kuntaliitto, kuntayhtymä

Lähde: Kotihoidon RAI tietokanta THL 2011, ajanjakso 1.4.-30.9.2010

Mittari on kehitetty hoitotason määrittämistä varten ja kuvaa palvelutarpeen laajuutta ja intensiteettiä asteikolla 1-5, missä arvo yksi merkitsee erittäin vähäistä ja arvo viisi erittäin suurta palvelun tarvetta. Mittaria on Suomessakin käyttökelpoinen palvelutarpeen ja -tason määrittämiseen palvelurakenteen eri tasoilla koska sen ennusteominaisuudet ovat hyvät (Hirdes ym. 2008, Noro ym 2010).

Säännöllisen kotihoidon asiakkaiden keskimääräinen palveluntarve oli samalla tavoin jakautunut kussakin suurpiirissä (kuvio 42), mutta eri tavoin kuntia vertailtaessa. Kuvion 43 vaativammassa ääripäässä (Kunta 3) olevien asiakkaiden palvelujen tarve ja samalla kotihoidon työn kuormittavuus on huomattavasti suurempi verrattuna kevyimmän ääripään kotihoitoon (Kunta 8). Kuvioon otettu mukaan RAI-tietokannasta niitä kuntia, joiden kaikki tai lähes kaikki säännöllisen kotihoidon asiakkaat oli arvioitu 2010.



Kuvio 43. Säännöllisen kotihoidon asiakkaiden palvelun tarve Helsingissä, Suomessa, Belgiassa, Kanadassa ja Michiganissa

Lähde: THL ja suullinen tiedonanto

Belgia: prof. DeClerq, LUCAS, K.U. Leuven (2011)

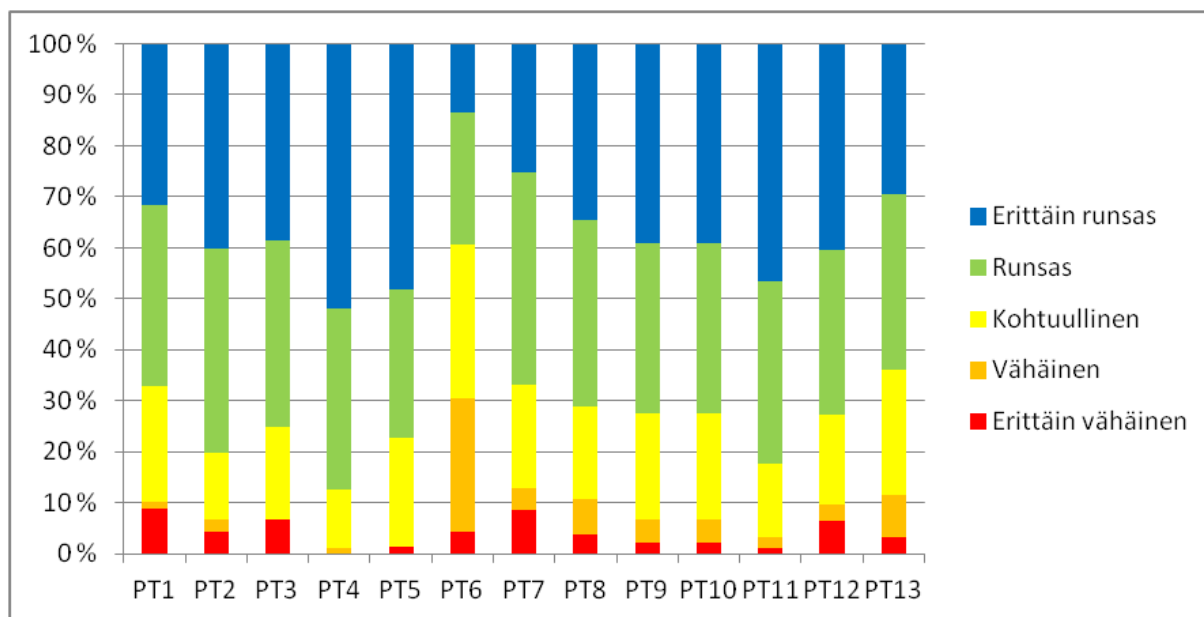
Michigan: prof. Brant Fries, University of Michigan (2006)

Ontario: prof. Hirdes, University of Waterloo (2011)

Kuvion 43 vertailukohteista Michigan ja Belgia hoitavat kotona henkilöitä, joilla on suurempi palvelutarve kuin helsinkiläisillä säännöllisen kotihoidon asiakkailla. Belgiassa huoltosuhteen kehitys on Suomea raskaampi (kuvio 2). Michiganissa puolestaan ryhdyttiin 90-luvun lopulla toimenpiteisiin vanhainkotihoitoon vähentämiseksi ja kotihoidon lisäämiseksi laatimalla RAI-pohjaiset kriteerit hoitoon pääsulle. Aiemmat muut vertailut ovat osoittaneet suomalaisen kotihoidon hoitavan haastavampia asiakkaita kuin pohjoismaissa keskimäärin, mutta kevyempiä kuin Keski- tai Etelä-Euroopassa tai Kanadassa (Finne-Soveri ym 2006).

6.1.2. Palveluntarve palvelutalojen asukkailla

Palvelutaloasukkaiden yleinen palvelutarpeen taso oli kotihoitoa vaativampi ja talojen välinen erilaisuus vaikutti suuremmalle, mitä saattaa korostaa koti- ja laitoshoidon vaillinaisemmaksi jäänyt arviointien lukumäärä (kuvio 44).



Kuvio 44. Palvelutaloasukkaiden palvelun tarve 13 palvelutalossa (kaupungin järjestämä palveluasuminen)

Lähde: Kotihoidon RAI tietokanta THL 2011, ajanjakso 1.4.-30.9.2010

6.2. Hoivan kohdentuminen kotihoidossa ja kaupungin omissa palvelutaloissa

6.2.1. Henkilöstön työn kohdentuminen säännöllisen kotihoidon asiakkaille

Säännöllisen kotihoidon asiakkaista joka neljäs sai henkilöstön aikaa alle tunnin viikossa ja puolet sai alle 2,2 tuntia. Joka kymmenes (10%) sai viikossa yhdeksän tuntia tai enemmän (vaihteluväli 0-94 h). Viisi prosenttia kotihoidon asiakkaista sai kotihoidon aikaa viikossa 12 tuntia tai enemmän, yksi prosentti (47 henkilöä) enemmän kuin 27 tuntia viikossa.

Taulukko 16. Säännöllisen kotihoidon henkilöstön asiakkailleen kohdentama aika palvelutarpeen mukaan

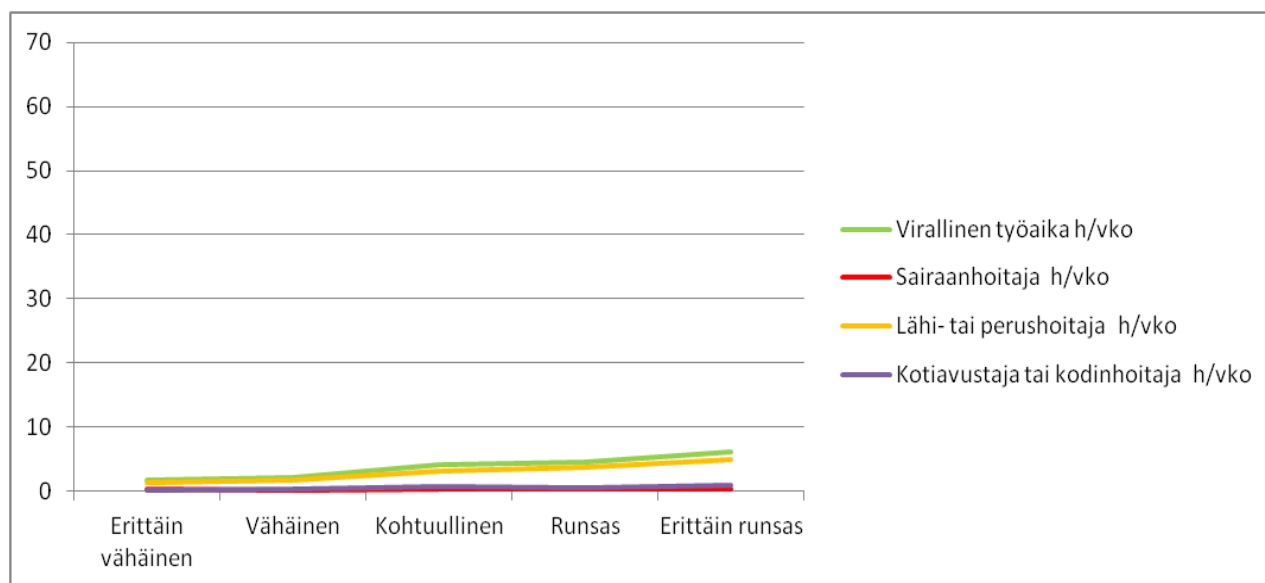
	Asiakkaita %	Keskimääräinen henkilöstön aika h/vko	Minimi	Maksimi
Erittäin vähäinen palveluntarve	15,7	1,8	0	60
Vähäinen palveluntarve	10,2	2,1	0	17
Kohtalainen palveluntarve	22,9	4,1	0	89
Runsas palveluntarve	35,1	4,5	0	260
Erittäin runsas palveluntarve	16,2	6,1	0	70

*Palvelutarve on mitattu käyttäen Method for Assessing Priority Levels (MAPLe) luokitusta, missä asteikko on 1-5 ja 1 merkitsee erittäin vähäistä palvelutarvetta ja viisi erittäin runsasta

Lähde: Kotihoidon RAI tietokanta THL 2011, ajanjakso 1.4.-30.9.2010

Henkilöstön asiakkaille antama aika kohdentui palvelutarveluokituksen mukaan siten, että vähäisimmän ja toiseksi vähäisimmän palvelutarpeen luokkaan luokituneet (26% säännöllisen kotihoidon asiakkaista) saivat keskimäärin kaksi tuntia viikossa henkilöstön aikaa ja kaikkein runsaimman palvelutarpeen ryhmään luokitunut kuudennes asiakkaista

sai aikaa keskimäärin kolme kertaa enemmän (6 tuntia viikossa). Henkilöstön asiakkaille allokoima aika on esitetty ammattiryhmittäin palvelutarpeen mukaan kuviossa 45.



Kuvio 45. Kotihoidon henkilöstön työajan allokointi ammattiryhmittäin palvelutarpeen runsauden ja hoivaajan olemassaolon mukaan

*Virallinen työaika=sairaanhoitajien, lähi- ja perushoitajien ja kotiavustajien tai kodinhoitajien yhteenlaskettu työaika viikossa

Lähde: Kotihoidon RAI tietokanta THL 2011, ajanjakso 1.4.-30.9.2010

Ammattiryhmistä vain lähihoitajien työaika kohdentuu edes jossain määrin palvelutarpeen mukaan, kotiavustajien ja sairaanhoitajien ei. Sekä sairaanhoitajat, perus- tai lähihoitajat, että kotiavustajat kohdensivat enemmän tunteja viikossa niille asiakkaille, joilla oli hoivaaja kuin niille, joilla ei ollut ketään. Terapiaa ja sairaanhoitajan palveluita oli tarjolla keskimäärin vähän ja ne kohdentuivat kaikenlaisiin asiakkaihin.

Taulukko 17. Henkilöstön työn kohdentuminen palvelutarpeen ja hoivaajan olemassaolon mukaan

	Sairaanhoitaja		Lähi tai perushoitaja		Kotiavustaja tai kodinhoitaja	
	Ei hoivaajaa	hoivaaja on	Ei hoivaajaa	hoivaaja on	Ei hoivaajaa	hoivaaja on
Erittäin vähäinen	0,219	0,322	1,24	1,52	0,13	0,141
Vähäinen	0,18	0,177	1,69	1,62	0,29	0,311
Kohtuullinen	0,24	0,302	2,93	3,22	0,74	0,655
Runsas	0,316	0,3	3,25	3,86	0,43	0,0659
Erittäin runsas	0,177	0,381	5,02	4,9	0,81	0,988

Lähde: Kotihoidon RAI tietokanta THL 2011, ajanjakso 1.4.-30.9.2010

Taulukon 17 perusteella on nähtävissä, että ne asiakkaat joilla oli hoivaaja (puoliso, lapsi tai puolison lapsi, sukulainen tai muu henkilö) saivat enemmän kotihoidon henkilöstön aikaa kuin yksin olevat. Tiedossa ei ole saivatko ne, joilla oli hoivaaja enemmän kotihoidon henkilöstön aikaa siksi, että hoivattavat saattoivat sijoittua kunkin palvelutarveluokan vaativampaan päähän vai siksi, että hoivaajat itsekin ovat neuvojen ja avun tai henkisen tuen tarpeessa. Hoivaajan tarvitsema aika on pitkäaikaishoidon työntekijöiden tunnistama

ilmiö, mutta sitä on vaikea ennakoida eikä sitä yleensä oteta huomioon palveluita suunniteltaessa.

Koska käytettävissä ei ole tietoa säännöllisen kotihoidon ja omaishoidon ulkopuolella olevien hoivattavien palvelun tarpeesta, ei tiedetä valikoituvatko juuri sellaiset henkilöt kotihoidon asiakkaiksi, joiden hoivaajatkin tarvitsevat jotakin tukea. Yksi selitys on myös se, että ilman hoivaajaa olevat vanhukset voivat jäädä vähemmälle huomiolle puolestapuhujan puuttuessa.

6.2.2. Eniten henkilöstön aikaa saaneet säännöllisen kotihoidon asiakkaat

Taulukossa 16 esitettyyn erittäin vähäisen palvelutarpeen luokkaan luokituneista 743 henkilöstä kuudella maksimihoitoaika viikossa oli yli 10 tuntia. Nämä henkilöt asuivat eri puolilla kaupunkia, kenelläkään ei ollut muistisairautta, yhdellä oli kohtuun ylittävä alkoholin käyttö ja neljällä psykiatrinen sairaus.

Eniten henkilöstön työaikaa saaneesta kymmenesosasta säännöllisen kotihoidon asiakkaita kolme neljännestä luokitui runsaan tai erittäin runsaan palvelutarpeen luokkiin. Eniten henkilöstön työaikaa saanut kymmenen prosenttia asiakkaista koostui tyypillisimmillään iäkkäistä (80 vuotta tai yli) leskinaisista, joilla oli vähintään keskivaikea kognition vaje ja seurannan tai avun tarve päivittäisissä toiminnoissa. Muistisairaus heillä oli yhtä usein kuin muillakin kotihoidon asiakkailla, mutta multippeli skleroosi, Parkinsonin tauti, aivohalvaus tai osteoporoosi heillä oli noin kaksi kertaa todennäköisemmin kuin muilla. Runsaan ajan saantia luonnehti terveydentilaan liittyvät tekijät kuten terveydentilan epävakaus, hiljattainen sairaalahoito, avun tarve katetrin hoidossa tai haavan hoito. Useammin (kuin vähemmän henkilöstön aikaa saaneilla) hoivaaja asui hoivattavan kanssa ja hänen mielestään hoivattavan paikka oli muualla kuin kotona. Eniten henkilöstön aikaa saaneet tunsivat itsensä yksinäiseksi. Heille oli tyypillistä myös fysioterapia-, ateria-, turva-, saatto-, kylvytys- ja kuljetuspalvelujen käyttö.

6.2.3. Hoivaajien työn kohdentuminen säännöllisen kotihoidon asiakkaille

Hoitoon osallistuvaa omaista, läheistä tai tuttavaa nimmitetään tässä raportissa hoivaajaksi erotuksena kotihoidon tai muun virallisen tahon ammattilaisesta.

Säännöllisen kotihoidon asiakkaista noin joka toisella (62%) oli jollain tavoin hoitoon osallistuva yksi tai useampi henkilö ja jos tällainen henkilö oli olemassa, yhdessä tapauksessa viidestä (22,5 %) hoivaaja asui asiakkaan kanssa.

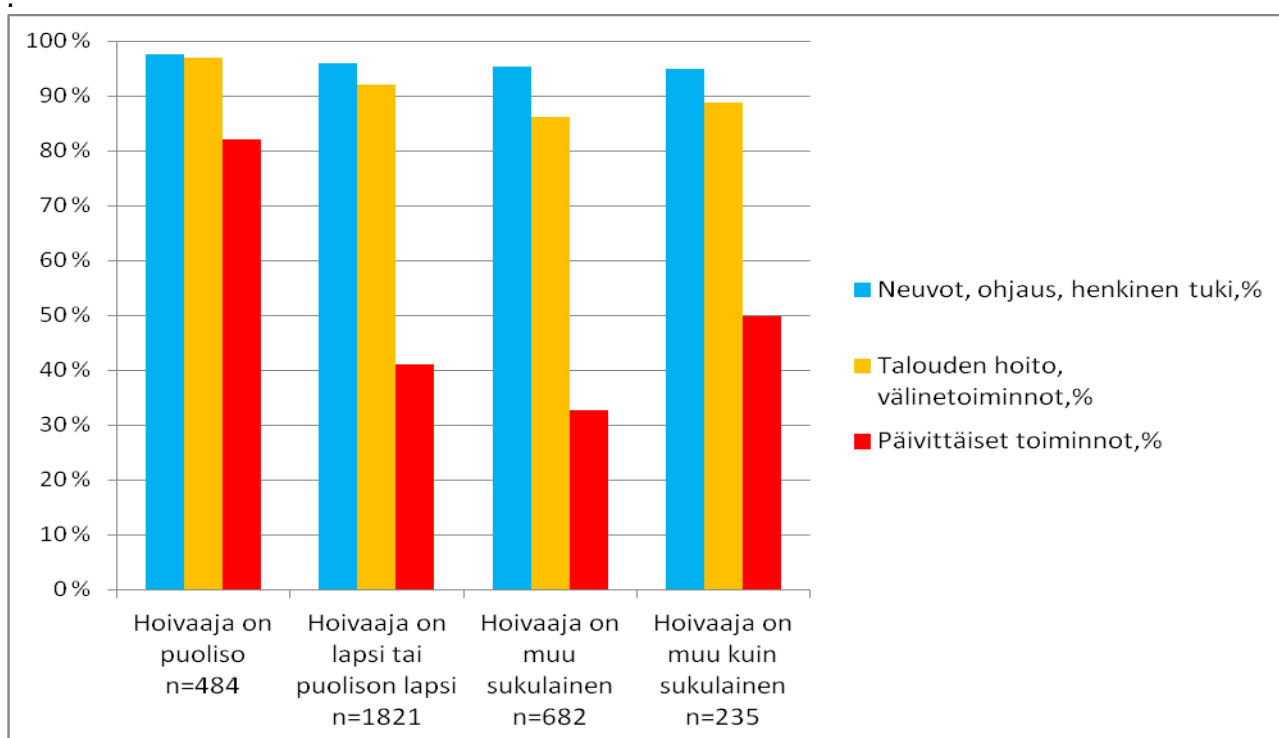
Niistä kuudestakymmenestä kahdesta prosentista, joilla oli joku hoivaaja, tämä oli useimmin lapsi tai puolison lapsi (63%) ja hän useimmin - mutta ei aina - oli myös tärkein ja merkittävin avun lähde.

Toiseksi useimmin hoivaaja oli joku muu sukulainen kuten sisar tai veli (24%) ja vasta kolmanneksi useimmin puoliso (17%). Jos puoliso oli olemassa, hän oli lähes aina ensisijainen avun lähde (97%).

Kahdeksan prosenttia sai apua muulta kuin puolisolta, sukulaiselta tai puolison sukulaiselta.

Avun luonne oli lähes aina vähintään henkistä tukea, neuvoja (96%) tai välinetoiminnoissa avustamista kuten ruoan hankkimista ja valmistamista, ostoksilla käymistä tai kuljetuksia (90%.) Alle puolet niistä säännöllisen kotihoidon asiakkaista joilla oli hoivaaja, sai apua myös päivittäisissä toiminnoissa (45%). Näitä toimintoja ovat esimerkiksi pukeminen, peseminen, liikkuminen, WC:ssä asiointi tai syömisessä avustaminen

Puolisoiden merkitys hoivan ja avun lähteenä on suuri (kuvio 46). Kaikki hoivaajat riippumatta sukulaisuussuhteesta kykenivät tukemaan iäkästä kotihoidon asiakasta henkisesti ja avustamaan kotitalouteen liittyvissä toiminnoissa, mutta henkilökohtaisissa tarpeissa avustamisessa puolisoitten rooli oli puolet suurempi kuin muiden hoivaajien.



Kuvio 46. Hoivan tyyppi hoivaajan sukulaisuussuhteen mukaan, %

Lähde: Kotihoidon RAI tietokanta THL 2011, ajanjakso 1.4.-30.9.2010

Käytössä olleiden rekistereiden perusteella ei ole pääteltävissä miksi lapset ja muut sukulaiset avustavat henkilökohtaisissa toiminnoissa puolisoita harvemmin. Syynä voi olla esimerkiksi toisella paikkakunnalla asuminen, työssä käyminen tai muu este. Lapset tai puolison lapset olivat lukumääräisesti kuitenkin iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden merkittävin voimavara. Hoivaajista 10-20% arveli voivansa lisätä jotakin apua tarvittaessa.

Taulukkoon 18 on koottu hoivaajien näkemykset mahdollisuuksistaan lisätä apuaan.

Taulukko 18. Hoivan ja avun lisäämismahdollisuudet hoivaajan sukulaisuussuhteen ja hoivan tyyppin mukaan, %

	Hoivaaja on puoliso n=484		Hoivaaja on lapsi tai puolison lapsi n=1821		Hoivaaja on muu sukulainen n=682		Hoivaaja on muu kuin sukulainen n=235	
	Ensi-sijainen	Tois-sijainen	Ensi-sijainen	Tois-sijainen	Ensi-sijainen	Tois-sijainen	Ensi-sijainen	Tois-sijainen
Kykenee lisäämään henkistä tukea,%	23	22	15	15	11	11	17	17
Kykenee lisäämään avustusta välinetoiminnoissa,%	21	18	13	12	9	8	15	10
Kykenee lisäämään avustusta päivittäisissä toimissa,%	19	12	9	7	6	5	11	8

Omaishoitajan status oli virallistettu noin joka kymmenennellä (11%) säännöllisen kotihoidon asiakkaista. Laskettuna niistä, joilla ylipäätään oli mahdollisuus hankkia omaishoitajan status, se oli hankittu noin joka kuudennelle (18%) siten, että yleisemmin omaishoitajuus oli puolisoilla (42%). Lapsi tai puolison lapsi oli virallisesti tai epävirallisesti omaishoitajana lähes yhtä usein (14 vs 13 %).

Hoivaajat antoivat aikaansa säännöllisen kotihoidon asiakkaille keskimäärin kymmenen tuntia viikossa. Taulukko 19 esittää hoivaajien kohdentaneen aikaansa hoivattaville sitä enemmän mitä suurempi oli palvelutarve. Taulukosta näkyy myös, että aikaa saivat paljon myös ne, joiden palvelutarve oli vähäinen. Arkielämän ja ammattityötä korvaavan avun erottaminen toisistaan ei ole yksiselitteistä.

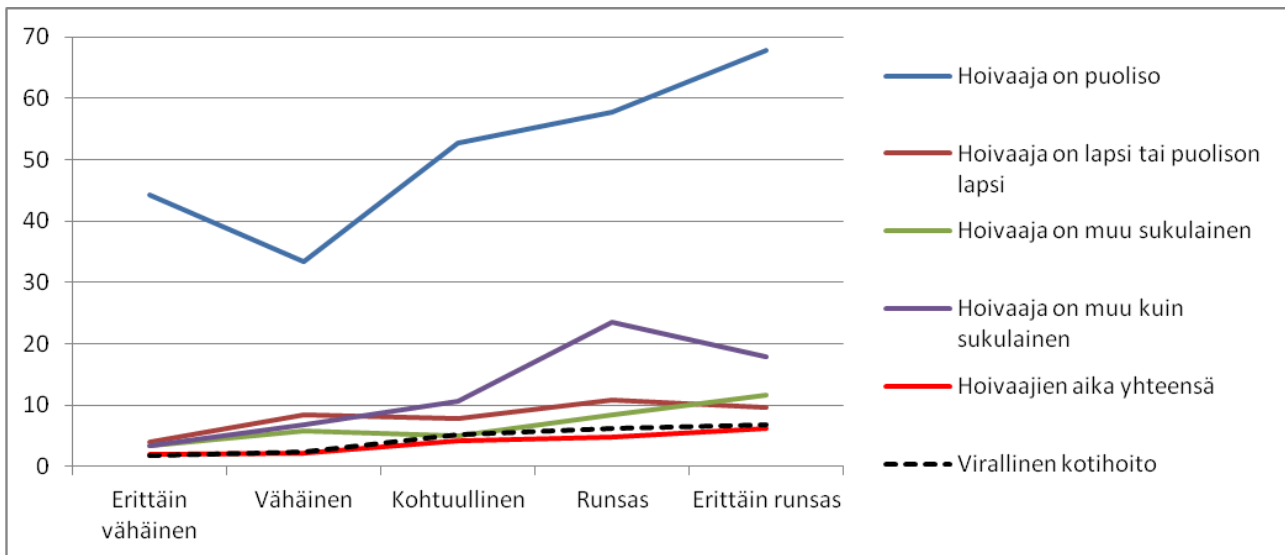
Taulukko 19. Hoivaajien säännöllisen kotihoidon asiakkaille kohentama aika palvelutarpeen mukaan

	Asiakkaita %	Keskimääräinen hoivaajan aika h/vko	Minimi	Maksimi
Erittäin vähäinen palvelutarve	15,7	3,1	0	168
Vähäinen palvelutarve	10,2	5,7	0	207
Kohtalainen palvelutarve	22,9	10,9	0	288
Runsas palvelutarve	35,1	12,1	0	336
Erittäin runsas palvelutarve	16,2	15,5	0	500

*Palvelutarve on mitattu käyttäen Method for Assessing Priority Levels (MAPLe) luokitusta, missä asteikko on 1-5 ja 1 merkitsee erittäin vähäistä palvelutarvetta ja viisi erittäin runsasta

Lähde: Kotihoidon RAI tietokanta THL 2011, ajanjakso 1.4.-30.9.2010

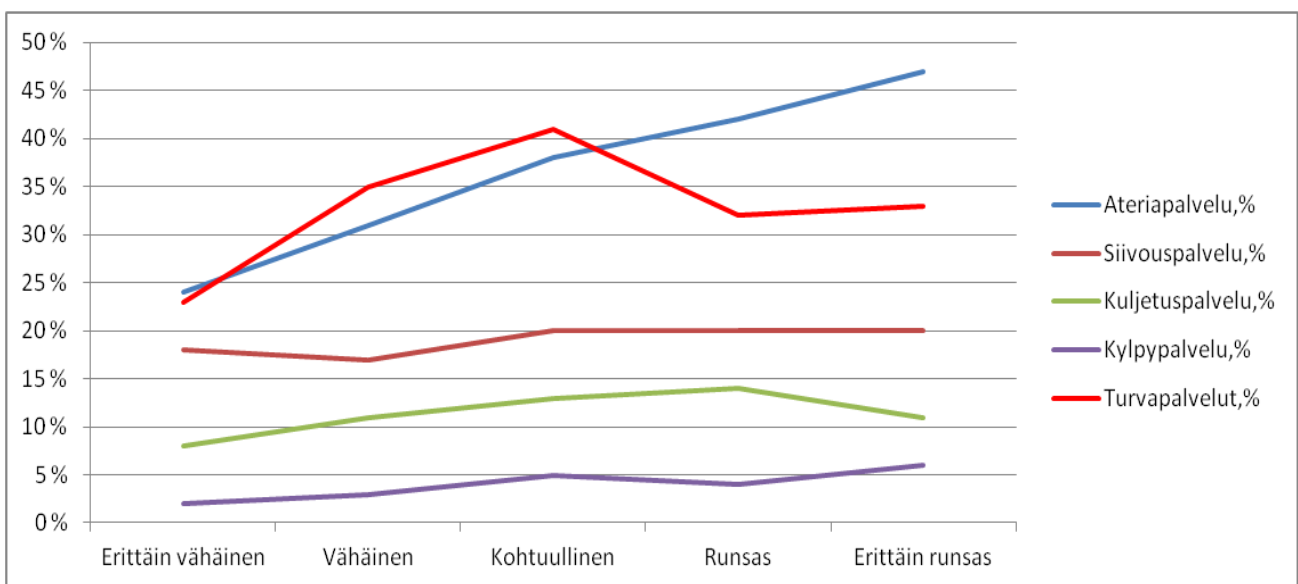
Hoivaajien ja kotihoidon antaman hoivan erot näkyvät selvästi tarkasteltaessa niitä palvelun tarvetta vasten (kuvio 47). Puolisoiden, jotka usein itsekin ovat iäkkäitä, hoivan ja avun aika kohdentuu selkeimmin kaikista apua antavista tahoista hoivattavan tarpeiden mukaan. Muiden ryhmien kyky, halu tai mahdollisuudet lisätä apuaan palvelun tarpeen mukaan ovat puolisoiden rinnalla vaatimattomat.



Kuvio 47. Hoivaajien ja säännöllisen kotihoidon asiakkaalle allokoima aika tunteina viikossa palvelutarpeen* ja hoivaajan mukaan

*Palvelutarve on mitattu käyttäen Method for Assessing Priority Levels (MAPLe) luokitusta, missä asteikko on 1-5 ja 1 merkitsee erittäin vähäistä palvelutarvetta ja viisi erittäin runsasta

Lähde: Kotihoidon RAI tietokanta THL 2011, ajanjakso 1.4.-30.9.2010



Kuvio 48. Tukipalveluita palvelutarpeen mukaan säännöllisen kotihoidon asiakkailla.

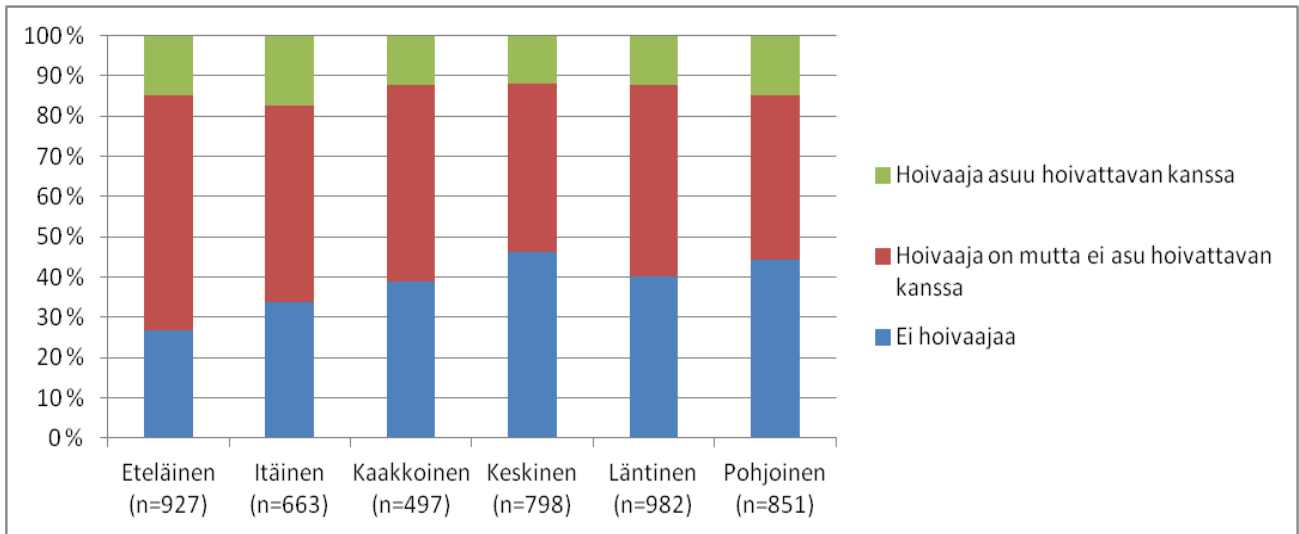
*Palvelutarve on mitattu käyttäen Method for Assessing Priority Levels (MAPLe) luokitusta, missä asteikko on 1-5 ja 1 merkitsee erittäin vähäistä palvelutarvetta ja viisi erittäin runsasta

Lähde: Kotihoidon RAI tietokanta THL 2011, ajanjakso 1.4.-30.9.2010

Hoivaa antavista tahoista kotihoidon henkilöstön keskimääräinen aika "reagoi" vähiten palvelutarpeeseen. Vaikka kotihoidon henkilöstön aikaan laskettiin kokeeksi sosiaalityöntekijöiden ja terapiahenkilöstön aika, näiden työpanos oli ajassa laskettuna vähäinen. Tukipalveluista kuten esimerkiksi ateriapalvelut, lääkkeiden jako tai kylvytys- ja siivouspalvelut muodostuu osa sellaista työtä, mikä näkyy hoivaajien mutta ei henkilöstön työajassa.

Kuvio 48 esittää tärkeimpien tukipalvelujen käyttöä arviointiajankohtana luokiteltuna palvelutarpeen mukaan. Suosituin oli ateriapalvelu (38%), turvapalvelut (33%) ja

siivouspalvelut (19%). Kuljetuspalveluja käytti joka kymmenes (12%) ja kylvetyspalveluja alle viisi prosenttia säännöllisen kotihoidon asiakkaista. Apteekkien lääkejakelusta ei ollut tietokantaan yhdistettävää tietoa



Kuvio 49. Hoivaajan ja hoivattavan asuinkumppanuus suurpiireittäin

Lähde: Kotihoidon RAI tietokanta THL 2011, ajanjakso 1.4.-30.9.2010

Jos asiakkaalla oli hoivaaja, hän asui hoivattavan kanssa neljässä tapauksessa viidestä. Suurpiirien välillä oli jonkin verran eroja hoivaajan olemassaolon ja asuinkumppanuuden suhteen (kuvio 50).

6.2.4. Eniten hoivaajan aikaa saaneet säännöllisen kotihoidon asiakkaat

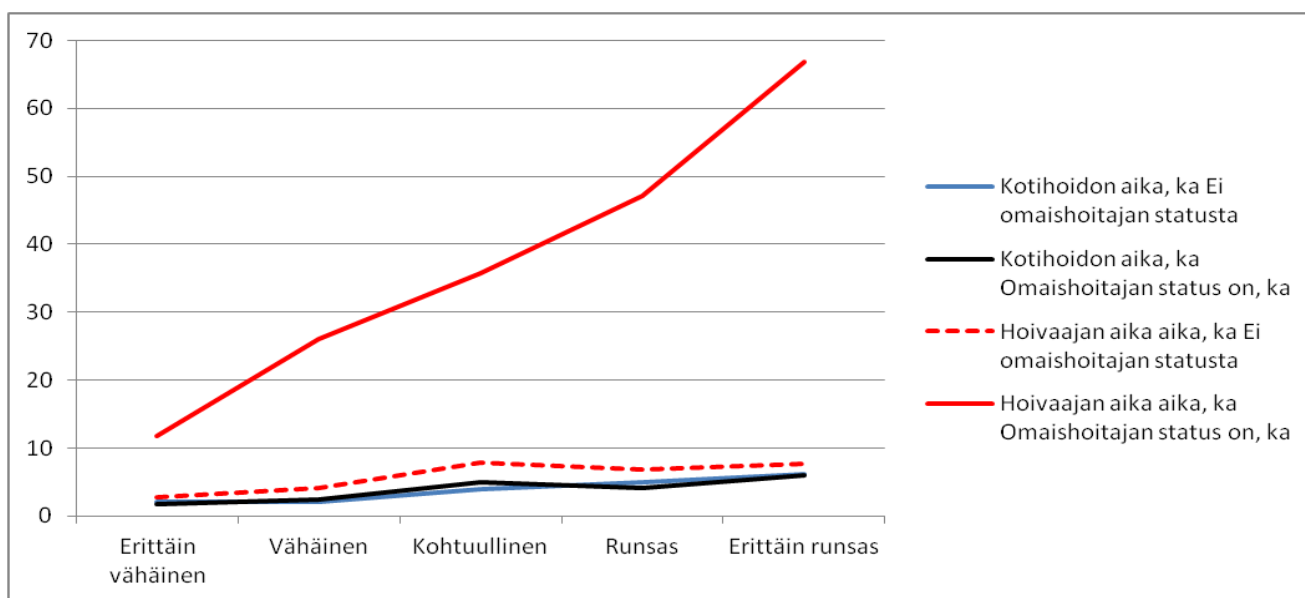
Taulukosta 15 ilmenee säännöllisen kotihoidon asiakkaiden saaneen enimmillään jopa 1-3 henkilön ympärivuorokautisen avun. Ympärivuorokautista hoivaa (168 tuntia tai enemmän viikossa) omaisiltaan tai läheisiltään sai 71 säännöllisen kotihoidon asiakasta (1,5%) ja enemmän kuin yhden henkilön ympärivuorokautista hoivaa saaneita oli kaikkiaan kaksikymmentä kuusi yhteensä 18 peruspiirin alueella.

Kaikkein runsaimmasta avun saannista osa selittynee asutokunnilla, joihin kuuluu hoivattavan lisäksi useampi asukas. Kirjausvirheiden poissulkemiseksi tätä asiakasryhmää tarkasteltiin suorina jakaumina. Kolmea arviointia lukuun ottamatta sairaudet, toiminnanvaja ja saatavilla oleva apu selittivät runsaan avun saannin. Näiden kaikkein eniten aikaa saaneiden henkilöiden tärkeimmät hoivaajat olivat puoliso ja/tai lapsi jotka lähes kaikissa tapauksissa (23/26) asuivat hoivattavan kanssa mutta viidellä ei ollut virallista omaishoitajan statusta. Kaikki paljon apua saaneet hoivattavat halusivat asua kotona, mutta kolmen hoivaaja oli sitä mieltä, että olisi parempi asua muualla.

Eniten aikaa saanut kymmenesosa asiakkaista sai apua tai hoitoa 21 tuntia viikossa tai enemmän. Tarkasteltaessa tätä eniten hoiva-aikaa saanutta kymmentä prosenttia säännöllisen kotihoidon asiakkaista (n=485), he osoittautuivat "keskivanhoiksi" muistisairauksia sairastaviksi, terveydentilaltaan epävakaisiksi, käytösoireisiksi ja pidätyskyvyttömiksi miehiksi, joilla ei ollut halua muuttaa kotoa pois.

Näistä eniten hoivaajan aikaa saaneista asiakkaista joka kolmannen hoivaaja oli tullut hoitamisen ja avunannon osalta jaksamisensa rajoille. Kuitenkin heistä vain osa oli sitä

mieltä, että hoidettavan tulisi asua muualla kuin kotona. Omais- tai läheishoitajan runsaan ajan antamisen todennäköisyys oli yli kaksikymmenkertainen jos hoivaaja asui hoidettavan kanssa ja lähes kuusinkertainen jos omaishoitajastatus oli virallistettu. Samalla todennäköisyys yhdelle tai useammalle kuormittumisesta kertovalle oireelle oli kaksinkertainen. Runsas hoitoaika oli todennäköisintä jos hoivaaja oli muu kuin sukulainen, toiseksi todennäköisintä jos hoivaaja oli puoliso ja kolmanneksi todennäköisintä jos hoivaaja oli lapsi tai puolison lapsi. Runsaasti hoiva-aikaa tarvitsevat hoivaajat käyttivät ateriapalveluja harvemmin kuin vähemmän aikaa allokoivat hoivaajat



Kuvio 50. Kotihoidon henkilöstön ja hoivaajien keskimääräinen aika omaishoitajan statuksen ja palvelutarpeen mukaan säännöllisen kotihoidon asiakkaila

*Palvelutarve on mitattu käyttäen Method for Assessing Priority Levels (MAPLe) luokitusta, missä asteikko on 1-5 ja 1 merkitsee erittäin vähäistä palvelutarvetta ja viisi erittäin runsasta

Lähde: Kotihoidon RAI tietokanta THL 2011, ajanjakso 1.4.-30.9.2010

Kuvio 50 varmentaa virallisen erityisesti omaishoitajan roolin suhteessa hoivattavan palvelun tarpeeseen ja kotihoidon keskimääräiseen toimintaan.

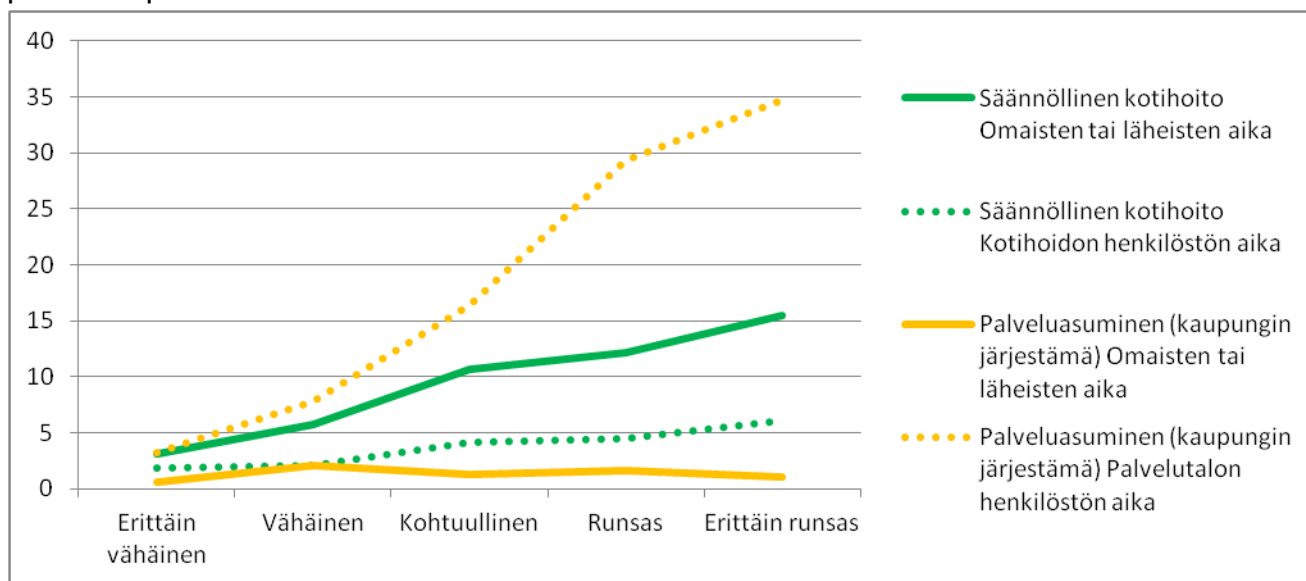
6.2.5. Hoivan kohdentuminen palvelutaloissa

Kaupungin toimintana järjestetyn palveluasumisen asukkaat saivat omaisiltaan ja läheisiltään aikaa keskimäärin 1,3 tuntia, mutta henkilöstöltä 27 tuntia viikossa. Puoliso oli palvelutaloasukkaidenkin keskuudessa tärkein omaisen tai läheisen antaman hoivan lähde ajan määränä laskettuna (11,6 h/viikko). Toiseksi tärkein oli lapsi (2,9 h/viikko) ja kolmanneksi tärkein muu sukulainen (1,6 h/viikko).

Kuvioissa 51 ja 52 on verrattu säännöllisen kotihoidon ja palvelutaloasiakkaiden hoivatahoja toisiinsa. Palvelutarpeen kasvun tarvitsema ajan lisäys jakautui virallisen ja epävirallisen tahon välillä eri tavoin riippuen asuuko hoivattava kotona vai palvelutalossa. Kotona työkuorman lisäyksen kantoi omainen tai läheinen, palveluasunnoissa henkilöstö

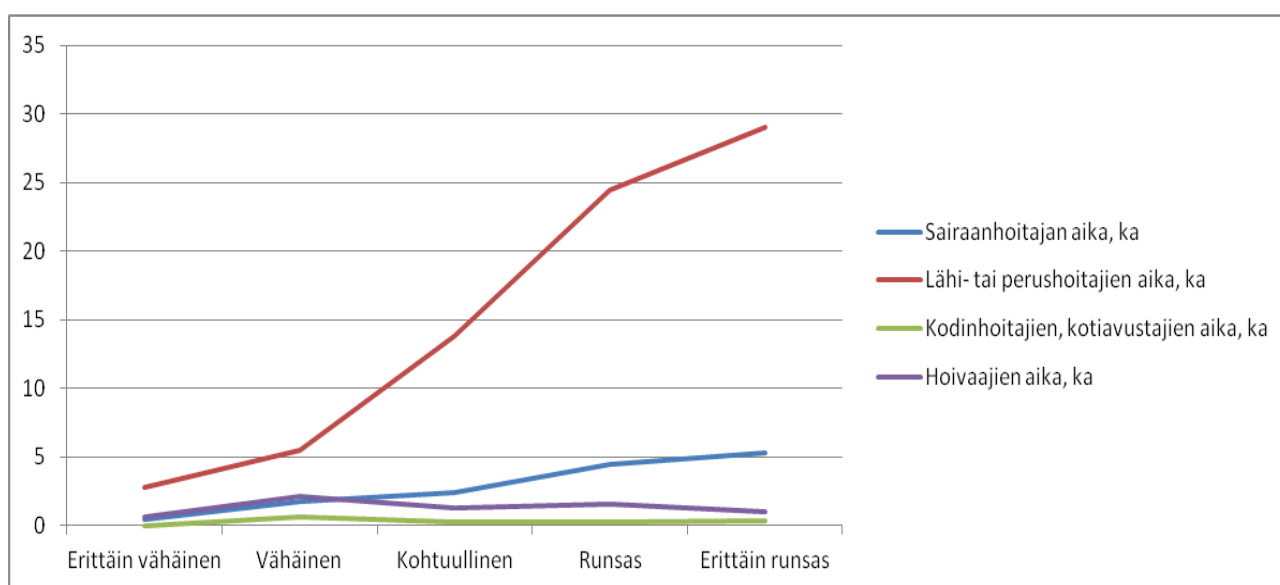
Kuviot osoittavat lähihoitajien olevan puolisoiden ohella se ammattiryhmä, joka parhaiten vastaa asiakkaan hoiva-ajan tarpeeseen. Tehostetussa palveluasumisessa, toisin kuin

kotihoidossa sairaanhoitajien ajankäyttö jakautuu jossain määrin myös asiakkaan palvelutarpeen mukaan.



Kuvio 51. Säännöllisen kotihoidon ja palvelutalojen asukkaiden hoivaajilta saama aika tunteina viikossa ajan antajatahon mukaan.

*Palvelutarve on mitattu käyttäen Method for Assessing Priority Levels (MAPLe) luokitusta, missä asteikko on 1-5 ja 1 merkitsee erittäin vähäistä palvelutarvetta ja viisi erittäin runsasta



Kuvio 52. Hoivaajien ja palvelutalojen henkilöstön työajan jakaumat henkilöstön ammattinimikkeeseen ja asukkaiden palvelutarpeen mukaan

*Palvelutarve on mitattu käyttäen Method for Assessing Priority Levels (MAPLe) luokitusta, missä asteikko on 1-5 ja 1 merkitsee erittäin vähäistä palvelutarvetta ja viisi erittäin runsasta

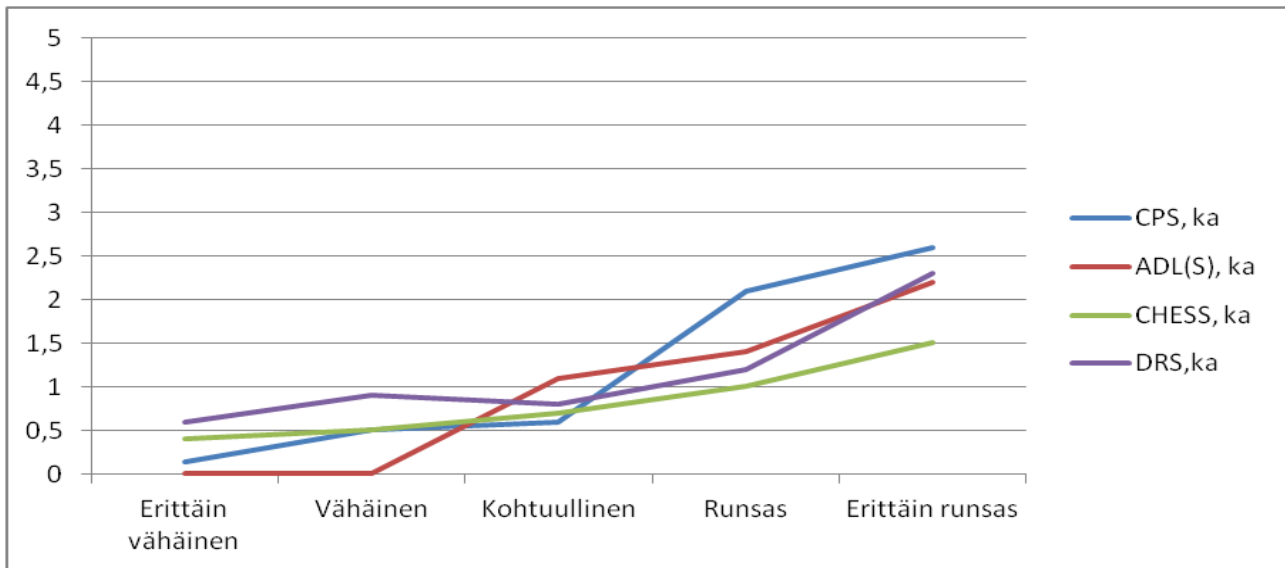
Lähde: Kotihoidon RAI tietokanta THL 2011, ajanjakso 1.4.-30.9.2010

6.3. Hoivaajien ahdinko

6.3.1. Hoivaajien ahdinko säännöllisen kotihoidon asiakkailla

Säännöllisen kotihoidon asiakkaiden hoivaajista joka kuudes ilmaisi ahdinkoa (16,2%). Kuormittuminen, uupumus ja ahdinko olivat yleisiä silloin kun hoiva ylsi kotitalouden hoitamisen lisäksi henkilökohtaisissa päivittäisissä toiminna avustamiseen ja oli ympärivuorokautista tai lähes ympärivuorokautista.

Fyysisen, psyykkisen ja kognitiivisen toimintakyvyn vajeus on sitä suurempi mitä merkittävämpi on palveluntarve. Terveystilan epävakausvakausta noudattaa samaa linjaa.



Kuvio 53. Toiminnanvajaus (ka) ja terveydentilan vakaus (ka) palvelutyypeittäin säännöllisen kotihoidon asiakkailla

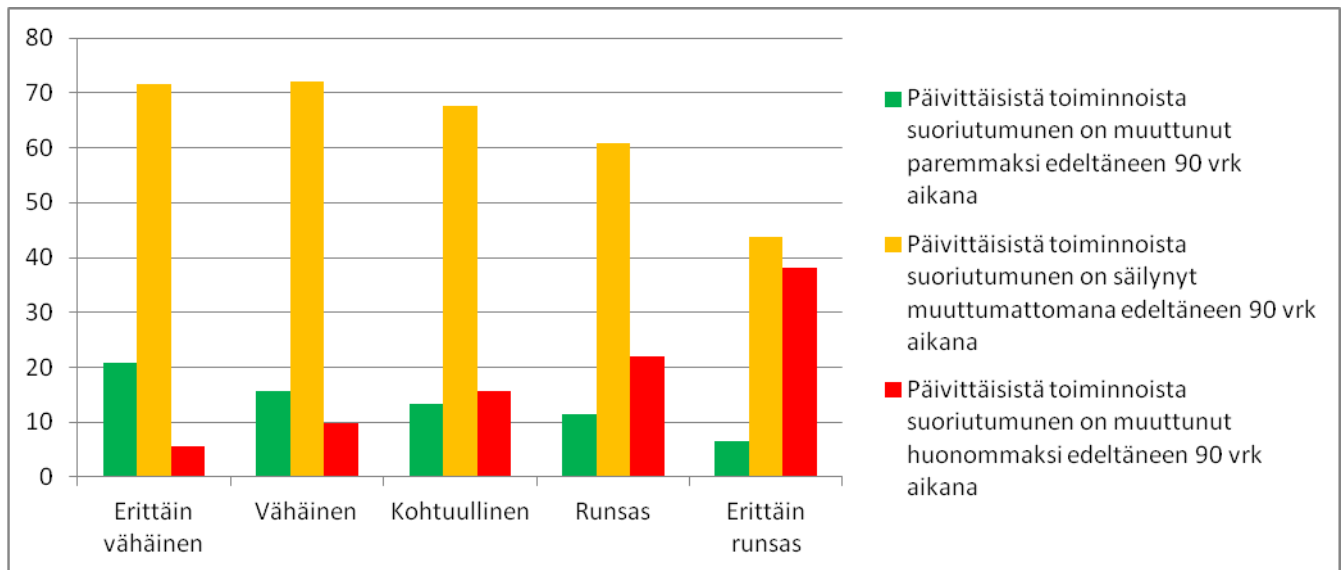
*Palvelutarve on mitattu käyttäen Method for Assessing Priority Levels (MAPLe) luokitusta, missä asteikko on 1-5 ja 1 merkitsee erittäin vähäistä palvelutarvetta ja viisi erittäin runsasta

Lähde: Kotihoidon RAI tietokanta THL 2011, ajanjakso 1.4.-30.9.2010

Koska toiminnanvajauksen kaikenpuolinen muutos huonompaan ja kaiken tahoinen epävakaus kasautuivat niille, joilla jo ennestään oli toiminnanvajausta ja suuri palvelujen tarve, ei liene merkillistä, että hoivaajat uupuivat. (kuvio 53 ja 54).

Hoivaajan uupumus ja ahdinko saattoivat ilmetä väsymyksenä tai ärtyvyytenä. Se saattoi tulla esiin hoivaajan kokemuksena siitä, että muut eivät tue häntä kylliksi tässä raskaassa roolissa. Se saattoi näkyä päätöksenä irtautua tyystin hoivanantajan roolista. Joissain tilanteissa hoivaaja oli sairastunut tai kuollut.

Hoivaajasta riippumatta kuormittuminen ja ahdinko olivat sitä yleisempiä mitä runsaampi oli hoivattavan palvelun tarve (kuvio 55).



Kuvio 54. Toiminnanvajauksen muutos (%) arviointia edeltäneen 3 kk aikana palvelutarpeen runsauden mukaan säännöllisen kotihoidon asiakkailla

*Palvelutarve on mitattu käyttäen Method for Assessing Priority Levels (MAPLe) luokitusta, missä asteikko on 1-5 ja 1 merkitsee erittäin vähäistä palvelutarvetta ja viisi erittäin runsasta

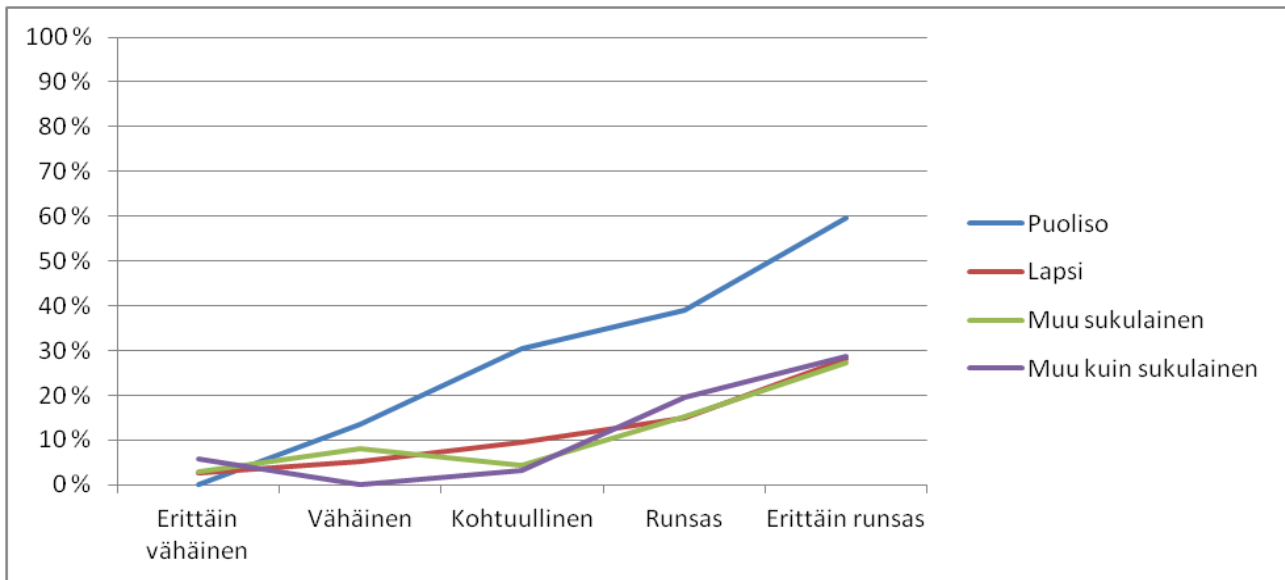
Lähde: Kotihoidon RAI tietokanta THL 2011, ajanjakso 1.4.-30.9.2010

Tilastollisin analyysin on selvitetty niitä asiakkaaseen ja asumiseen liittyviä tekijöitä, jotka olivat yhteydessä hoivaaajien kuormittumiseen ja ahdistukseen. Tärkeimmät hoivattavaan liittyvät tekijät, joilla oli hoivaajaa kuormittava vaikutus olivat tärkeysjärjestyksessä:

- hoivattavan masennus
- hoivattavan miessukupuoli
- hoivattavan hiljattainen akuuttisairausten tai kroonisen sairauten leikkauksen huonontava vaikutus toimintakykyyn
- hoivattava vaelteli päämäärättömästi
- valvonnan tai avun tarve päivittäisissä toiminnoissa
- virtsanpidätyskyvyttömyys kahdesti viikossa tai useammin
- hoivattavan sosiaaliset suhteet olivat vähentyneet ja hän kärsi siitä
- hoivattavan kognitio oli alentunut vähintään keskivaikeasti

Tärkeimmät muuhun kuin hoivattavaan liittyvät tekijät olivat asumisen, ympäristön ja hoivaajan omia piirteitä. Ne olivat tärkeysjärjestyksessä:

- Hoivaajan mielestä hoivattavan olisi parempi asua muualla kuin kotona
- Hoivaaja asui hoivattavan kanssa
- hoivaaja oli puoliso
- yksi tai useampi asuntoon liittyvä puute
- hoivaajan tarvittu aika luokiteltiin suurimpaan 10% (21 tuntia viikossa tai enemmän)
- säännöllinen kotihoito luokiteltiin suurimpaan 10% (9 tuntia viikossa tai enemmän)
- suunnittelematon kotikäynti oli tapahtunut vähintään kerran arviointia edeltäneen 3 kk aikana



Kuvio 55 Hoivaajan kuormittumisen ja ahdingon oireet palvelutarpeen ja hoivaajan mukaan säännöllisen kotihoidon asiakkailta, %

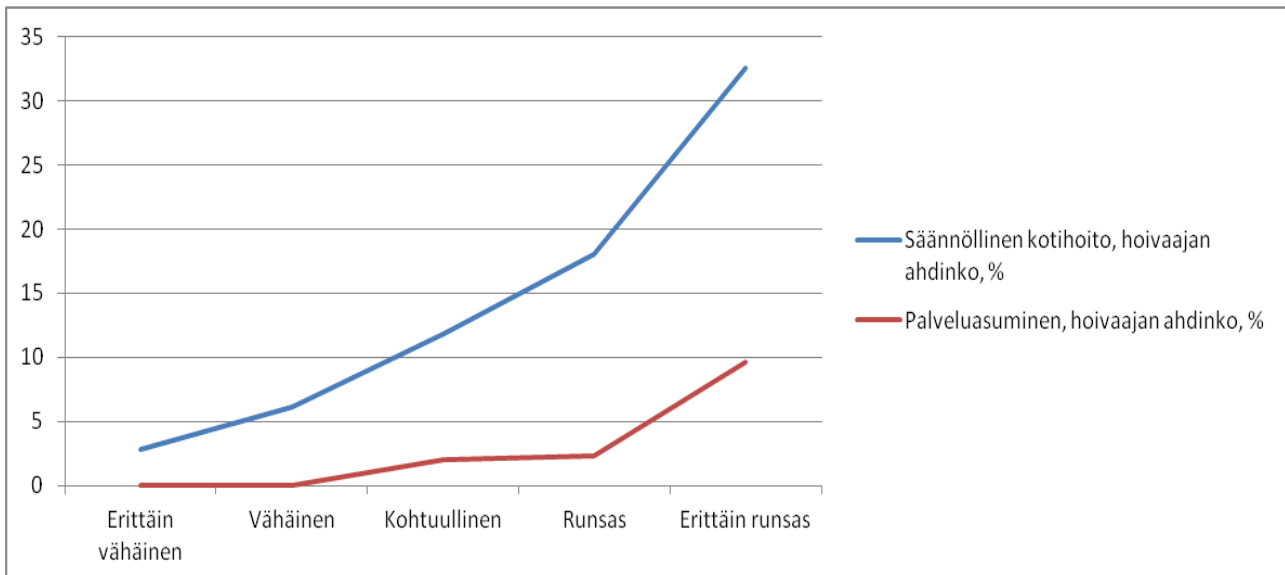
*Palvelutarve on mitattu käyttäen Method for Assessing Priority Levels (MAPLe) luokitusta, missä asteikko on 1-5 ja 1 merkitsee erittäin vähäistä palvelutarvetta ja viisi erittäin runsasta

Prosentit laskettu niistä, joilla oli hoivaaja n=2908

Lähde: Kotihoidon RAI tietokanta THL 2011, ajanjakso 1.4.-30.9.2010

6.3.2. Hoivaajien ahdinko kaupungin omissa palvelutaloissa

Tehostetun palveluasumisen asukkaiden hoivaajista löytyi tietoa vain omana toimintana järjestetystä palveluasumisesta (n=1241 arviointia).



Kuvio 56. Hoivaajan kuormittumisen ja ahdingon oireet palvelutarpeen mukaan säännöllisessä kotihoidossa ja teostetussa palveluasumisessa, %

*Palvelutarve on mitattu käyttäen Method for Assessing Priority Levels (MAPLe) luokitusta, missä asteikko on 1-5 ja 1 merkitsee erittäin vähäistä palvelutarvetta ja viisi erittäin runsasta

Prosentit laskettu niistä, joilla oli hoivaaja (kotihoito n=2908, Palveluasuminen n=488)

Lähde: Kotihoidon RAI tietokanta THL 2011, ajanjakso 1.4.-30.9.2010

Kuviot 55 ja 56 osoittavat hoivaajien kuormittuneen sitä useammin mitä suurempi hoivattavan palveluiden tarve oli ja hoivaajista puolisojen kokeneen useimmin ahdinkoa.

Omaishoitajan asemansa virallistaneet kokivat useammin ahdinkoa kuin ne, joiden asema ei ollut virallistettu. Hoivattavaan ja ympäristöön liittyvien tekijöiden rinnalla virallisella omaishoitajastatuksella ei kuitenkaan ollut merkitystä kuormittumisen ja ahdingon kannalta

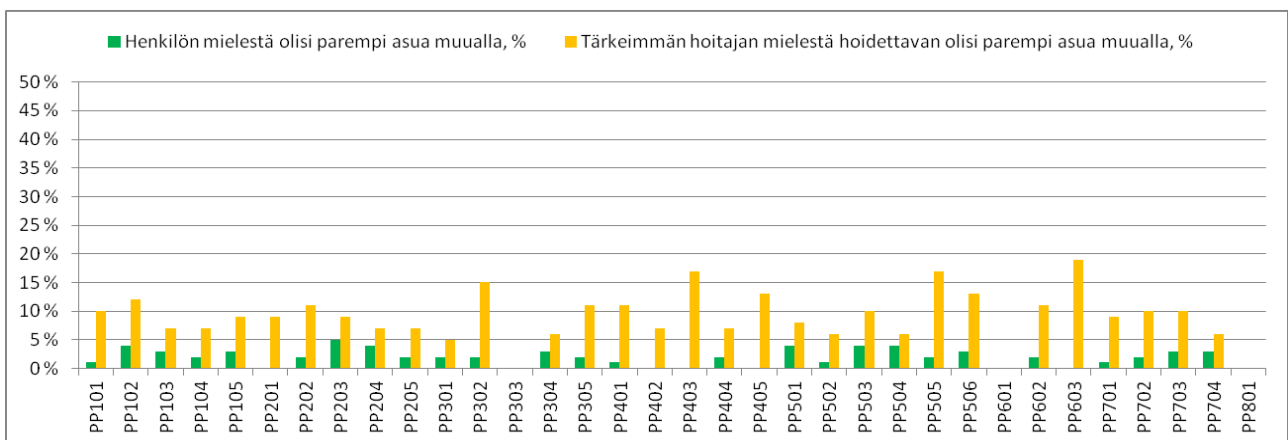
Noin 40 prosentilla asukkaista oli muukin hoivaan osallistuva tai auttava läheinen kuin palvelutalon henkilöstö. Näillä epävirallisilla hoivaajilla ahdingon oireita esiintyi alle viidellä prosentilla

Tietokannasta löytyi yhteensä kymmenen hoivaajaa jotka olivat joko tyytymättömiä saamaansa tukeen tai eivät syystä tai toisesta kyenneet enää jatkamaan asukkaan tukemista. Hoivaajan ahdinko liittyi lähes kokonaan asukkaan erittäin runsaaseen palvelujen tarpeeseen, ei ollenkaan erittäin vähäiseen ja vähäiseen tarpeeseen. Yksittäisissä tapauksissa ahdinko liittyi kohtalaiseen ja runsaaseen palvelujen tarpeeseen (kuvio 56)

6.4. Parempi asua muualla kuin missä asuu

6.4.1. Kenen tahdosta kotoa pois

Asiakaskeskeisiä palveluja kehittäessä on oleellista tietää haluavatko iäkkäät kotihoidon asiakkaat ylipäättään jatkaa kotona asumista terveydentilan ja toimintakyvyn heikentyessä vai eivät. Jos laitoshoidon tai palveluasumiseen halutaan siirtyä, mitkä syyt edistävät ja mitkä vähentävät siirtymishalukkuutta ja kuka siirtymistä haluaa, asiakas itse vai häntä hoivaava henkilö? .



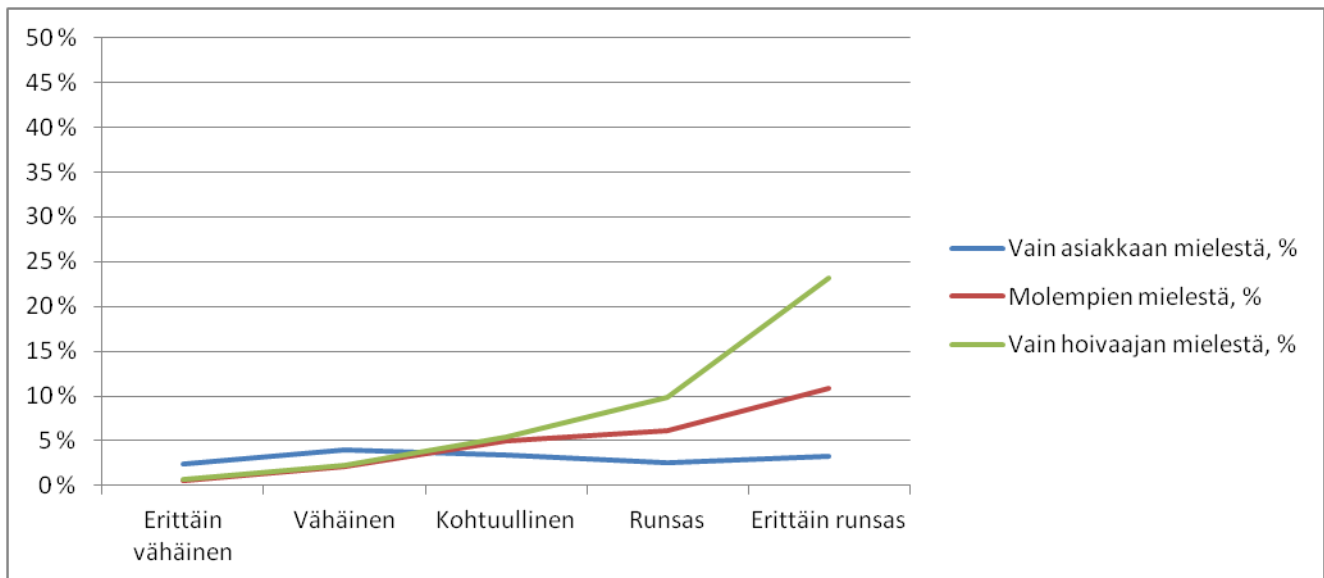
Kuvio 57. Säännöllisen kotihoidon asiakkaan tai hänen hoivaajansa mielestä hoivattavan olisi parempi asua muualla kuin kotona (%) peruspiireittäin.

Tyhjäksi jätetty peruspiirit, joissa arviointeja on viisi tai vähemmän

Lähde: Kotihoidon RAI tietokanta THL 2011, ajanjakso 1.4.-30.9.2010

Kotoa pois muuttamiseen oli halukkuutta lähes joka viidennellä (18%) säännöllisen kotihoidon asiakkaista. Asiakkaan omaa halu muuttaa pois kotoa oli varmuudella lähes 3%, asiakkaan ja hoivaajan näkemys pois muuttamisen paremmuudesta oli noin 10% pelkästään hoivaajan näkemys lähes 6%. Hoivaajan ja asiakkaan välinen näkemyseron oli johdonmukainen (kuvio 57).

Kuviosta 58 ilmenee asiakkaan ja häntä hoivaavan henkilön kotona-asumisen jatkamista koskevien näkemysten ja palvelutarpeen suhde. Asiakkaiden halukkuus siirtyä pois kotoa näytti liittyvän palvelutarpeeseen vain vähän tai ei lainkaan.



Kuvio 58. Asiakkaan olisi parempi asua muualla kuin kotona mielipiteen esittäjän ja palvelutarpeen runsauden* mukaan

*Palvelutarve on mitattu käyttäen Method for Assessing Priority Levels (MAPLe) luokitusta, missä asteikko on 1-5 ja yksi merkitsee erittäin vähäistä palvelutarvetta ja viisi erittäin runsasta

Lähde: Kotihoidon RAI tietokanta THL 2011, ajanjakso 1.4.-30.9.2010

Tilastolliset analyysit tehtiin kolmena eri analyysinä joista ensimmäinen käsitteli vain asiakkaan omaa käsitystä, toinen asiakkaan ja hoitajan yhteistä käsitystä ja kolmas vain hoitajan käsitystä siitä, että asiakkaan olisi parempi asua muualla kuin kotona.

6.4.2. Vain kotihoidon asiakkaan omasta mielestä olisi parempi asua muualla kuin kotona

Ensimmäinen analyysi koski pelkästään asiakkaita, jotka arvelivat voivansa paremmin muualla kuin kotona tilanteessa, missä hoivaajaa ei ollut tai jos oli, hän oli hoivattavansa kanssa eri mieltä. Muualle kotoa haluavat säännöllisen kotihoidon asiakkaat olivat yksinäisiä, masentuneita, ja kokivat terveydentilansa huonoksi. He käyttivät runsaasti turvapalveluja. Kotihoidon antama runsas aika oli suojeleva tekijä.

Kalenteri-illä, sukupuoliella, objektiivisesti mitatulla terveydentilalla, toiminnanvajauksella, muilla oireilla, kodin kunnolla tai hoivaajan olemassaololla tai hoivattavan kanssa asumisella ei ollut yhteyttä kotoa pois haluamiseen. Asiakkaan muualle muuttamisen halu oli pääasiallisesti palvelun tarpeesta riippumatonta kuten vuviosta 59kin ilmenee.

6.4.3. Sekä kotihoidon asiakkaan että hänen hoivaajansa mielestä asiakkaan olisi parempi asua muualla kuin kotona

Toinen analyysi koski niitä asiakkaita, jotka olivat yhtä mieltä hoivajansa kanssa siitä, että hoivattavan olisi parempi asua muualla kuin kotona.

Näitä "muualla parempi"-asiakkaita luonnehti palvelujen tarpeen määrä ja laajuus (kuvio 59) ja myös jossain määrin subjektiiviset elämykset tai kokemukset. Kotoa poishaluamisen todennäköisyys kaksinkertaistui tai lähes kaksinkertaistui jos:

- asiakas tarvitsi valvontaa tai apua yhdessä tai useammassa päivittäisissä toiminnoissa (pukeutumisessa, pesemisessä, liikkumisessa, wc-käynneissä, ja/tai syömisessä)
- asiakkaan älyllinen toimintakyky oli huonontunut arviointia edeltäneen 3 kk aikana
- asiakkaan omatoimisuus oli vähentynyt arviointia edeltäneen 3 kk aikana
- asiakas koki itsensä yksinäiseksi
- asiakas koki terveydentilansa huonoksi
- asiakkaan alkoholin käyttö ylitti kohtuuden

Lisäksi kotoa pois haluaminen liittyi masennusepäilyyn, epävakaaseen terveydentilaan tai kaatumistapaturmaan arviointia edeltäneen 3 kk aikana.

Aineellisen ja aineettoman ympäristön tekijät olivat myös merkittäviä kotoa pois muuttamisen halukkuutta lisääviä tekijöitä. Kolminkertainen tai lähes kolminkertainen kotoa pois haluamisen todennäköisyys esiintyi jos

- asiakas sai 9 tuntia viikossa tai enemmän kotihoidon aikaa
- asiakas oli ollut sairaalahoidossa arviointia edeltäneen 3 kk aikana
- omainen oli tyytymätön, kuormittunut tai kyvytön jatkamaan
- asiakas oli ollut lyhytaikaishoidossa omaisen levon vuoksi
- pesutilat olivat puutteelliset
- asiakas joutui tinkimään tarpeellisesta kuten ruuasta tai lääkkeistä vähävaraisuuden vuoksi

Kuitenkin - jos hoitava omainen oli puoliso, se suojeli kotoa poismuuttamishalukkuudelta.

Hoivattavan kalenteri-ikä ja se, oliko hoivaaja virallisesti omaishoitaja vai ei, olivat sairauksien, oireiden ja toimintakyvyn sekä kohtuuden ylittävän alkoholin käytön rinnalla merkityksettömiä.

Sen sijaan on mahdollista, että runsaan ulkopuolisen avun tarve sekä sairaalahoito- ja lyhytaikaishoitajaksojen aiheuttama taloudellinen lisäpaine saivat sekä hoivaajan että hoivattavan siihen ymmärrykseen, että olisi parempi asua muualla kuin kotona.

6.4.4. Vain hoivaajan mielestä hoivattavan olisi parempi asua muualla kuin kotona

Kolmas analyysi käsitteli niitä asiakkaita, joiden hoivaaja koki asiakkaan voivan paremmin muualla kuin kotona vaikka asiakas itse oli toista mieltä tai ei ottanut kantaa.

Hoivaajan "parempi muualla"-käsitystä luonnehti asiakkaan

- kohtuuden ylittävä alkoholin käyttö hoivattavilla, jotka eivät sairastaneet muistisairautta
- psykiatrinen sairaus hoivattavilla, jotka eivät sairastaneet muistisairautta
- vähintään keskivaikea kognition vaje
- avun tai valvonnan tarve yhdessä tai useammassa päivittäisissä toiminnoissa (pukeutumisessa, pesemisessä, liikkumisessa, wc-käynneissä, syömisessä),
- päämäärätön vaeltelu (sisältää eksyilyn)

- eristyminen (ei ole poistunut 3 kk aikana asunnostaan)
- Ulosteenpidätyskyvyttömyys vähintään kerran viikossa
- epävakaa terveydentila

Hoivaajan "parempi muualla"-käsitystä luonnehti lisäksi ympäristön tekijöistä

- hoivattavan laiminlyönnin tai kaltoinkohtelun epäily
- hoivaajan oma henkinen kuormittuminen
- keittön puutteellisuus
- pesutilojen puutteellisuus
- kotiin ja sieltä ulospääsyn esteellisyys
- runsas kotihoidon asiakkaalle antama aika
- suunnittelematon kotikäynti arviointia edeltäneen 3 kk aikana

Jos hoivaaja oli puoliso, se saattoi jossain määrin suojella kotoa poismuuttamishalukkuudelta.

6.4.5. Hoivattavan olisi parempi asua muualla kuin palvelutalossa

Kaikkiaan 9% niistä palvelutaloasukkaista, joilla oli joku hoivaaja piti palvelutaloa siinä määrin soveltumattomana, että arveli muualla asumisen olevan parempaa. Palvelutaloissa asuvien henkilöiden hoitoon osallistuvista omaisista tätä mieltä oli 7,3% ja asukkaista 5,5%. Muun paikan arveltu parempi soveltuvuus liittyi suurimman palvelutarpeen ryhmään palvelutaloissakin (MAPLe=5).

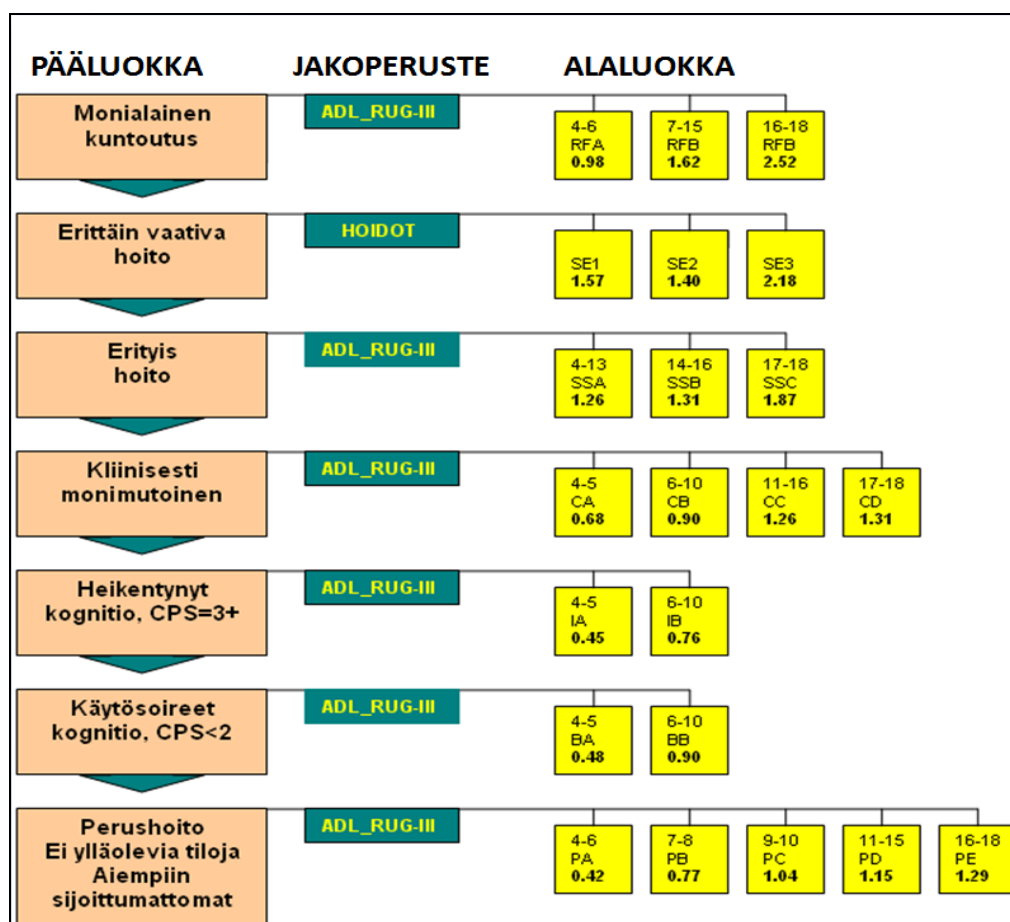
6.5. Kuormitus laitoshoidossa ja palvelutaloissa (ostopalvelut)

6.5.1 Kuormituksen mittaaminen ja kohdentuminen

Kuormitusta voi laitoshoidossakin mitata palvelutarpeen kautta. Tässä selvityksessä on kuitenkin käytetty RAI-järjestelmään sisältyvää kaksikymmentakaksiluokkaista Resource Utilization Groups -luokitusta (RUG III/22, missä henkilöstön ajan kohdentaminen on laskettu luokkiin valmiiksi.

RUG-luokitusta on kehitetty 80-luvulta asti pitkäaikaishoitoon maksujärjestelmän perusteeksi. Samalla kun asiakkaat luokitetaan keskenään samankaltaisiin ryhmiin, RUG-luokituksen avulla voidaan arvioida hoitohenkilöstön kullekin alaluokalle kohdentamaa aikaa. Henkilöstön suorittaman aikamittauksen avulla kullekin alaluokalle määritetään suhdeluku, missä ajamittauksen keskiarvo vakiodaan yhdeksi. Aikamittaus päivitetään sovituin välein, joka on yleensä 5-10 vuotta.

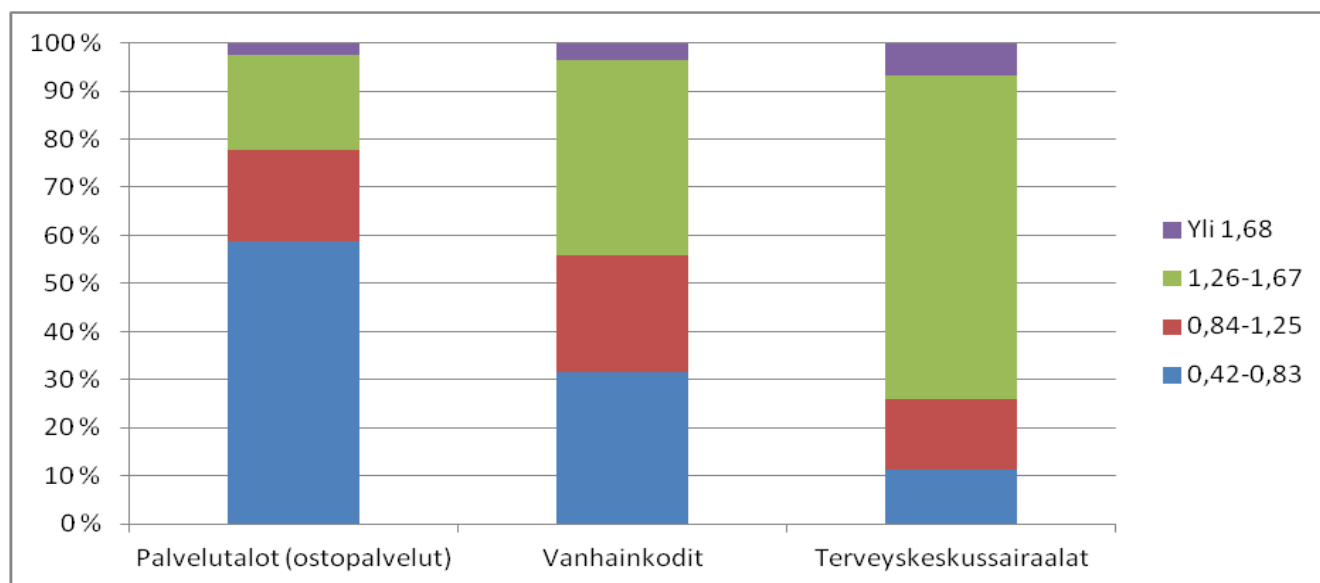
Kustannuspainoksi nimitetty suhdeluku kuvaa hoidon vaativuutta ja RUG III/22 luokitukseen liittyvä suhdeluku on 0,43-2,52, missä alaraja merkitsee 57% vähemmän aikaa tarvitsevaa kuin keskivertoasiakas ja 2,52 puolestaan 152% enemmän aikaa tarvitsevaa asiakasta. RUG-luokituksen rakenne ja kustannuspainon asteikko on kuvattu kuviossa 59.



Kuvio 59. RUGIII/22 luokituksen rakenne ja kustannuspaino alaluokittain

Lähde: Muotoiltu Fires ym.1994, Björkgren 2005

RUG-luokitukseen perustuva hinnoittelu on ollut käytössä Yhdysvalloissa vanhainkodeissa 90-luvun alusta ja sitä on Suomessa kokeiltu mm Oulussa ja Helsingissä.



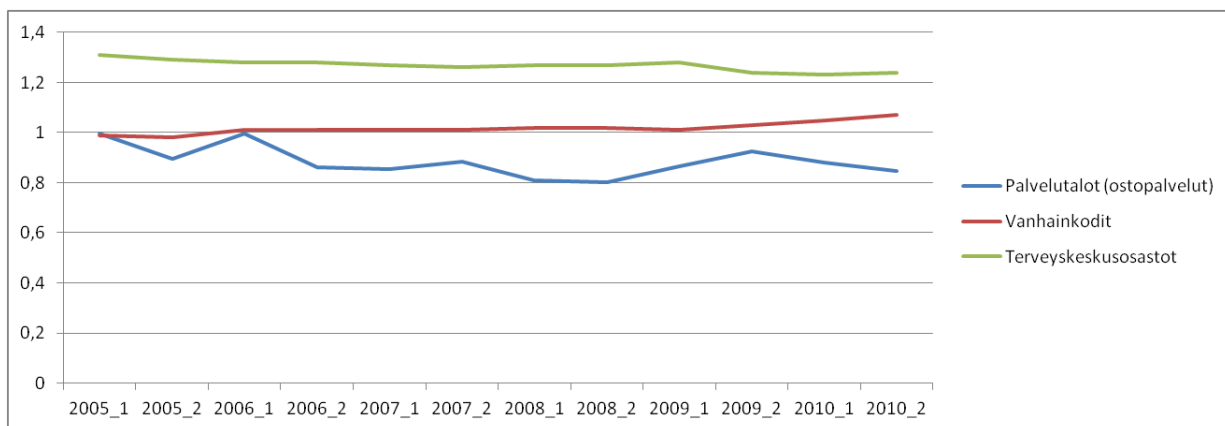
Kuvio 60. Kustannuspaino luokiteltuna vähiten aikaa tarvitsevan luokan kerrannaisina palvelutyypeittäin

Lähde: Laitoshoidon RAI tietokanta THL 2011, ajanjakso 1.4.-30.9.2010

Ympäri vuorokautista hoivaa antavien laitostyyppien välillä voi olla jopa nelikertaiset erot yksilöön kohdistuvan hoiva-ajan tarpeessa Helsingissä (kuvio 60). Lisäksi jokainen palvelutyyppi hoivaa avuntarpeeltaan hyvin kaikenlaisia asiakkaita. Tieto on hyödynnettävissä kilpailutuksessa, sen seurannassa ja palvelusetelitoiminnassa.

6.5.2 Kuormituksen suunta

Viiden vuoden kuormitusseurannassa näkyy laitoshoidon alkuperältään kahden erilaisen tason toisiaan lähenevä suunta. Ostopalveluvanhainkotien kuormitusaste on pysytellyt ennallaan (kuvio 61).



Kuvio 61. Kustannuspaino laitoshoidossa ja palvelutaloissa (ostopalvelut).

6.6. Pisimpään pitkäaikaishoitoa saaneet

6.6.1. Pisimpään laitoshoidon saaneet

Pisimpään laitoshoidon saanut kymmenesosa laitosasukkaista (n=215) oli asunut laitoshoidossa vähintään 7,5 vuotta (7,5 - 23,5 vuotta). He sairastivat muita useammin loppuvaiheen dementiaa ja psykiatrisia sairauksia kuten skitsofreniaa ja masennusta. He olivat lyhyemmän aikaa laitoksessa asuneita useammin naimattomia tai eronneita ja olivat akuuttisairaalan sijasta tulleet laitokseen kotoa tai psykiatrosasta sairaalasta. Heidän terveydentilansa ja toimintakykynsä olivat tasoltaan samankaltaiset kuin muilla asukkailla keskimäärin, mutta muutoksia oli vähemmän ja he saivat harvemmin fysioterapiaa. Vaikka lääkäri vieraili heidän luonaan yhtä usein kuin muidenkin luona, heidän lääkitystään muutettiin harvemmin.

Pisimpään laitoshoidon saaneiden kustannusten mittaluokka on merkittävä. Laskettuna maan keskimääräisen hoitopäivän kustannusten mukaan vuosituhat alussa (100 euroa), yhden henkilön hoivan kokonaiskustannukset olisivat inflaatiota huomioimatta jo 7,5 vuoden kohdalla niukat kolmesataa tuhatta euroa ja kaikkien kahdensadan viidentoista noin kuusikymmentä miljoonaa euroa ja laskettuna vuoden 2010 hintatason mukaan (Soini ym. 2011) yli sata miljoonaa euroa.

Summassa ei ole mukana hoitopäivän varaamisesta aiheutunut välillinen muiden hoidettavien pakkautuminen akuuttiosastoille tai erikoissairaanhoidon eikä hoitoa saaneiden mahdollisesti itse maksamaa osuutta.

6.6.2. Pisimpään omissa palvelutaloissa asuneet

Pisimpään kotihoitoa kaupungin omissa palvelutaloissa asunut kymmenesosa asiakkaista (n=125) oli ollut asukkaana vähintään 7,6 vuotta (7,6 - 32,9 vuotta). He olivat muiden palvelutaloasukkaiden kanssa muutoin samankaltaisia, mutta heillä oli harvemmin muistisairauden diagnoosi, he viettivät useammin aikaa yksin ja olivat 90-vuotiaita ytai sitä vanhempia.

6.6.3. Pisimpään säännöllistä kotihoitoa saaneet

Pisimpään kotihoitoa saanut kymmenesosa asiakkaista (n=472) oli ollut kotihoidon asiakkaana vähintään 6,3 vuotta (6,3 - 39,5 vuotta). Nämä henkilöt olivat verrokkeja useammin yli yhdeksänkymmentävuotiaita yksinäiseksi itsensä tuntevia kotiinsa eristyneitä henkilöitä, joiden käytös oli sosiaalisesti hämmennystä herättävää ja jotka sairastivat MS-tautia tai jotain psykiatrasta sairautta, mutta heillä oli verrokkeja harvemmin muistisairauden diagnoosi. Muilta osin he olivat lyhyemmän aikaa kotihoitoa saaneiden kanssa samankaltaisia.

6.7. Palveluseteli

6.7.1. Palveluseteli

Palvelusetelitoiminta kehitettiin Helsingissä vanhusten palveluasumisen rahoittamisvaihtoehdoksi pilotoimalla sitä vuonna 2006 ja voimaan se astui 2008.

Palvelusetelin tarve voi syntyä kun ympärivuorokautisen hoidon tarve on todettu Selvitys-Arviointi-Sijoittelu (SAS) prosessin yhteydessä tai henkilön muutettua yksityiseen palvelutaloon ja vaikka palvelutarve vuosien kuluessa olisi kasvanut, henkilöllä ei ole halua muuttaa kotoaan.

Palveluseteliä voidaan pitää julkisen vallan osarahoituksena kuntalaisen hankkiessa esimerkiksi siivouspalveluja, kotihoitoa tai hoivapalveluja. Sen tarkoituksena on lisätä asiakkaiden valinnan vapautta. Haastatellut korostivatkin sitä, että palvelusetelin tarkoituksena on ollut luoda nimenomaan ympärivuorokautiselle hoidolle vaihtoehtoja

Toiminnan alkaessa perusperiaatteena oli, että ympärivuorokautista hoitoa tarvitseva iäkäs saattoi ostaa arvoltaan korkeintaan 1500 euron setelillä hoivaa yksityisestä palvelutalosta, jonka piti kuitenkin olla kaupungin hyväksymä asumispalvelupaikka. Seteliarvo riippui tuloista periaatteella mitä pienemmät tulot sen suurempi seteli. Suurin seteli myönnettiin aluksi henkilöille, joiden nettotulot eivät ylittäneet 1600 euroa.

Nettotulosidonnainen setelin arvon porrastus jakoi haastateltujen mielipiteitä.

Palveluseteliasiakkaiden määrä toukokuussa 2011 oli 185 (ruotsinkieliset mukaan lukien), sillä ostettiin kuukauden aikana noin viisi ja puolituhatta asumisvuorokautta, joiden yhteiset menot kaupungille olivat noin 270 000 euroa, mikä merkitsi noin viidenkymmenen kolmen euron vuorokausimenoja per henkilö (Helsingin kaupunki, tietohuolto ja tilastoyksikkö 20.6.2011).

OSA III PITKÄAIKAISHOIDON RAJAPINNAT

7. HELSINGIN TERVEYSKESKUS

8. HELSINGIN SOSIAALIVIRASTO

9. HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPIIRI

7. HELSINGIN TERVEYSKESKUS

7.1. Terveyskeskuksen rakenne ja toiminta

Helsingin terveystieteiden keskus tuotti vuoden 2010 lopussa helsinkiläisille perusterveydenhuollon, psykiatrian, sisätautien, geriatrian, neurologian ja fysioterian erikoissairaanhoidon palvelut yli 90 toimipisteessä noin 8300 työntekijän voimin. Muu erikoissairaanhoidon palvelut ostettiin Helsingin ja Uudenmaan erikoissairaanhoidopiiriltä (Helsingin terveystieteiden keskuksen toimintakertomus 2010).

Helsingin terveystieteiden keskuksen organisaatio jakautui vuoden 2010 lopussa Hallinto- ja palvelukeskuksen lisäksi viiteen kliiniseen hallinnolliseen yksikköön

- Kaupunginsairaala (5 sairaalaa – myöhemmin 6)
- Psykiatria (5 psykiatrian klinikkaa, 1 sairaala))
- Terveystasemat (26 terveystasemaa)
- Kotihoito (6 palvelualueita)
- Suun terveydenhuolto (39 hammashoitola)

Näistä kotihoito on käsitelty muun pitkäaikaishoidon yhteydessä. Yhtensä kaupungilla oli 1485 omaa sairaansijaa.

7.2. Sairaalapalvelut

7.2.1. Hoito somaattisilla akuuttiosastoilla

Terveystieteiden keskuksen vuoden 2010 toimintakertomuksen mukaan varsinaisten somaattista sairaanhoidon tarjoavilla akuuttiosastoilla hoidetuista 40% oli täyttänyt 85 vuotta ja kolme neljästä oli täyttänyt 75 vuotta (73%). Kun tähän lisätään 65-74-vuotiaiden osuus (13,9%) voidaan todeta kaupungin oman sairaalahoidon kohdentuvan eläkeikäisiin (86%) ja heistä kaikkein vanhimpiin.

Taulukossa 20 on esitetty vuodeosastojen sairaansijat somaattisen sairaanhoidon osalta vuonna 2010.

Taulukko 20. Helsingin kaupunginsairaalan vuodeosastojen sairaansijat 2010

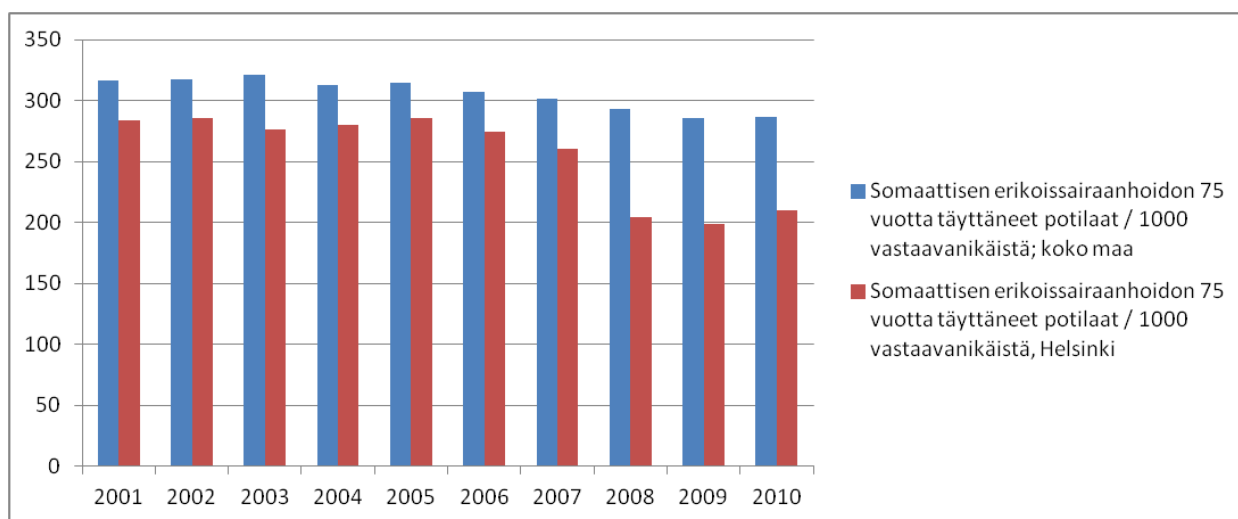
Akuuttihoito	506
Päivystys	202
Kuntoutus	131
Jatkokuntoutus (Suursuo)	260
Kotisairaala	93
Vuodeosastojen sairaansijat	1099

Lähde: Perusterveydenhuollon käynnit, vuosittainen 2010

Keskimääräinen hoitoaika kaupungin akuuttiosastoilla oli 26,7 päivää ja kotiutusprosentti oli 71,8. Akuuttiosastojen sairaansijojen lukumäärä oli laskenut viiden vuoden aikana 610 -

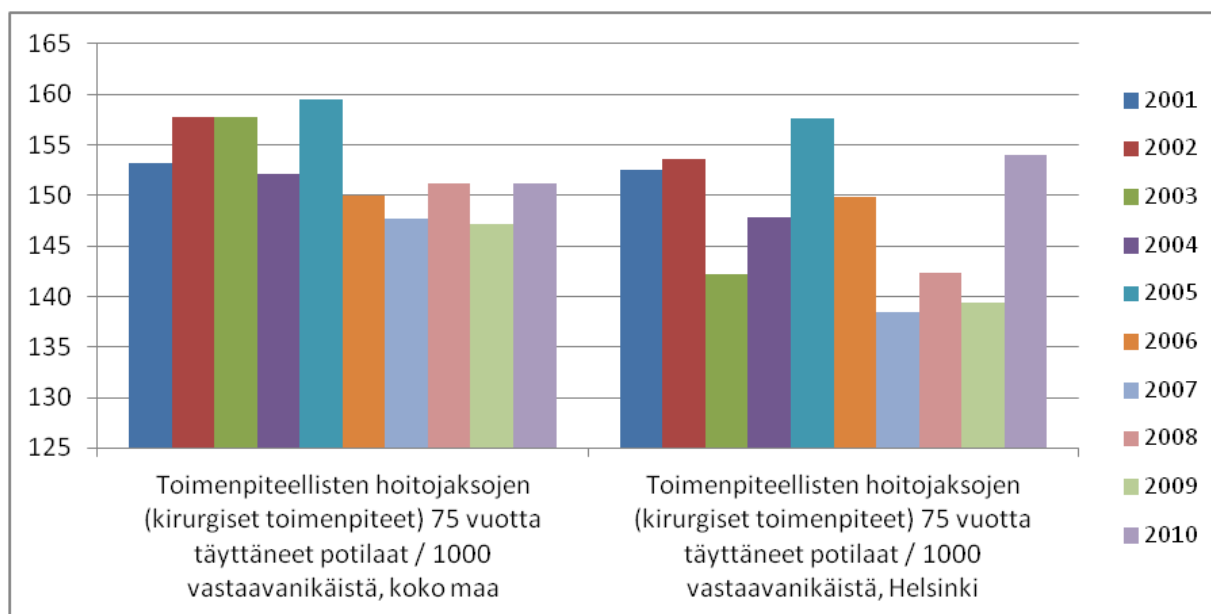
506 kun vastaavasti päivystyssairaanhoitojen määrä nousi 105 - 202. Samana ajanjaksona vuoden aikana hoidettujen henkilöiden lukumäärä on vähentynyt 20% akuuttiosastoilla ja keskimääräinen hoitoajan pituus tulopäivästä laskettuna oli kasvussa. Akuutissairaanhoitojen tarpeeksi haastatellut arvelivat noin 2,1-2,2% tuhatta 75-vuotiaasta kohti

Kuvio 62 osoittaa iäkkäiden somaattisen erikoissairaanhoitojen vähentyneen melko tasaisesti ja johdonmukaisesti kymmenen vuoden aikana. Luvut eivät sisällä psykiatrista sairaanhoitoa eivätkä terveyskeskuksen sairaalahoitoa.



Kuvio 62. Somaattisen erikoissairaanhoitojen 75 vuotta täyttäneet potilaat / 1000 vastaavanikäistä Helsingissä ja koko maassa.

Lähde Sotkanet, THL



Kuvio 63. Kirurgisten toimenpiteiden 75 vuotta täyttäneet potilaat / 1000 vastaavanikäisestä väestöstä Helsingissä ja koko maassa

Lähde Sotkanet, THL

Kuvion 62 esittämä muutos oli kaikkiaan suurempi Helsingissä kuin muualla maassa, mutta viimeisten vuosien aikana tilanne on ollut lähes vakaa. Vastaavanlainen muutos näkyy myös kirurgisten toimenpiteiden 75 vuotta täyttäneiden potilaiden lukumäärissä. Muutokset eivät kuitenkaan ole yhtä johdonmukaisia kuin erikoissairaanhoidossa (Kuvio 63).

Vähenemismuutos 75 vuotta täyttäneiden sairaalapalvelujen käytössä on löydettävissä myös muussa sairaalahoidossa kuin erikoissairaanhoidossa tai toimenpidevaltaisilla aloilla, mutta tämän vähenemän selittäjänä voi olla siinä määrin pitkäaikaissairaansijoissa tapahtuneet muutokset, että muutoksen suunta muiden kuin pitkäaikaishoidettavien osalta jää hämäräksi.

Kaupunginsairaalan oman näkemyksen mukaan sairaalan rooli on "sammuttaa tulipaloja", minkä sisältönä on valtaosin iäkkäiden potilaiden hoitaminen ja kuntouttaminen.

Odotukset kotihoidon toiminalla on, että siellä estettäisiin "tulipalon syttyminen". Kotiuttamisprosesseista ei esitetty toiveita.

Kotihoidon lääkäreiden kuulumista kaupunginsairaalaan pidettiin hyvänä ja erillisten lääkäreiden saamista arvokkaana, koska lääkäreillä arveltiin olevan paremmat mahdollisuudet kaupunginsairaalan alaisuudessa paneutua iäkkäisiin asiakkaisiin perusteellisemmin, esimerkiksi kotikäynneillä, kuin terveysasemalla. Toisaalta pulmallisena pidettiin kotihoidon kannalta sitä, että yksi ammattiryhmä (lääkärit) oli ulkoistettu ja siten vaarassa jäädä tiimin ulkopuolelle. Lääkärit nähtiin siltana kodin ja sairaalan välillä.

Kotiuttamisen todettiin vuosien varrella lisääntyneen ja SAS selvittelyjen vähentyneen. Enemmän ihmisiä menee kotiin. Kaupunginsairaalan omilla osastoilla ei ollut kotiutushoitajia. Samalla diagnoosilla uudelleen sairaalahoitoon tulevia arveltiin olevan iäkkäistä noin puolet.

Yhteistyössä HUS:n kanssa vaikutti olevan solmukohtia, joista merkittävimmät olivat siirtoviive, siihen liittyvät kustannukset sekä nopean hoitoon pääsyn turvaaminen. Sairaala-aluevision 2030 mukaan jako tullaan tekemään päivystäviin sairaaloihin ja kuntoutussairaaloihin. Tässä ajatellaan katsottavan kokonaisuutta myös sairaanhoitopiirin (HUS) osalta. Haastatellut kokivat HUS:n ajoin unohtavan olevansa Helsingin keskussairaala. Toisaalta Helsinki kyllä hoitaakin suuren osan alueensa sisätautien erikoissairaanhoidosta. Tällä rajapinnalla koettiin olevan tarkentamista.

Akuuttihoitoon jälkeisen hoidon osalta tärkeinä pidettiin hoitoketjun liikkuvuutta ja joustoa sekä välivaiheiden karsimista. Tärkeimpinä ketjuina pidettiin lonkka, kipu, palliaatio, muisti ja haava-nimikkeillä tunnistettuja ketjuja.

Rajapintojen mittavin kehittämiskohde oli potilasohjauksen, neuvonnan ja ylipäätään informaation perillemenon varmistaminen erityisesti silloin, kun kyseessä oli hallinnonalat ylittävä toiminta

Kaupunginsairaalan monipuolisuutta pidettiin houkuttavana tekijänä myös työmarkkinoilla.

7.2.2. Kotisairaala

Kotisairaalan käytössä oli 93 paikkaa, joiden käyttäjäkunta oli selkeästi sairaalaosastoilla hoidettua nuorempi. Vain 12% oli täyttänyt 85 vuotta ja joka kolmas oli täyttänyt 75 vuotta. Kaikkiaan 65 vuotta täyttäneitä oli vain 58% potilaista.

Haastattelujen mukaan ikääntyneet eivät olleet kotisairaalan varsinainen kohderyhmä vaikka heitäkin hoidettiin. Kotisairaalan työkenttänä olivat kotona hoidettavat akuutteisairaudet ja eräänä erityisenä painopisteenä oli saattohoito kotona. Yhteistyötä tehtiin kotihoidon henkilöstön kanssa erityisesti yöaikaan tarvittavien palveluiden osalta. Sekä kotihoito että kotisairaala pitivät tätä keskinäistä yhteistyötään toimivana. Haastateltujen mielipiteet jakautuivat koskien sitä, kannattaisiko kotisairaala ja kotihoito yhdistää.

7.2.3. Päivystys

Päivystyksen vuodeosastojen 202 paikalla hoidettujen potilaiden (taulukko 20) ikäjakauma oli puolestaan muiden vuodeosastojen kaltainen: joka kolmas oli täyttänyt 85 vuotta, 64% oli täyttänyt 75 vuotta ja 65 vuotta täyttäneet muodostivat 80% kaikista hoidetuista. Keskimääräinen hoitoaika oli 6,8 vrk ja kotiutusprosentti 73,5. Päivystyksessä hoitojakson pituus vanhimmilla on pisin.

Haastateltujen mukaan päivystyksessä hahmotetaan 75 vuotta täyttäneiden suuri osuus ja heidän erityistarpeensa aiempaa paremmin ja toimintaa on suunnattu toimintakykyä selvittävään suuntaan, mobilisaatiota painotetaan, hoitajia on koulutettu ja työntekijöiksi hankittu myös kotiutushoitaja ja fysioterapeutti. Kolme case manageria koettiin tarpeellisiksi kotiuttamisen tukena.

Geriatrinen asiantuntemus koettiin välttämättömäksi, koska valtaosa yleistilan äkillisestä heikkenemisestä tulee suoraan päivystykseen. Päivystys ei ruuhkaudu kävelykykyisistä vaan - kyvyttömistä potilaista, jotka useimmiten ovat iäkkäitä ja joita ei saada lähetettyä eteenpäin. Kotihoito koki päivystyksen paikkana, jonne asiakas lähetetään silloin kun kotihoito ei enää pärjää.

7.2.4. Kuntoutus

Kuntoutuksen varattujen sairaansijojen määrä oli kasvanut 56 - 131, minkä lisäksi Suursuon sairaalan paikat nähtiin kuntoutuksen voimavarana jatkossa. Kuntoutusosastojen keskimääräinen hoitojakson pituus oli 37,2 vrk ja kotiutusprosentti 76 (ilman Suursuota).

Aivohalvauskuntouksen osalta toiminta koettiin vakiintuneeksi, mutta traumakuntoutus, erityisesti lonkkapotilaiden kuntoutus oli pohdittavana ja kuntoutukseen liittyvä terminologia selvitettävänä.

Kuntoutumisen koettiin sujuvan keskimäärin hyvin, erityisesti mikäli hoitoon pääsy oli nopea. Kuntouttavan hoitotyön kehittämiseen on panostettu kaikkialla, mutta erityisesti kuntoutusosastoilla - ja fysioterapiaa lisätty. Tavoitteena oli saada terapiaa myös viikonloppuihin ja iltaan. Kuntoutuminen nähtiin prosessina missä lääketieteen osuus on alussa suurin ja prosessin mittaan vähenee, jolloin muiden ammattiryhmien kuin lääkäreiden ja fysioterapeuttien osuus kasvaa.

Terveyskeskuksen haastatellut kokivat sairaalahoidon jälkeisen kuntoutuksen kuuluvan sairaalaan. Sosiaaliviraston haastatellut painottivat hitaasti toipuvien valmiiksi tutkittujen sopivan paremmin vanhustenkeskuksiin lyhytaikaisyksikköihin.

7.2.5. Muistisairaiden diagnostiikka ja hoito

Muistipoliklinikat sijaitsivat erikoislääkärivetoisesti yhtenä kuntoutusalueen poliklinikoista., yksi kummassakin kaupunginsairaalaissa. Prosessin omistajuus oli haastateltujen mukaan kuitenkin osoitettu terveysasemille. Haastatellut pitivät muistipoliklinikoiden aloittamista ja

muistikoordinaattoreiden käyttöönottoa välttämättömänä väestön ikääntymiseen liittyvänä uutena toimintana, mutta ketjuissa arvioitiin olevan voimavaravajausta esimerkiksi monialaisen geriatrisen arvioinnin (GAK) mahdollistamiseksi tasapuolisesti.

Poliklinikan lääkärit konsultoivat myös vuodeosastoja.

7.2.6. Siirtoviive akuuttiosastoilta ympärivuorokautiseen hoitoon

Taso- ja sijoituspäätöksen saaneista henkilöistä, jotka jonottivat sosiaaliviraston ympärivuorokautiseen hoitoon, on pidetty säännöllistä tilastoa. Jonottajia oli vuonna 2010 vähimmillään 122 ja enimmillään 214 henkilöä, kun tilanne vuonna 2008 oli puolet suotuisampi (58 - 149 henkilöä) kuten vuotta aiemminkin (63 - 131 henkilöä). Kotiin ei jonotettu.

Palveluasumiseen jonotettiin keskimäärin 92 ja laitoshoitoon 60 päivää. Kaupunginsairaalaasta uloskirjauksen suurimpana ongelmana pidettiin sitä, että asumispalvelut eivät järjestyneet riittävän nopeasti. Potilaiden tilannetta pidettiin riittävän hyvin arvioituna ja arvioimisprosessia jopa pitkänä. Muissa kuin kaupunginsairaalan haastatteluissa esitettiin myös ajatus näiden perusteellisten tutkimusten ajoittumisesta liian myöhäiseen vaiheeseen, jotta iäkkäälle itselleen tai yhteiskunnalle olisi tutkimuksista hyötyä.

Siirtoviiveestä ympärivuorokautiseen hoitoon oltiin sitä mieltä, että vuonna 2007 tilanne oli hallinnassa "paisuntasäiliönä" toimivien sosiaaliviraston toipilas- ja kuntoutusosastojen vuoksi. Viisikymmentäpaikkaisen Kuntokartanon perustaminen sosiaaliviraston hallinnoimaan Kustaankartanon vanhustenkeskukseen on ollut useiden haastateltujen tahojen mielestä hyvä ratkaisu. Psykiatrisesti oireileville ympärivuorokautista hoitoa arveltiin olevan liian niukasti. Pitkäaikaipaikkojen nopea vähentäminen ja hallinnolliset muutokset vuoden 2010 alussa ovat haastateltujen mielestä olleet osasyynä akuuttiosastojen ruuhkautumiseen vuoden 2010 aikana verrattuna vuosiin 2008-2009.

Hoitokoordinaattoritoiminnan (3 henkilöä) perustamista kotiuttamisen tueksi pidettiin hyvänä ratkaisuna ja kotiuttamisprosessin omistajuutta pidettiin tärkeänä asiana. Hoitokoordinaattorien tehtävänä on tehostaa kotiutumista HUS:sta ja he onnistuvatkin tukemaan joka toisen edelleen akuutisairaalaan lähetettäväksi aiotun henkilön joko suoraan kotiin tai välillisesti Kuntokartanoon toipumaan ennen kotiutusta.

7.2.7. Pitkäaikaishoitoa saaneiden henkilöiden sairaalapalvelujen käyttö

Noin 5% yli kolme kuukautta pitkäaikaishoitoa saaneista laitosisaakkaista oli ollut sairaalahoidossa pitkäaikaishoitoon tulonsa jälkeen. He olivat muita laitosasukkaita nuorempia, useammin miehiä, joiden terveydentila oli epävakaa ja mieliala laskusuunnassa ja joiden lääkitystä lääkäri oli muuttanut vähintään kahdesti arviointia edeltäneen viikon aikana.

Ostopalveluiden palvelutaloissa yli kolme kuukautta asuneista henkilöistä kahdeksan prosenttia oli ollut sairaalahoidossa palvelutaloon muuttamisen jälkeen. Niillä, jotka olivat käyneet hiljattain sairaalassa, oli nelinkertainen todennäköisyys sairastaa sydän- ja verisuonitautia tai kantaa jotain resistenttiä bakteeria ja viisinkertainen todennäköisyys sairasta skitsofreniaa verrattuna niihin, joilla hiljattaista käyntiä ei ollut.

Omissa palvelutaloissa hiljattain sairaalassa käyneitä (3 edeltäneen kk aikana) yli kolme kuukautta palvelutalossa asuneita oli 14%. Heidän tilaansa luonnehti ei-sairaalassa käyneisiin verrattuna mielialan, toimintakyvyn ja painon lasku sekä kaatuminen.

Säännöllisen kotihoidon asiakkaista sairaalapalveluita hiljattain (3 edeltäneen kk aikana) käyttäneet olivat minkä tahansa ikäisiä miehiä tai naisia, joiden toimintakyky, mieliala ja paino olivat edeltäneen kolmen kuukauden aikana laskeneet ei-sairaalassa hoidossa olleita useammin ja he olivat verrokkeja useammin pidätyskyvyttömiä, kaatuneet ja sairastivat sydän- ja verisuonitauteja. Heidän luokseen oli verrokkeja useammin tehty suunnittelemaan käynti, heidän hoivaajansa oli uupunut, kodissa rakenteellisia ongelmia ja turvapalvelut käytössä, minkä lisäksi heillä oli virtsakatetrin tai haavan hoitoon liittyviä ongelmia.

7.2.8. Pitkäaikaishoitoa saaneiden henkilöiden päivystyspoliklinikkapalvelujen käyttö

Laitosasukkaista sellaisia päivystyspoliklinikan palveluita hiljattain käyttäneitä (3 edeltäneen kk aikana), joilla poliklinikalla käynti ei johtanut sairaalaan sisäänkirjaukseen oli noin 7%. Poliklinikalla käyneet laitosasukkaat sairastivat verrokkeja useammin syöpää tai insuliinidiabetestä. He olivat kaatuneet, he kärsivät keskivaikeasta tai sitä vaikeammasta kivusta laskevasta mielialasta useammin kuin muut.

Ostopalveluiden palvelutaloista poliklinikalla kävi kolmen kuukauden aikana noin 11%. Heidän ominaispiirteitään luonnehti kaatuminen, terveydentilan lasku ja lääkärin vähintään kahdesti viikossa muuttama lääkitys.

Omien palveluiden palvelutaloista poliklinikalla kävi kolmen kuukauden aikana noin 13%. Heilläkin kaatuminen terveydentilan ja mielialan lasku, murtumat sekä kaatuminen oli yleisempää kuin verrokkiasukkailla.

Säännöllisen kotihoidon asiakkaista 17% kävi kolmen kuukauden aikana päivystyspoliklinikalla. Useammin kuin verrokeilla heidän ominaispiirteissään korostuivat sydän- ja verisuonitaudit, kaatuilu, mielialan lasku, epävakaa terveydentila, kohtuutta runsaampi alkoholin käyttö ja keskivaikeaa vaikeampi kipu. Heidän sosiaaliset suhteensa olivat vähentyneet ja he kärsivät siitä.

7.2.9. Ajanvarauspoliklinikan käynnit

Ajanvarauspoliklinikoiden vuonna 2010 toteutuneesta 45 118 ajanvarauskäynnistä noin puolessa tapauksista kävijä oli 65 vuotta täyttänyt, mutta kaikkein vanhimpia oli vain 5,4%. Trauma- ja päivystyskäynneistä sen sijaan alle yksi kolmasosa (32,3%) tapahtui 65 vuotta täyttäneiden toimesta.

7.3. Terveysasemat

7.3.1. Terveysasemat

Toiminta toteutettiin 26 terveysasemalla. Toiminnan lääkäripeittävyys vaihteli asemien välillä ja heistä 18% oli maahanmuuttajataustaisia. Lääkärin vastaanottopalveluja käytti 222 ja terveydenhoitajan 225 tuhatta henkilöä. Jonotusaika terveysasemille oli 2-4 viikkoa, mitä pidettiin liian pitkänä. Tärkeimpänä kehittämiskohteena haastatellut pitivät hoitoon pääsyä ja puhelimeen vastaamista.

Väestön ikääntymisen aiheuttamat muutospaineet terveysasemien toiminnalle koettiin merkittäviksi pääasiassa siksi, että suuret ikäluokat ovat poistumassa työelämästä ja samalla työterveyshuollosta ja siirtymässä terveysaseman asiakkaiksi.

7.3.2. Terveysasemien rajapinnat

Terveysasemilla on paljon rajapintoja. Tärkein niistä on koti ja asiakkaan itsehoito. Parityöskentelyyn siirtyminen ja STM:n suosittaman "chronic care modelin" mukaisen vastuuhoidajan käyttöönottoa pidettiin tärkeinä toimintatapojen uudistamisasioina. Kroonisten sairauksien hoito ja jatkuvan laadun kehittäminen koettiin olevan hyvässä eteenpäinmenon vaiheessa ja innovatiivinen suunnittelu oli käynnissä. Työnjakoa henkilöstön eri ammattikuntien välillä oltiin tehostamassa ja kahteen kertaan tekemisestä pyrittiin järjestelmällisesti eroon. Perekäyttämistä pidettiin tärkeänä.

Etsivä työ on terveysasemien toimintaa, joka sivuaa mm. gerontologisen sosiaalityön etsivää osuutta. Seniorien terveystarkastuksia varten hyvinvointia edistävien kotikäyntien tueksi oli yhteistyössä luotu malli. Gerontologisen sosiaalityön ja terveysasemien edustajat olivat yhtä mieltä etsivän työn sudenkuopista, joista kustannustehottomuus ja kyvyttömyys saavuttaa riskihenkilöitä olivat merkittävimpiä. Molemmat osapuolet pitivät kohdennettua etsivää työtä perusteltuna.

Ikääntyneiden kannalta kaupunginsairaalan ja sosiaalityön rajapintoihin kuului huolellisesti ja laajassa yhteistyössä laadittu muistipotilaan hoitopolku, mitä pidettiin hyvänä. Terveysasemat seuraavat lievän muistivajauksen. Muistisairaana ja puolison omahoitovalmennuksesta ja varhaisesta kuntoutuksesta on tekeillä toimintamalli ja meneillään pilotti, missä katsotaan omaisen masennusta ja uupumusta hänen tilansa tarkemmaksi arvioimiseksi.

Muistikoordinaattoreiden olemassaolon koettiin jäsentävän toimintaa. Muistisairauksien ohjelmaa on alettu valmistella. Monisairaana potilaan hoitomalli on myös valmis ja 75 vuotta täyttäneellä hoitajan osuus korostuu. Toinen rajapinta kaupunginsairaalan kanssa oli päivystys. Työnjakoa pidettiin selkeänä ja toimivana paitsi joidenkin palvelutalojen suhteen.

Työnjakoa koskevia päätöksiä koettiin tarvittavan erityisesti niiden palvelutalojen asukkaiden suhteen, joihin asiakas oli muuttanut omaehtoisesti ja raihnutunut siellä vuosien mittaan. Selkeää päätöksentekoa ja työnjakomallia kaivattiin muillakin tahoilla kuin terveysasemilla sen selventämiseksi, kenellä on näiden henkilöiden hoitovastuu, terveysasemalla, palvelutalolla vai kotihoidon järjestämällä lääkäriä.

8. HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPIIRI

8.2.1. Päivystys

HUS päivystyksen pääasiallinen osaamisalue on muualla kuin ikääntyneissä. Nykyistä nopeampi ja mielekkäämpi iäkkäiden akuuttihoito on mahdollinen. Tiedonsiirto kaupungin ja HUS välillä ei täysin ongelmaton erilaisten tietojärjestelmien vuoksi. Kotiutusohitajat on koettu tarpeellisiksi. Heidän tehtävänsä on tuntea kunnan järjestelmä ja mahdollisuudet. Heitä tarvitaan myös viikonloppuisin.

lökkään päivystyspotilaan oheissairauksien merkitystä ei aina osata tai ehdota selvittää kiireisessä päivystystilanteessa. lökkään yleistilan lasku pitäisi selvittää aina viiveettä -mikä kuitenkin vielä ole haastatellun mukaan (haastatteluajankohtana) arkipäivää.

8.2.2. Siirtoviive

Siirtoviive HUS:sta oli yhteensä 5729 päivää (vaihteluväli 278-696 päivää/kk) vuonna 2010. Se oli kasvanut edellisestä vuodesta merkittävästi. Se oli useita satoja vuorokausia suurempi kuukautta kohti kuin aiemman kahden vuoden aikana.

9. MUIDEN TYÖNTEKIJÖIDEN NÄKEMYKSET RAJAPINNOISTA

Muiden työntekijöiden näkemykset pitkäaikaishoidon rajapinnoista on sisällytetty aiemmin esitettyihin lausumiin ja tiivistelmään

OSA IV YHTEENVETO, PÄÄTELMÄT JA AVAUKSET

YHTEENVETO JA POHDINTA

Vanhenemiseen varautuva kaupunki-selvitys tehtiin 1.4.2011- 8.2.2012 välisenä aikana. Sen tavoitteena oli kartoittaa iäkkäiden hoidon ja palveluiden nykytila Helsingissä sekä tarjota tietoon ja näyttöön perustuvia kestäviä ja toteuttamiskelpoisia asiakaskeskeisiä ehdotuksia palvelujen järjestämiseksi seuraavan kymmenen vuoden ajaksi. Ehdotukset sovittiin esitettäväksi eritasoisina avauksina, joiden pohjalta haluttaessa voidaan rakentaa kehittämisprojekteja.

Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimen palvelut oli selvitystä aloitettaessa organisoitu erillisiin virastoihin. Selvityksen kuluessa ne päätettiin yhdistää 2013.

Selvityksen vertailuvuodeksi valittiin 2010, koska tästä ajankohdasta oli selvitystä aloitettaessa saatavissa myös valtakunnallisia vertailulukuja. Selvityksen tiedonkeruuseen käytettiin kaupungin omia tietoja ja selvityksiä, THL:n hallinnoimia Sotkanet- ja RAI tietokantoja sekä henkilöstön haastatteluja.

Väestön ja asumisen nykytila

Kuusikymmentä viisi vuotta täyttäneen väestön kasvu kohdistui ennusteiden mukaan seuraavien vuosikymmenien aikana vanhimpiin ikäluokkiin ja tapahtui eri tahtiin ja eri suuntiin eri perus- ja suurpiireissä. Samalla kaupunginosien välisten erojen ennustettiin kasvavan.

Esimerkkinä omaan tapaansa vanhenevasta kaupunginosasta on Vuosaari, missä väestön vanheneminen ja sairastuminen esimerkiksi muistisairauksiin haastaa prosessin nopeuden ja asukkaiden kielisyyden vuoksi koko kaupunkisuunnittelun ja lähipalvelurakenteen tukemaan iäkkään väestön kotona asumista jo tämän kymmenen vuoden aikana.

Katseltaessa kaupunkia muistisairaiden ja raihnaiden iäkkäiden silmin, kotona asumisen turvaaminen edellyttää nykyistä tehokkaampaa heidän tarpeidensa mukaista liikenteen ja asumisen suunnittelua. Esteettömän asumisen ja lähiympäristön lisäksi tarvitaan liikenteen ja toimivien lähipalveluiden (posti, pankki, apteekki, kauppa) turvaamista. Iäkästä väestöstä asuu yhä hissittömissä taloissa, eikä jaksakaan liikkua ulkona levähdyspenkkien puuttuessa.

Tarvitaan iäkkään väestön omatoimisuutta tukevia toimenpiteitä ja apua tuottavien voimavarojen täysimittainen käyttöönotto.

Helsingin voimavaroina tunnistettiin

- Iäkkäiden väestöryhmän koheneva koulutustaso
- Eläkkeelle siirtyvien hyvävoimaisten henkilöiden suuri lukumäärä.
- Nuorten, usein opiskelemaan Helsinkiin tulleiden, 18-29-vuotiaiden suuri osuus riippumatta opiskelualasta,
- Kasvava lukumäärä kahdesta tai useammasta henkilöstä koostuvia sellaisia asuntokunta, missä vähintään toinen on täyttänyt 75 vuotta
- Tieto ja tietovarannot, tietotaito sekä yhteistyö

Pitkäaikaishoidon nykytila

Helsingin pitkäaikaishoito koostui säännöllisestä kotihoidosta, ostopalvelu- ja omana toimintana tuotetusta palveluasumisesta sekä laitoshoidosta. Laitoshoidon tuotettiin ostopalveluina (vanhainkodit) sekä omana tuotantona vanhustenkeskuksissa, joista osa oli muuttumassa palveluasumiseksi osin tai kokonaan ja osa oli entisiä terveyskeskussairaaloita.

Pitkäaikaishoidon rakenne oli kallis ja laitosvaltainen vaikka muutos oli tapahtumassa STM:n suosittamaan suuntaan, oltiin muuta maata jäljessä. Omaishoito oli vertailulukujen perusteella ja laskennalliseen potentiaaliinsa nähden tarpeettoman vähäistä.

Pitkäaikaishoidon tärkein sairausryhmä oli muistisairaudet. Arjen ymmärtämisvaikeuksia oli 40-80% kotihoidon, palveluasumisen ja laitoshoidon asiakkaista. Muistisairauksien osuus oli kasvussa koko pitkäaikaishoidossa. Kymmenen prosenttia laitoshoidon asukkaista oli ollut asukkaana 7,5 vuotta tai kauemmin. Heidän nykytilaansa luonnehti loppuvaiheen dementia tai pitkäaikainen psykiatrinen sairaus. Kymmenen prosenttia kotihoidon asiakkaista oli saanut palvelua 6,3 vuotta tai kauemmin. Ympäri vuorokautisen hoidon asiakkaista noin joka kymmenes toivoi takaisin kotiin ja kotiutusta suunniteltiin noin kuudelle prosentille asukkaista. Hyvällä kotihoidolla tulevaisuuden pitkäaikaishoito kohdentuu tarkemmin elämän loppupäähän ja osa voimavaroista vapautuu.

Pitkäaikaishoidon asiakkaat olivat kaikissa palvelutyypeissä samankaltaisia sairauskirjoltaan ja tarpeiden tyypiltään, mutta kunkin palvelutyyppin sisällä erot henkilöstövoimavarojen tarpeessa olivat nelinkertaiset, vaikka ero palvelutyyppien välillä oli kapenemassa ja samalla palvelun porrastukseen liittyvä kustannustehokkuus oli katoamassa.

Ikäihmisten "pakko" muuttaa voimien muuttuessa oli tämän järjestelyn ansiosta vähenemässä. Koko palvelujärjestelmä eli nopeaa rakennemuutosta, missä henkilöstö kuitenkin oli kyennyt turvaamaan hoidon laadun myönteisen kehityksen kaikissa palvelutyypeissä.

Säännöllisen kotihoidon asiakasrakenne oli muuhun maahan ja kansainvälisesti verrattuna kevyehkö, henkilöstön sairaanhoitajamitoitus matala ja toiminta vastasi runsaasti apua tarvitsevien asiakkaiden tarpeisiin niukasti ja epäsystemaattisesti. Palvelu jakautui suurpiirien välillä oikeudenmukaisesti.

Säännöllisen kotihoidon asiakkailla henkilöstön työaika jakautui asiakkaiden palvelutarpeista riippumattomalla tavalla lukuun ottamatta lähihoitajia, joiden työaika kohdentui jonkin verran enemmän paljon-, kuin vähän apua tarvitseviin. Ne säännöllisen kotihoidon asiakkaat, joilla oli tukihenkilö tai hoivaaja, saivat hieman enemmän kotihoidon henkilöstön aikaa kuin yksinasuvat ja vailla tukihenkilöä olevat.

Huonokuntoisten säännöllisen kotihoidon asukkaiden kotona asumisen mahdollisti omaishoitaja tai muu apua antava läheinen (hoivaaja). Paine laitoshoidon järjestämiseksi tuli heidän taholtaan. Vain 3% huonokuntoisista kotihoidon asukkaista halusi kotoa pois ja tuolloinkin tärkeimmät syyt olivat yksinäisyys masennus ja turvattomuus. Hoitavan omaisen näkemys muualla asumisen paremmuudesta selitti 16% kaikkien asiakkaiden muualle hakeutumisen paineesta. Kotona asumisen turvaamisen edellytys on omaishoitajien nykyistä parempi tukeminen.

Laitoshoidon kehittäminen edellyttää asiakkaiden voimavarojen tukemista, kuntoutusta ja uloskirjauspotentiaalin tunnistamista. Hoitajajohtoinen kuntoutumista ja voimaantumista

edistävä hoitotyö on tuottanut mitattavissa olevia tuloksia (RAI-palutteen, Riistavuoren monipuolisten vanhustenkeskusten pilotti 2011). Pitkäaikaissairaiden poliklinikka- ja sairaalapalveluiden käyttöä voi vähentää kehittämällä kotihoidon geriatriasta osaamista vielä nykyisestä.

Palvelusetelitoiminta oli aloitettu 2008. Sen hyödyntäminen kilpailutuksessa ja kaupungin palvelujen suunnittelussa oli hyvässä alussa mutta edellyttää vielä kehittämistä.

Tulevaisuuden suunnittelua varten oleellisin tieto on se, että:

- pitkäaikaishoidon asiakkaat sairastavat lisääntyvästi muistisairauksia. Muistisairaiden kotona asuminen lisääminen vähentää laitoshoidon tarvetta
- pitkään laitoshoidossa asuneet terveydentilaltaan ja toimintakyvyltään vakaat asukkaat varaavat yli kymmenesosan laitoshoidon mahdollisuuksista tukea palveluketjujen liikkumista. Ympäri vuorokautisen hoidon kohdentuminen elämän loppuvaiheeseen lisää tämän palvelutyyppin kapasiteettia ja samalla hoitoketjun toimintaa.
- laitoshoidon ja palveluasumisen kustannustehokkuutta on mahdollista tehostaa nykyisestä turvautumalla palvelutarpeen systemaattiseen arviointiin. Tähän perustuva hinnoittelujärjestelmä mahdollistaa kilpailutuksen tehostamisen.
- säännöllisen kotihoidon asiakaskunnasta viidennes oli kevythoitaisia
- kotihoidon toiminnan kohdentuminen omaishoidon ja hoitoketjujen tueksi oli riittämätön. Kotihoidon lääkäriresurssit ovat kohtuulliset, mutta hoitohenkilöstön sairaanhoitaja- ja lähihoitajamiehitys kaipasi vahvistusta
- omaishoidon tuntuva tehostaminen on mahdollista ja välttämätöntä, mutta edellyttää laajojen systemaattisten asiakaskesteiden tukijärjestelmien rakentamista.

Pitkäaikaishoidon rajapintojen nykytila

Kaupunginsairaalan akuuttiosastojen potilaat olivat iäkkäitä ja osastot ruuhkautuneita. Pitkähkön keskimääräisen hoitoajan (27vrk) taustalla vaikutti sekä sosiaalivirastoon suuntautuva ja että HUS:sta tuleva siirtoviiveen paine. Se oli vuonna 2010 aiempia vuosia suurempi. Osasyynä haastatellut pitivät pitkäaikaishoidon paikkamäärissä tapahtuneita vähennyksiä.

Kotisairaalan ja kotihoidon yhteistyö toimi, mutta sen mahdollisuuksia oli hyödynnetty vain vähän.

Kaupungin omaa ja HUS:n päivystystä oli tuettu kotiutusta tehostavilla hoitokoordinaattoreilla, joiden avulla toimintaa oli tehostettu. Lisäksi oman päivystyksen toiminnassa oltiin kehittämässä iäkkäiden päivystyksen sisältöä.

Terveysasemien yhteistyössä muiden kanssa suunnittelemat hoitopolut (muistisairaat, monisairaat) ja työtehtävien uudelleen organisointi tukivat vanhuuteen varautumista. Etsivä toiminta ja yhteistyö sosiaalityöntekijöiden kanssa oli tunnistettu ja aloitettu.

Hahmottumatonta oli yhteistyö yksityisten palvelutalojen ja heidän raihnastuvien sellaisten asukkaiden kanssa, joita ei ollut arvioitu ja jotka käyttivät ennalta arvaamattomasti julkisia palveluja. Yhteisymmärrys kotihoidon ja lääkäripalveluiden järjestäjätahosta edellyttää selventämistä.

Tulevaisuuden suunnittelua varten oleellisin tieto pitkäaikaishoidon rajapinnoista on se, että:

- kaupungista puuttui systemaattinen hallinnonalat ylittävä johtaminen ja päätöksenteko ja niiden toimeenpano.
- Tiedonkulun puutteellisuus ilmeni hallinnonalojen toisilleen vastakkaisina päätöksinä, keskenään yhteen sopimattomina tietojärjestelminä, useina päällekkäisinä kehittämisprojekteina ja epäjohdonmukaisena potilas- ja asiakasinformaationa. Kaikki nämä tekijät aiheuttivat ylimääräisiä kustannuksia ja murensivat kaupungin imagoa laadukkaana toimijana.
- Kaupungin akuuttisairaaloiden ruuhkautumisen estämisen ja ennakoinnin tulee lyhentää keskimääräistä hoitoaikaa tavoitteeseen 14 vrk. Toipuminen tapahtuu kotona, kuntoutus tai toipilasosastolla.
- Tietoon ei tullut aiempia selvityksiä siitä, millä edellytyksillä ruuhkia voitaisiin purkaa kotihoitoon
- Kaupungin voimavarana oli innovatiivinen sitoutunut henkilöstö ja "ajan hermolla" oleva kehittämistoiminta, mihin liittyi myös voimavarojen haaskausta yhteisen päätöksentekoprosessin puuttuessa
- Kolmannen sektorin osuuteen ei puututtu tässä selvityksessä ja sen voimavarat ovat tarkentamatta

Selvitykset rajoitukset

Käytettävänä ei ollut väestöpohjaisia tietoja. Kaikki analysoidut aineistot ovat valikoituneita. Eniten tietoa tarvittaisiin iäkkäiden ja työikäisten omaishoitajien tarpeista sekä palvelujen ulkopuolelle jääneiden iäkkäiden ryhmästä. Käytettävissä ei ollut tiloja tilapäisten kotihoidon asiakkaiden tarpeista.

Aika ei sallinut palvelukeskustoiminnan analysointia.

PÄÄTELMÄT JA AVAUKSET

1. Sosiaali- ja terveyspalveluiden päätöksentekoprosessit ja niiden johtaminen saatetaan kuntoon. Prosessit selkiytetään ja työnjako vahvistetaan, minkä jälkeen on mahdollista parantaa informaation kulkua hallinnonalojen ja työntekijöiden välillä sekä asiakkaille. Lisäksi työn vaikuttavuutta voidaan seurata yhteismitallisesti.
2. Tietojärjestelmät tulee saattaa yhteensopiviksi
3. Kotihoito tekee annetuissa raameissaan hyvää työtä. Nyt sen roolia tulee selventää ja syventää. Sen tulee kyetä tarjoamaan ympärivuorokautista hoitoa (enemmän kuin yöpartiot) osalle säännöllisen kotihoidon asiakkaista. Vaikka kotihoidon käyntien kustannukset kipuavat ympärivuorokautisen hoidon tasolle noin neljännen päivittäisen käynnin jälkeen, kustannuksia kannattaa tarkastella säästyneinä siirtoviivepäivinä ja tehostuneena akuuttisairaanhoidona kaupungin sairaalassa.

- Aidon ympärivuorokautisen kotihoidon järjestäminen edellyttää voimavarojen lisäämistä kotihoitoon. Henkilöstöresursseilla tulee turvata lääketieteellinen arviointi ja hoito ja kuntoutus (lääkäri, fysio- ja toimintaterapeutti, sairaanhoitaja ja lähihoitaja) ja mallina käyttää kotisairaalaan resursointia.
 - Toiminta kannattaa kohdentaa sairaalasta kotiutuvien ja hoitokoordinaattoreiden tueksi, jotta päivystyksestä ja sairaalasta voidaan kotiutua nykyistä tehokkaammin. Toinen tavoite on ehkäistä päivystyskäyntejä selvittelemällä yleistilan laskun syitä kotona.
 - Asiakkaiden valintaan käytetään sellaisia arviointimenetelmiä joiden avulla tunnistetaan kuntoutumisen ja toipumisen potentiaali sekä asiakkaan omaisten ja muun ympäristön voimavarat.
4. Varsinaisen kotihoidon ulkoistamiseen ja kilpailuttamiseen liittyy nykyisellään uhkatekijöitä (tässä ei tarkoiteta tukipalveluja). Kotihoito on palveluketjujen solmukohta sekä kotona asumisen aidon mahdollistamisen että palveluketjujen sujuvuuden kannalta. Sen hallinta kannattaa pitää kaupungin ohjauksessa. Vanhustenkeskusten toipilasosastojen käyttöä hoitoketjujen tukena pitää nykyisestäkin tehostaa.
 5. Kotihoidon kevythoitaisimpien asiakkaiden siirtäminen tilapäisiksi ja sitä kautta terveysaseman asiakkaiksi on välttämätöntä, jolloin noin 5-10% säännöllisen kotihoidon voimavaroista vapautuu sairaalasta kotiutuneiden ja akuuttitoiminnan tukemiseen. Terveysasemien ja gerontologisen sosiaalityön kannattaa kohdentaa etsivää työtä ja siihen liittyvä turvaverkko kotihoidosta siirrettyjen tueksi. Puuttuva kotihoidon resursointi kanavoidaan asteittain laitoshoidon vähennyksestä.
 6. Hoitoon pääsy kriteerit kannattaa tarkistaa uusien tavoitteiden mukaisiksi.
 7. Hoitoketjujen ja tiedonsiirron turvaamiseksi kotihoidon ja kaupunginsairaalan akuuttiyksiköiden ja kuntoutus- tai toipilasyksiköiden kannattaa kuulua samaan alaorganisaatioon.
 8. Asumispalveluiden kuten palveluasumisen nykyistä laajempi jopa kokonaisvaltainen kilpailutus on harkinnan arvoista asiakkaan valintamahdollisuuksien lisäämisestä, mutta myös kustannussyistä.. Kaupungin kannattaa pohtia halutaanko tulevaisuudessa olla tilaaja vai tuottaja. Nykyisten laadun seurantajärjestelmien avulla kilpailutettujen hoidon laatua ja kustannusvaikuttavuutta voidaan seurata tehokkaasti ja luotettavasti vuosittain tai puolivuositain.
 9. Pitkäaikaishoidon asiakkaiden välillä on 4-5-kertaiset erot voimavarojen vaativuudessa laskettuna kotihoidon kaikkein vähimmästä palvelun tarpeesta laitoshoidon suurimpaan. Palvelusetelin arvoa kannattaa peilata ensisijaisesti palvelutarpeeseen siten, että ympärivuorokautinen hoitokin jyvitetään tähän tarpeeseen ja vasta toissijaisesti tuloihin tai varallisuuteen.
 10. Lisäresursointia edellyttävä kohde on omaishoito. Omaishoitajien aseman ja terveydentilan vahvistamiseksi ja terveysasemien työtaakan vähentämiseksi heidän siirtämistään työterveyshuollon asiakkaiksi kannattaa harkita. Sosiaalityön kehittämää "tuuraajatoimintaa" kannattaa jatkaa värväämällä systemaattisesti opiskelijoita ja eläkkeelle siirtyneitä tähän toimintaan. Toiminta edellyttää hyvää perehdytysohjelmaa.

11. Laitoshoidon vähentämistä voidaan vielä joitakin vuosia jatkaa. Nykyinen volyymi on laskennallisesti riittävä vielä 2020. Monipuoliset vanhustenkeskukset vähentävät kaikkein sairaimpien segregatiota ja niiden avulla voidaan lisätä eri ikäryhmien integraatiota sekä heidän mahdollisuuksiaan monipuoliseen liikuntaan ja kulttuurielämään. Monipuolisten vanhustenkeskusten toiminnan vaikuttavuutta ja kustannustehokkuutta voidaan mitata ja seurata RAI-järjestelmän avulla. Mikäli toiminnassa hyödynnetään systemaattisen palvelutarpeen arvioinnin suomaa etua kohdentaa hoiva asiakkaan tarpeen mukaan, voidaan kustannukset ja hinnoittelu kohdentaa vastaavasti. Monipuoliset vanhustenkeskukset saattavat olla alueellisen kehittämisen kulmakivi tilanteessa, missä muistisairaiden kotiin tukeminen on palvelujärjestelmän sujuvuuden elinehto

LÄHTEET

1. Alanen H.M. Antipsychotic use among older persons in long-term institutional and home care. Academic dissertation 2001. Acta Electronica Universitatis Tampereensis 671. ISBN 978-7138-4 (pdf) ISSN1456-954X.
2. Andersen RM. National health surveys and the Behavioral Model of Health Services Use. *Medical care* 2008; 46(7):647-53.
3. Apuvälineet ja dementia Pohjoismaissa. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä 2008
4. Auchincloss AH, Van Nostrand JF, Rosanville D. Access to health care for older persons in the United States: personal, structural, and neighborhood characteristics. *Journal of aging and health* 2001;13(3):329-54
5. Agüero-Torres H, von Strauss E, Viitanen M, Winblad B, Fratiglioni L.. Institutionalization in the elderly: the role of chronic diseases and dementia. Cross-sectional and longitudinal data from a population-based study, *Journal of clinical epidemiology* 2001; 54(8): 795–801.
6. Avila-Funes JA, Helmer C, Amieva H, *et al.* Frailty among community-dwelling elderly people in France: the three-city study. *J Gerontol A Biol Med Sci* 2008; 63:1089-96.
7. Backes GM, Lash V, Reimann K (Eds). *Gender, health care and ageing. European perspectives on life course issues and social challenges.* Wiesbaden 2006.
8. Basta NE, Matthews FE, Chatfield ME, Brayne C. Community-level socio-economic status and cognitive and functional impairment in the older population *European Journal of Public Health* 2007;(18)1:48–54
9. Björkgren, M. 2005. RUG. Teoksessa A. Noro, H. Finne-Soveri, M. Björkgren. ja P. Vähäkangas (toim.) *Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus – RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä.* Stakes. Helsinki.
10. Björkgren, M.A., Fries, B.E. & Shugarman, L.R. 2000. A RUG-III case-mix system for home care. *Canadian Journal on Aging* 19 (2), 106-125.
11. Björkman M, Tilvis R, Sund R. Kävivätkö ennusteet toteen. *SLL* 2006;43(61):4493-7.
12. Buerhaus PI, Staiger DO, Auesbach DI. Implications of an aging registered nurse workforce. *JAMA* 2000; 283:2948-54.
13. Burrows AB, Morris JN, Simon SE, Hirdes JP, Phillips CD. Development of an MDS-based Depression Rating Scale for use in nursing homes. *Age and Ageing* 2000; 29: 165-172.
14. Carpenter GI, Gambassi G, Topinkova E, Schroll M, Finne-Soveri H, Henrard J-C, Garms-Homolova V, Jonsson P, Frijters D, Ljunggren G, Sörby LW, Wagner C, Onder G, Pedone C, Bernabei R. Community care in Europe. The Aged in Home Care project (AdHOC) *AGING Clin Exp Res* 2004;16:259-269.
15. Carpenter GI, Morris J, Ikegami N, Hirdes J, Topinkova E. Standardised Assessment for community care - field testing RAI-HC. *Age and ageing* 1997;26(3S):23
16. Carpenter GI, Teare GF, Steel K, Berg K, Murphy K, Björnson J, Jonsson PV, Hirdes JP. A new assessment for elders admitted to acute care: reliability of the MDS-AC. *Ageing* 2001;13(4):316-30
17. Chen CY, Wu SC, Chen LJ, Lue BH. The prevalence of subjective frailty and factors associated with frailty in Taiwan. *Arch Gerontol Geriatr* 2010;50:S43-7.(HANKI)
18. Deloitte & Touche Oy. *Sosiaali- ja terveystoimen kokonaisselvitys. Loppuraportti 2011 (pdf).*
19. Einiö, E. Determinants of Institutional Care at Older Ages in Finland. *Finnish Yearbook of Population Research XLV 2010 Supplement.* ISBN 978-952-226-047-5 (PDF)
20. Ensrud KE, Ewing SK, Taylor BC, *et al.* Comparison of 2 frailty indexes for prediction of falls, disability, fractures, and death in older women. *Arch Intern Med* 2008;168:382-9.
21. Finne-Soveri H, Björkgren M, Vähäkangas P, Noro A, Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu - RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes. Vaajakoski 2006
22. Finne-Soveri H, Helameri T, Noro A, Peiponen A ja Rautio M. *SosiaaliporrasRAI –hanke 2007-2009. Gerontologisen sosiaalityön porrastettu palvelutarpeen arviointi. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia 2010;1:1-78.*

23. Finne-Soveri H, Noro A, Heimonen S-L, Voutilainen P. Toimintakyvyn kognitiivisen ulottuvuuden arvioiminen osana tuen ja palveluiden tarpeen arviointia *Gerontologia* 2008;4:1-10.
24. Finne-Soveri H; L. W. Sorbye; P. V. Jonsson; G. I. Carpenter; R. Bernabei Increased work-load associated with faecal incontinence among home care patients in 11 European countries *The European Journal of Public Health* 2007; doi: 10.1093/eurpub/ckm085.
25. Fried LP, Tangen CM, Walston J, *et al.* Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56:M146-56.
26. Fries BE, Hawes C, Morris JN, Phillips CD, Mor V, Park PS. Effect of the National Resident Assessment Instrument on Selected Health Conditions and Problems. *Journal of the American Geriatrics Society* 1997; 45(8): 994-1001.
27. Fries BE, Schneider DP, Foley WJ, Gavazzi M, Burke R, Cornelius E. Refining a case mix measure for nursing homes: Resource Utilization Groups (RUG-III). *Medical care* 1994; 32(7): 668-685.
28. Fries BE, Simon SE, Morris JN, Flodstrom C, Bookstein FL. Pain in US Nursing Homes: Validating a Pain Scale for the Minimum Data Set. *The Gerontologist* 2001; 1(2): 173-179.
29. Fujisawa R, Francesca Colombo F. The long-term care workforce:overview and strategies to adapt supply to growing demand. *OECD working papers* No 44:1-44.
30. Hansebo G, Kihlgren M, Ljunggren G. Review of nursing documentation in nursing home wards - changes after intervention for individualized care. *Journal of advanced Nursing* 1999;29(6):1463-1473.
31. Hawes, C., Morris, J.N., Phillips, C.D., Fries, B.E., Murphy, K. & Mor, V. 1997. Development of the Nursing Home Resident Assessment Instrument (RAI) in the U.S. *Age and Ageing* 26, 19-25.
32. Hawes C, Mor V, Phillips CD, Fries BE, Morris JN, Fogel B Hirdes J, Spore D, Steele-Friedlob E, Nennstiel M. The Obra-87 nursing-home regulations and implementation of the Resident Assessment Instrument. Effects on process quality. *Journal of American Geriatric Society* 1997;45 977-85.
33. Hawes C, Morris J, Phillips CD, Fries BE, Murphy K, Mor V. Development of the Nursing Home Resident Assessment Instrument in the USA. *Age and Ageing* 1997; 26(2): 19-25.
34. Health Care Financing Administration. Long Term Care Resident Assessment Instrument User's Manual. Version 2.0. October 1995.
35. Helsinki alueittain 2011. Helsingin kaupungin tietokeskus 2011:1-203
36. Hirdes JP, Frijters DH, Teare GF. The MDS-CHESS scale: A new Measure to Predict mortality in institutionalised older people. *Journal of American Geriatric Society* 2003;51;96-100.
37. Hirdes JP, Marhaba M, Smith TF, Clyburn L, Mitchell L, Lemick RA. Development of the Resident Assessment Instrument Mental Health (RAI-MH). *Hospital Quarterly* 2001;4(2): 22-51
38. Hirdes JP, Poss JW, Curtin-Telegdi N. The Method for Assigning Priority Levels (MAPLe): A new decision-support system for allocating home care resources. *BMC Medicine* 2008, 6:9 doi:10.1186/1741-7015-6-9.
39. Hirdes JP, Prendergast P, Smith TF, Morris JN, Rabinowitz T, Ikegami N, Yamauchi K, Phillips CD, Perez E, Fries BE, Curtin Telegdi N. The Resident Assessment Instrument-Mental Health (RAI-MH): Inter-rater Reliability and Convergent Validity. *Journal of Behavioral Health Services and Research* 2002; 29(4): 419-432.
40. Hirdes JP, Fries BE, Botz C, Ensley C, Marhaba M, Perez E. The System for Classification of In-Patient Psychiatry (SCIPP): A New Case-Mix Methodology for Mental Health. 2003;22.
41. Hirdes JP, Frijters DH, Teare GF. The MDS-CHESS scale: A new Measure to Predict mortality in institutionalized older people. *Journal of American Geriatric Society* 2003;51;96-100.

42. Hirdes JP, Poss PW, Curtin-Telegdi NC. The Method for Assigning Priority Levels (MAPLe): A new decision-support system for allocating home care resources BMC Medicine 2008, 6:9 doi:10.1186/1741-7015-6-9
43. Hokema A, Tesch-Röhmer C. A good place to grow older. European Commission Employment, Social Affairs and Inclusion synthesis report. London 2011(18-19.1.):1-39
44. Ikegami N, Morris JN, Fries BE. Low-care cases in long-term care settings; variation between nations. Age and ageing 1997;26S:67-71.
45. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali-ja terveysministeriö 2008;30:1-55.
46. Hokema A, Tesch-Röhmer C. A good place to grow older. European Commission Employment, Social Affairs and Inclusion synthesis report. London 2011(18-19.1.):1-39
47. Hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden. Ikähoivatyöryhmän muistio. STM2010;28:1-92
48. Jagger C, Matthews R, Lindesay J, Robinson T, Croft P, Brayne C. The effect of dementia trends and treatments on longevity and disability: a simulation model based on the MRC Cognitive Function and Ageing Study (MRC CFAS). Age and Ageing 2009; 38: 319–325
49. Jenson, J. and S. Jacobzone (2000), "Care Allowances for the Frail Elderly and Their Impact on Women Care-Givers", *OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers*, No. 41, OECD Publishing.<http://dx.doi.org/10.1787/414673405257>
50. Jeste DV, Depp CA, Vahia IV. Successful cognitive and emotional aging. World Psychiatry 2010;9:78-84)
51. King AC, Sallis JF, Frank LD, Saelens BE, Cain K, Conway TI, Chapman JE, Ahn DK, Kerr J. Aging in neighborhoods differing in walkability and income: Associations with
52. physical activity and obesity in older adults. Social Science & Medicine 2011; 73:1525-1533.
53. Kotihoidon laskenta 30.11. 2010. Suomen virallinen tilasto. Tereyden ja Hyvinvoinnin laitos 2011;22:1-83
54. LaFortune Gaetan, Balestat Gaelle & the Disability Study Expert Group Members. Trends in severe disability among elderly people: assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications. OECD Health working papers 2007;26:1-80.
55. Landi F, Onder G, Tua E, Carrara B, Zuccala G, Gambassi G, Carbonin P, Bernabei R. Silvernet-HC study group Bergamo. Impact of a new assessment system on function and hospitalization of homebound older people: a controlled clinical trial. J Am Ger Soc 2001;49(10):1288-93.
56. Landi F, Onder G, Russo A, Tabaccanti S, Rollo R, Federici S, Tua E, Cesari M, Bernabei R. A new model for integrated home care for elderly: impact on hospital use. Journal of Clinical Epidemiology 2001;54:968-970.
57. Landi F, Tua E, Onder G, Carrara B, Sgadari A, Rinaldi C. Minimum Data Set for home-care: a valid instrument to assess frail older people living in the community. Medical care 2000;38(12):1184-1190.
58. Leung AC, Liu CP, Tsui LL, Li SY, Tang GW, Yau DC, Chi I, Cho NW. The use of minimum data set Home Care in a case management project in Hong-Kong. Care Manag J. 2001;3(1):8-13.
59. Luppä M, Riedel-Heller SG, Luck T, Wiese B, van den Bussche H, Haller F, Sauder M, Mösch E, Pentzek M, Wollny A, Eisele M, Zimmermann T, König HH, Maiser W, Bickel H, Werle J, Weyerer S, for the AgeCoDe study group. Age-related predictors of institutionalization: results of the German study on ageing, cognition and dementia in primary care patients (AgeCoDe). Med Care 2009 Feb;47(2):191-8.
60. Laki terveydenhuollosta
61. Mor V, Intrator O, Fries BE, Phillips CD, Teno J, Hiris J, Hawes C, Morris JN. Changes in hospitalization associated with introducing the Resident Assessment Instrument. Journal of American Geriatric Society 1997;45:1002-10.
62. Morris JN, Fries BE, Bernabei R et al. RAI-Home Care [RAI-HC] Assessment Manual for Version 2.0. Marblehead, MA: Opus Communications, 2000.
63. Morris JN, Fries BE, Carpenter GI, Bernabei R. The RAI-HC assessment tool: an international reliability trial. The Gerontologist 1996;36 (S1):291

64. Morris JN, Fries BE, Mehr DR, Hawes C, Phillips CD, Mor V. MDS Cognitive Performance Scale. *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 1994; 49A(4): M174-182.
65. Morris JN, Fries BE, Morris SA. Scaling ADLs within the MDS. *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 1999; 54A(11): M546-M553.
66. Morris, J.N., Hawes, C., Fries, B.E. ym. Designing the National Resident Assessment Instrument for Nursing Homes. *Gerontologist* 1990;30 (3), 293–307.
67. Morris, J.N., Murphy, K. & Nonemaker, S. 1995. Long Term Care Facility Resident Assessment Instrument (RAI) User's Manual for Version 2.0. 1995
68. Noro, A., Finne-Soveri, H., Björkgren, M., Häkkinen, U., Laine, J., Vähäkangas, P., Kerppilä, S. & Storbacka, R. 2001. RAI-tietojärjestelmän käyttöönotto ja pitkäaikaishoidon benchmarking. RAI-raportti 1/2000. Stakes, Aiheita 17/2001. Helsinki.
69. Noro A, Finne-Soveri H, Björkgren M, Vähäkangas P. (toim) Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus - RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes. Saarijärvi 2005.
70. Noro A, Poss JW, Hirdes JP, Finne-Soveri H, Ljunggren G, Bjornsson J, Schroll M, Jonsson PV. Method for Assigning Priority Levels in Acute Care (MAPLe-AC) predicts outcomes of acute hospital care of older persons - a cross-national validation *BMC Medical Informatics and Decision Making* 2011, 11:39 doi:10.1186/1472-6947-11-39.
71. Noro A, Sinervo T, Finne-Soveri H. Ikääntyneiden palvelujen tulevaisuudesta s.259-268. Kirjassa Kurssin muutos: Kestävään kasvuun ja hyvinvointiin (toim. Taimio H.)Työväen Sivistysliitto, Helsinki 2009.
72. Noro A, Finne-Soveri H. Avo- ja laitoshoidon suhde - katsaus nykytilaan ja tulevaan s.115-140. Kirjassa Hyvinvointipalveluja entistä tehokkaammin (toim. Ilmakunnas S.) Valtion Taloudellinen tutkimuskeskus, Helsinki 2008
73. Noro A, Vilkkio A, Mäkelä M, Väyrynen R, Finne-Soveri H. Ikäihmisten Sosiaali- ja terveysterveyst. Kirjassa Peruspalvelujen tila 2012. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (painossa)
74. Onder G, Liperoti R, Fialova D, Topinkova E, Tosato M, Danese P, Gallo PF, Carpenter I, Finne-Soveri H, Gindin J, Bernabei R, Landi F for the Shelter Project. Polypharmacy in Nursing Home in Europe: Results From the SHELTER Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*.2012 Jan 4 [Epub ahead of print]
75. Peiponen A. Palvelusetelin kysynnän kehittyminen vanhusten palveluasumisessa Helsingissä vuoteen 2020 mennessä. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia 2009;1:1-62. ISBN.pdf978-952-223-492-2
76. Pekurinen M. Erhola M, Häkkinen U., Jonsson PM, Keskimäki I, Kokko S, Kärkkäinen J, Widström E, Vuorenkoski L. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet Raportti 2011;4:1-111.
77. Philips CD Morris JN Hawes C Fries BE, Mor V, Nennstiel M, Iannacchione V. Association of Resident Assessment Instrument with changes in function, cognition and psychosocial status. *Journal of American Geriatric Society* 1997;45:986-93.
78. Pohjalainen P, Sulander T, Karvinen E. Helsingin keskustassa asuvien ikäihmisten terveys toimintakyky ja elintavat. *Gerontologia* 2011;1:3-14.
79. RAI-Home Care (RAI-HC) Assessment Manual for Version 2.0. November 1999. InterRAI Overview Committee.
80. Ristimäki M, Kalenoja H, Tiitu M. Yhdyskuntarakenteen vyöhykkeet. Vyöhykkeiden kriteerit, alueprofiilit ja liikkumistottumukset. Liikenne- ja viestintäministeriön julkaisu 15/2011 ISSN (verkkojulkaisu) 1798-4045
81. Rochat S, Cumming RG, Blyth F, et al. Frailty and use of health and community services by community-dwelling older men: the Concord Health and Ageing in Men Project. *Age Ageing* 2010;39:228-32.
82. Rockwood K, Howlett SE, MacKnight C, et al. Prevalence, attributes, and outcomes of fitness and frailty in community-dwelling older adults: report from the Canadian study of health and aging.
83. Rowe JW, Kahn RL. Human aging: usual and successful. *Science* 1987;237:143-9. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004;59:1310-7.

84. Richardsson B. Implementing home care in Canada: four critical elements. *Healthc Pap* 2000;1(4):67-73.
85. Saltman RB, Dubois HFW, Chawla M. The impact of aging on long-term care in Europe and some potential policy responses. *International Journal of Health Services* 2006;36 (4):719–746.
86. Santos-Eggimann B, Cuénoud P, Spagnoli J, Junod J. Prevalence of frailty in middle-aged and older community-dwelling Europeans living in 10 countries. *J Gerontol* 2009;64A:675–81.
87. Sinervo T, Anja Noro, Liina-Kaisa Tynkkynen, Juhani Sulander, Heikki Taimio, Harriet Finne-Soveri, Reija Lilja, Vesa Syrjä. Yksityinen vai kunnallinen palveluasuminen? Kustannukset, asiakasrakenne, hoidon laatu ja henkilöstön hyvinvointi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 34/2010, 91 sivua. Helsinki 2010. ISBN 978-952-245-355-6 (painettu), ISBN 978-952-245-356-3 (pdf)
88. Sinervo T, Anja Noro, Liina-Kaisa Tynkkynen, Juhani Sulander, Heikki Taimio, Harriet Finne-Soveri, Reija Lilja, Vesa Syrjä. Yksityinen vai kunnallinen palveluasuminen? Kustannukset, asiakasrakenne, hoidon laatu ja henkilöstön hyvinvointi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 34/2010, 91 sivua. Helsinki 2010. ISBN 978-952-245-355-6 (painettu), ISBN 978-952-245-356-3 (pdf)
89. Soini H, Hinttala ML, Laakoli K, Noro A, Santama K, Peiponen A. Riistavuoren monipuolinen vanhustenkeskus - pilotin kokemuksia. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia 2011;1:1-37.
90. Sormunen S ja Topo P (toim). Laadukkaat dementia-apalvelut: Opas kunnille. Stakes 2008.
91. Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2010. Suomen virallinen tilasto. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2011;26:1-72.
92. Steel K, Ljunggren G, Topinkova E, Morris JN, Vitale C, Parzuchowski J, Nonemaker S, Frijters DH, Rabinowitch T, Murphy KM, Ribbe M, Fries BE. The RAI-PC: an assessment instrument for palliative care in all settings. *American Journal of Hospice and Palliative Care* 2003; 20(3):211-9.
93. Suhonen J, Alhainen K, Eloniemi-Sulkava U, Juhela P, Juva K, Löppönen M, Makkonen M, Mäkelä M, Pirttilä T, Pitkälä K, Remes A, Sulkava R, Viramo P, Erkinjuntti T. Suomalainen asiantuntijasuositus – ”Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa” SLL 2007;2008;10(63):9-22.
94. Syddall H, Robert HC, Evandrou M, Cooper C, Bergman H, Sayer AA. Prevalence and correlates of frailty among community-dwelling older men and women: findings from the Hertfordshire Cohort Study. *Age Ageing* 2010;39:197-203.
95. Szanton SL, Seplaki CL, Thorpe RJ, Allen JK, Fried LP. Socioeconomic status is associated with frailty: the Woman's Health and Aging Studies. *J Epidemiol Community Health* 2010;64:63-7.
96. Terveyskeskuksen toimintakertomus 2010
97. Terveyskeskuksen vuositilastot 2010
98. Yhteenveto terkeiden kliinisten osastojen hoitohenkilöstön mitoituksista 26.4.2011
99. Zimmerman DR, Karon SL. Developing and Testing of Nursing Home Quality Indicators. *Health Care Financing Review* 1995; 16: 107–128.
100. Voimassa olevat vakanssit vanhustenpalvelujen vastuualueella 10.6.2011 (VAKAT)
101. Wong CH, Weiss D, Sourial N, et al. Frailty and its association with disability and comorbidity in a community-dwelling sample of seniors in Montreal: a cross-sectional study. *Aging Clin Exp Res* 2010;22:54-62.
102. Vuori P, Laakso S. Helsingin väestöennuste 1.1.2011-2050. Helsingin kaupungin tietokeskus.
103. Väisänen A, Hujanen T. Sosiaalihuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2007. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Avauksia 1/2010. 35 sivua. Helsinki 2010.
104. Vähäkangas P, Björkgren M, Järväjä T. Sijoittajasairaanhoitajamalli - Kokemuksia mallin kehittämisestä ja käytöstä ikääntyneen hoitoon ohjautumisessa. *Sairaanhoitajalehti* 2005;10.(www.sairaahoitajaliitto.fi)