

252017

---

**LAATUSUOSITUS HYVÄN  
IKÄÄNTYMISEN TURVAAMISEKSI  
JA PALVELUJEN PARANTAMISEKSI  
2017–2019**

## Tiivistelmä

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto ovat antaneet iäkkäiden ihmisten palvelujen kehittämistä koskevan laatusuosituksen vuosina 2001, 2008 ja 2013. Vuonna 2016 laatusuositus uudistuu huomioon ottamaan ohjaus- ja toimintaympäristössä meneillään olevat muutokset sekä hallitusohjelman ja julkisen talouden suunnitelman tavoitteet. Laatusuosituksen tarkoituksena on edeltäjiensä tapaan tukea ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain (nk. vanhuspalvelulaki) toimeenpanoa. Laatusuositus on valmisteltu laajapohjaisessa työryhmässä ja sen valmistelun aikana on kuultu asiantuntijoita.

Suositus on edeltäjiensä tapaan tarkoitettu ensisijaisesti iäkkäiden palvelujen kehittämisen ja arvioinnin tueksi kuntien ja sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueiden päättäjille ja johdolle. Lisäksi sitä voivat hyödyntää oman toimintansa suunnittelussa ja arvioinnissa monet muutkin tahot, kuten sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajat, alan ammattilaiset ja kolmannen sektorin toimijat.

Laatusuosituksen kokonaistavoitteena on turvata mahdollisimman terve ja toimintakykyinen ikääntyminen koko ikääntyneelle väestölle sekä laadukkaat ja vaikuttavat palvelut niitä tarvitseville iäkkäille henkilöille. Näin ollen – vanhuspalvelulain tapaan – osa suosituksista kohdistuu nimenomaisesti väestö- ja osa yksilötasolle.

Laatusuosituksen keskeiset sisällöt ovat:

1. Turvataan yhdessä mahdollisimman toimintakykyistä ikääntymistä
2. Asiakas-/palveluohjaus keskiöön
3. Laadulla on tekijänsä
4. Ikäystävällinen palvelujen rakenne
5. Teknologiasta kaikki irti.

Kullakin sisältöalueella on omat suosituksensa. Erityistä huomiota on kiinnitetty siihen, että suositeltaville asiakokonaisuuksille on tietoon perustuvat perustelunsa ja käytettävissä indikaattoreita, joiden avulla suositusten toteutumista voidaan järjestelmällisesti arvioida. Myös keskeiset käsitteet on määritelty.

Asiasanat: Ikääntyminen, ikääntyneet, henkilöstö, laatu, palvelut, palvelurakenne, asumispalvelut, vanhusten palvelut, vanhustenhuolto

Sisällysluettelo

<b>Tiivistelmä</b> .....	2
<b>Lukijalle</b> .....	4
<b>Tavoitteena sosiaalisesti ja taloudellisesti kestävä iäkkäiden palvelujen järjestelmä</b> .....	6
<b>SUOSITUKSET</b> .....	10
Turvataan yhdessä mahdollisimman toimintakykyistä ikääntymistä .....	10
Asiakas- ja palveluohjaus keskiöön .....	11
Laadulla on tekijänsä.....	13
Ikäystävällinen palvelujen rakenne yhdistää asumisen ja palvelut uudella tavalla.....	15
Teknologiasta kaikki irti! .....	17
<b>Suosituksen iäkkäisiin ihmisiin kohdistuvien ja kustannusvaikutusten arviointi</b> .....	19
Suositusten ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi .....	19
Suositusten kustannusvaikutusten arviointi .....	19
<b>Keskeiset käsitteet</b> .....	23
<b>LIITE 1. Palvelurakennetta kuvaavat seurantaindikaattorit 2000–2015 (75+, 80+, 85+).....</b>	27
<b>LIITE 2. Laatusuosituksen toimeenpanon seuranta: Seuranta-indikaattorit &amp; aineistot.....</b>	28
<b>Liite 3. Esimerkki henkilöstömitoitusten laskemisesta (työstetään vielä) .....</b>	31

## Lukijalle

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto ovat antaneet iäkkäiden palvelujen laatusuosituksen vuosina 2001, 2008 ja 2013. Tämä vuonna 2017 annettava laatusuositus korvaa aiemmat. Laatusuositus on edeltäjiensä tavoin tarkoitettu ensisijaisesti kuntien päättäjille ja johdolle palvelujen uudistamisen ja arvioinnin tueksi. Suosituksen hyödyntäjien joukko on laajempi käsittäen monia muita tahoja, kuten sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajat, alan ammattilaiset ja kolmannen sektorin toimijat.

Alusta asti laatusuositusten tarkoituksena on ollut tukea kuntia niiden iäkkäiden palvelujen uudistustyössä sekä varautumisessa väestön ikärakenteen ja toimintaympäristössä tapahtuviin muutoksiin. Kautta laatusuositusten historian ne ovat kannustaneet käyttäjiään palvelurakennemuutokseen, kuten kotiin annettavien palvelujen määrän ja sisällön kehittämiseen ja laitoshoidon vähentämiseen, sekä henkilöstön riittävän määrän ja osaamisen turvaamiseen. Mitä pidemmälle 2000-lukua on tultu, sitä vahvemmin on suositeltu mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaavia toimia. Niin ikään palvelujen laadun järjestelmällinen arviointi, eri toimijoiden yhteistyö, ikäystävällisten asenteiden vahvistuminen sekä iäkkäiden kuntalaisten kannustaminen osallistumaan ja vaikuttamaan, ovat olleet suositeltavia sisältöjä.

Tavoitteena on ollut niin sosiaalisesti kuin taloudellisestikin kestävä toiminta. Tämä tarkoittaa sitä, että etsittäessä kulloistakin optimaalista keinovalikoimaa suositusten toteuttamiseksi, on molemmat kestävyysnäkökulmat otettava huomioon. Se, mikä puhtaasti taloudellisesta näkökulmasta olisi hyvää, voi sosiaalisen kestävyysnäkökulmalta olla huonoa. Analogisesti huono sosiaalinen kehitys voi ajan myötä merkittävästi vaarantaa taloudellisten kestävyysnäkökulmien toteutumisen.

Vuonna 2013 ohjausympäristö muuttui olennaisesti, kun laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012) tuli voimaan. Monet aiemmin laatusuosituksissa esiin nostetut kokonaisuudet tulivat osaksi ko. lakia. Laatusuosituksen rooli on sen jälkeen ollut lain toimeenpanoa tukeva ja sen säännöksiä eräiltä osin täsmentävä niin, että ohjauskokonaisuus on selkeä ja konkreettinen. Laki on siis laatusuositukseen verrattuna ensisijainen ohjauskeino.

Vuonna 2017 annettava laatusuositus uudistuu huomioon ottamaan ohjaus- ja toimintaympäristössä meneillään olevat muutokset sekä hallitusohjelman ja julkisen talouden suunnitelman tavoitteet. Hallitus on evästännyt laatusuositusten uudistusta edellyttämällä, että henkilöstön mitoittamista yhdenmukaistetaan niin, että julkisilla ja yksityisillä palveluntuottajilla on samat vaateet. Henkilöstömitoitukseen lasketaan jatkossa mukaan joustavammin perustein iäkkäiden hoitoon ja huolenpitoon osallistuvaa henkilökuntaa. Muutokset kohdistuvat mitoitusperusteisiin sen kaikilla tasoilla. Hallitusohjelman kirjauksen pohjalta kehysriihessä keväällä 2017 täsmennettiin, että henkilöstömitoituksen täsmentämisellä ja mitoituslaskettavan henkilöstön uudelleenmäärittelyllä haetaan julkiseen talouteen noin 33,5 miljoonan euron säästöä vuoden 2019 loppuun mennessä. Laatusuositus on voimassa vuoden 2019 loppuun saakka.

Uutena ohjausmuotona nk. vanhuspalvelulain ja laatusuosituksen ohella toimii hallituksen kärkihanke: *Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa*. Tämä kärkihanke toteutetaan vuosina 2016–2018 ja se osaltaan toimeenpanee uudistetun laatusuosituksen sisältöjä.

Järjestelmällinen seuranta- ja arviointitiedon tuottaminen suositeltujen asiakokonaisuuksien toteutumisesta on tänä päivänä vieläkin tärkeämpää kuin aiemmin. Tämän toteuttamiseksi on jokaisen suosituskokonaisuuden osalta esitetty keskeiset seurannan indikaattorit. Toisin kuin 2000-luvun alussa ensimmäistä laatusuositusta toimeenpantaessa, on nyt käytettävissä kattava ja säännöllisesti päivittyvä tietoperusta nk. vanhuspalvelulain sekä laatusuosituksen toteutumisen seurantaan.

Laatusuosituksen uudistamistyössä on otettu huomioon hallituksen linjaukset ja pohdittu laajasti keinoja, joilla iäkkäiden hoitoon ja huolenpitoon osallistuvan henkilöstön määrään voidaan sisällyttää muita työntekijäryhmiä sekä ottaa huomioon esimerkiksi iäkkäiden turvallisuutta lisäävää ja henkilöstön työn määrään vaikuttavaa teknologiaa. Tarkastelun kohteena ovat olleet myös mm. tukipalveluhenkilöstöä koskevat erilliset valvontaviranomaisen käytössä olleet vaatimukset sekä toimiluvat.

Suositus on valmisteltu sosiaali- ja terveysministeriön asettamassa työryhmässä. Valmistelun aikana on kuultu asiantuntijoita ja järjestetty mahdollisuus kommentoida suosituksen luonnosta Ota kantaa -sivustolla. Kiitämme lämpimästi kaikkia teitä, jotka olette antaneet näkemyksenne laatusuosituksen uudistamiseen työn eri vaiheissa.

Sosiaali- ja terveysministeriö

Suomen Kuntaliitto

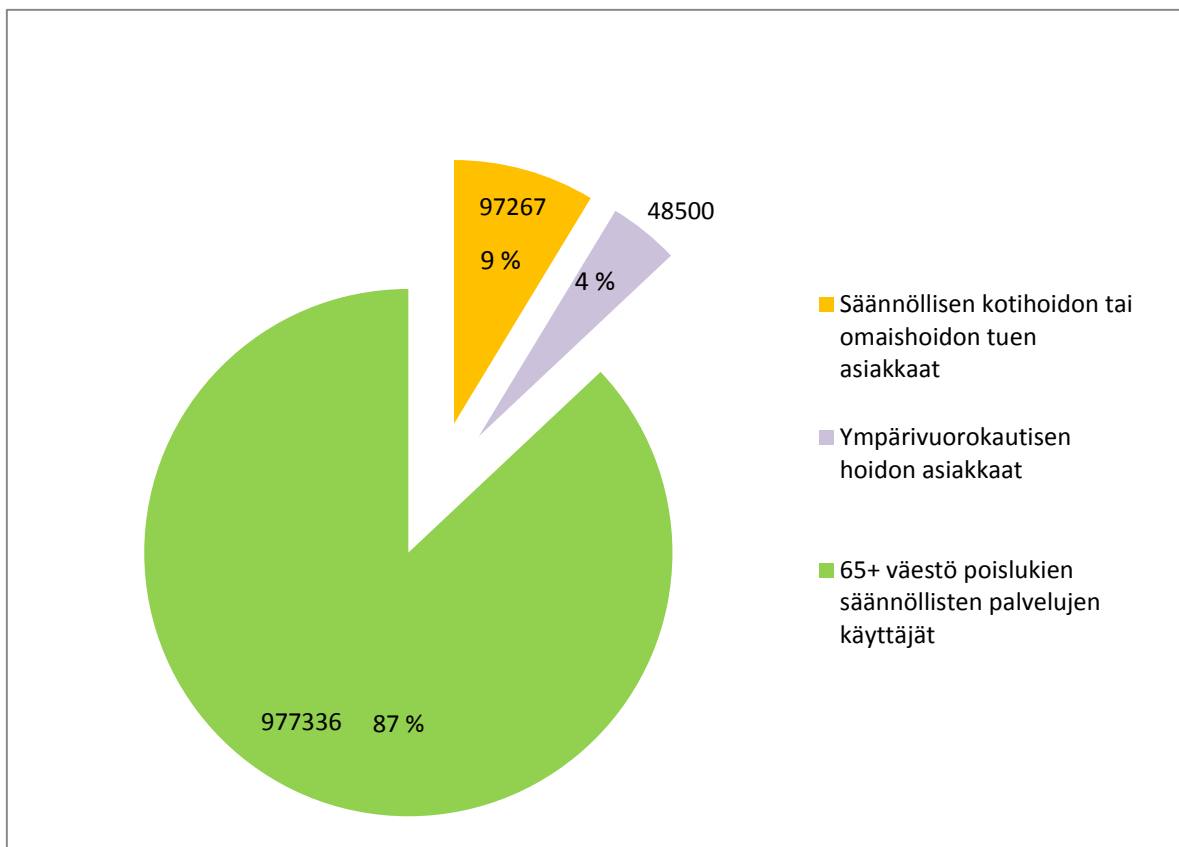
## Tavoitteena sosiaalisesti ja taloudellisesti kestävä iäkkäiden palvelujen järjestelmä

Sosiaalisesti ja taloudellisesti kestävä järjestelmä sisältää sekä mahdollisimman tervettä ja toimintakykyistä ikääntymistä turvaavat toimet että vaikuttavat palvelut. Uudistus edellyttää sitä, että ymmärrämme väestön ikärakenteen muutosta ilmiönä ja tämän ilmiön mittaluokan. Tätä ymmärrystä on lisättävä koko yhteiskunnassa, jotta muutokseen varautuminen on asianmukaista. Mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaaminen on tärkeimpiä varautumistoimia ikääntyvässä Suomessa. Hyvän vanhuuden turvaaminen edellyttää myös rakenteiden muuttamista, sillä nykyisenkaltaisen palvelujärjestelmän ylläpitäminen ei ole taloudellisesti kestävällä perustalla. Palvelujen rakennemuutoksen onnistuminen edellyttää puolestaan niin palvelujen sisällöllistä uudistusta kuin iäkkäiden parissa toimivien osaamisenkin kehittämistä.

Uudistuksen keskiössä on yhteinen näkemys asiointilasta – yhteinen tilannekuva siitä, mitä tavoitellaan, millä perusteilla ja miten muutos tehdään. Tavoiteasetannan tueksi on käytettävissä paljon täsmätietoa. Palveluita järjestävän tahon on voitava vastata kysymyksiin

- vaikutetaanko nykyisillä ja suunnitelluilla toimilla riittävästi iäkkäiden terveyden ja toimintakyvyn ylläpitämiseen ja parantamiseen
- onko tarjolla oikea-aikaista kuntoutusta
- onko kotiin annettavien palvelujen valikko vaikuttavaksi osoitettu ja
- tuetaanko omais- ja läheisauttajia riittävästi?

Ikääntynyttä väestöä on tällä hetkellä reilu miljoona (65+ väestöä). Heistä suurin osa, lähes miljoona henkilöä, elää arkeaan itsenäisesti. Palveluja säännöllisesti käyttäviä on noin 150 000. Säännöllisiä kotiin annettavia palveluita saa noin 95 000 henkilöä (säännöllistä kotihoitoa tai omaishoidon tukea); muualla kuin yksityiskodissa hoitoa ja huolenpitoa ympärivuorokauden saa reilut 50 000 henkilöä (tehostetussa palveluasumisessa, vanhainkodeissa tai terveyskeskussairaaloiden pitkäaikaishoidossa). (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Säännöllisten palvelujen käyttäjät / 65 vuotta täyttänyt väestö vuonna 2015.

Suomalaisen yhteiskunnan ikääntymisessä kyse ei ole vain iäkkäiden määrän kasvusta vaan koko väestörakenteen muutoksesta. Väestön ikääntymisen taustalla vaikuttavat suurten ikäluokkien eläköityminen sekä syntyvyyden ja kuolevuuden aleneminen. Ennusteiden mukaan iäkkäiden määrä erityisesti vanhimmissa ikäluokissa kasvaa voimakkaimmin, samalla vähenee lasten ja työikäisen väestön määrä.

Väestönkehitys on maan eri osissa erilaista (kuvio 2.). Tämä tarkoittaa sitä, että kunnilla/alueilla on erilaiset lähtökohdat ja tarpeet suunnitella iäkkäiden kuntalaistensa asumiseen, osallisuuteen, terveyden ja toimintakyvyn edistämiseen ja palveluihin liittyviä ratkaisuja.

**Karttakuvio tulee tähän (tässä versiossa asiakirjan lopussa).**

Kuvio 2. 75 vuotta täyttäneet, % väestöstä kunnittain 2015 ja ennuste vuoteen 2030.

Väestön ikärakenteen muutoksesta seuraa, että yhteiskunnan on mukauduttava laajasti entistä iäkkäämmän väestön tarpeisiin. On edistettävä mahdollisimman terveen ja

toimintakykyisen ikääntymisen turvaavia toimia, kuten esteettömiä ja turvallisia asuin- ja elinympäristöjä ja näiden kehittymistä tukevaa yhdyskuntasuunnittelua. Tarvitaan mm. toimivia liikenne- ja palvelu- ratkaisuja tukemaan mahdollisuuksia asiointiin, mielekkääseen tekemiseen, kuten elinikäiseen oppimiseen ja sosiaalisten suhteiden ylläpitoon. Tarvitaan monialaisen tuen ja palvelujen tarpeen arviointiin perustuvia, yksilöllisesti räätälöityjä palveluita, jotka mahdollistavat ja tukevat iäkkään henkilön omaa toimijuutta. Palvelujen pitää olla oikea-aikaisia ja lähellä asiakkaita, ellei keskittäminen ole perusteltua palvelujen laadun ja turvallisuuden vuoksi. Tarvitaan siis aitoa yhdessä tekemistä niin, että kaikessa kehittämässä ja päätöksenteossa kuuluu iäkkäiden ääni.

Iäkkäillä ihmisillä pitää iästä ja toimintakyvystä riippumatta olla mahdollisuus elää omanlaistaan hyvää elämää omassa yhteisössään. Hyvä elämänlaatu ei ole pelkästään hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä tahi eriasteista hoidon ja huolenpidon tarpeen arviointia ja siihen vastaamista. Kyse on laajasti hyvän elämän edistämisestä eli hyvän elämänlaadun, itsemääräämisoikeuden ja toimivan arjen turvaamisesta. Siihen tuovat parannuksia hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja palvelujen laadun parantaminen. Näkökulma ei koskaan saa kapeutua siihen, että iäkkäät ihmiset nähtäisiin vain sosiaali- ja terveystalouden tarvisijoina ja käyttäjinä. Vastuukysymyksiäkin tulisi pohtia nykyistä monipuolisemmin: ihmisten oma vastuu ja yhteiskunnan vastuu eivät ole toinen toisensa poissulkevia. Iäkäs ihminen on aina, omien voimavarojensa mukaisesti, osallistuja ja toimija. Hän asettaa itse omat tavoitteensa, valikoi kiinnostuksen kohteensa ja toimintatapansa sekä arvioi omaa toimintaansa.

Taloudellisen kestävyuden turvaajana palvelujen rakennemuutoksella on suuri merkitys. Taulukossa 1. on iäkkäiden säännöllisten palvelujen kustannusosuuksia vuonna 2015. Kustannuksista 70 prosenttia kohdentui ympärivuorokautiseen hoitoon, 25 prosenttia kotihoitoon ja omaishoidon tukeen kolme prosenttia. Kokonaiskustannukset olivat kaikkiaan 4,5 miljardia euroa.

Taulukko 1. Eräiden iäkkäiden säännöllisten palvelujen kustannukset vuoden 2015 tasossa.

Palvelu	M € (brutto)
Kotipalvelut & kotisairaanhoido	1 170
Omaishoidon tuen hoitopalkkiot	150
Ympärivuorokautinen hoiva/hoito ml. tehostettu palveluasuminen, vanhainkoti, terveyskeskusten pitkäaikaishoito	2 896
Muut (mm. päivätoiminta, perhehoito)	304
<b>Yhteensä</b>	<b>4 520</b>

Lähteet: Tilastokeskus, THL, Kuusikkokunnat



Sosiaalisesti ja taloudellisesti kestävä iäkkäiden palvelujärjestelmän rakentamiseksi suositus nostaa esille viisi teema-aluetta:

1. Turvataan yhdessä mahdollisimman toimintakykyistä ikääntymistä
2. Asiakas-/palveluohjaus keskiöön
3. Laadulla on tekijänsä
4. Ikäystävällinen palvelujen rakenne
5. Teknologiasta kaikki irti.

Luonnos - Versio 02052017

## SUOSITUKSET

### ***Turvataan yhdessä mahdollisimman toimintakykyistä ikääntymistä***

*Suurin osa iäkkäistä ihmisistä ei tarvitse säännöllisiä sosiaali- ja terveyspalveluita. Monet sairaudet, etenkin muistisairaudet, ja toimintakyvyn rajoitteet kuitenkin lisääntyvät iän myötä. Kaikkein vanhimpiin ikäluokkiin kuuluvien määrän kasvu lisää siten väistämättä palvelujen tarvetta. Palvelujen tarpeen kasvua voidaan kuitenkin hillitä määrätietoisilla varautumistoimilla.*

*Terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaaminen on tärkeimpiä varautumistoimia nopeasti ikääntyvässä Suomessa. Terve ikääntyminen tukee työurien pidentämistä, mahdollistaa iäkkäiden täysivaltaisen osallisuuden yhteiskunnassa, parantaa heidän elämänlaatuaan ja vähentää sosiaali- ja terveyspalvelujen tarvetta. Tätä kautta se myös vaikuttaa julkisen talouden kestävytyteen.*

*Toiminnanrajoitteita ja avun tarvetta on eniten kaikkein vanhimpiin ikäluokkiin kuuluvilla ihmisillä. Alle 80-vuotiaiden toimintakyky on kohentunut ja koettu terveys parempi verrattuna vanhempien ikäluokkien toimintakyvyn ja terveyden kehitykseen. Suurimmalla osalla 90-vuotiaista ja sitä vanhemmista on toimintakyvyn rajoitteita. Toiminnanrajoitteet eivät jakaudu väestössä tasaisesti: sosioekonomiset erot vaikuttavat toimintakykyyn myös iäkkäillä. Vähän kouluja käyneillä, ruumiillista työtä tehneillä ja pienituloisilla henkilöillä on eniten toimintakyvyn ongelmia.*

*Hyvinvointia edistävästä palveluista iäkkäille säädetään [laissa ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista](#) (980/2012; 12 §). Ao. suositukset konkretisoivat säännöksen sisältöä.*

#### **Suositus 1.**

Kunnissa on tuettava ikääntyneen väestön terveyttä ja toimintakykyä toimenpiteillä, joilla vahvistetaan a) iäkkäiden omaehtoista toimintaa, b) eri toimijoiden (järjestöt, yritykset, seurakunnat, vanhusneuvostot, kansalais-, asiakas-/omaishoitajaraadit) yhteistä tekemistä sekä c) kunnan eri toimialojen yhteistyötä hyvinvoinnin edistämiseksi

- vahvistettava lähiliikuntapaikkojen ja toimintatilojen saatavuutta ja saavutettavuutta sekä matalan kynnyksen liikuntaneuvontaa
- vahvistettava terveyttä edistävää ja osallisuutta lisäävää ryhmämuotoista toimintaa.

#### **Suositus 2.**

Kunnan ja jatkossa myös maakunnan on tuettava vaikuttavaksi todettujen interventtioiden, kuten liikunnan lisääminen, ravitsemusneuvonta, kaatumisten ehkäisy, rokotuskattavuuden parantaminen, toteuttamista ikääntyneen väestön terveyden ja toimintakyvyn edistämiseksi.

#### **Suositus 3.**

Kunnan ja jatkossa myös maakunnan palveluvalikoimassa on oltava kohdennettuja toimenpiteitä riskiryhmille. Riskiin vaikuttamalla voidaan estää tai vähentää palvelujen tarvetta. Riskitekijöitä, jotka ennakoivat toimintakyvyn heikkenemistä ovat:

- alttius kaatumisille ym. tapaturmille ja luunmurtumat,
- ulkona liikkumisen väheneminen ja liikkumisen ongelmat, tasapaino-ongelmat ja lihasvoimien väheneminen,
- ravitsemustilan poikkeamat, laihtuminen,
- hauraus-raihnaus -oireyhtymään viittaavat merkit (HRO), kuten lihaskato, laihuus ja hidas liikkuminen,

- muistin heikkeneminen, muistihäiriöt,
- mielialan lasku, mielenterveyshäiriöt kuten masennus,
- runsas päihteiden käyttö,
- koettu yksinäisyys,
- runsas sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö ja erilaiset siirtymät, esimerkiksi sairaalasta kotitutumistilanteet,
- pienituloisuus,
- puolison/elämäntoverin menettäminen, leskeytyminen,
- kaltoin kohtelu, perhe- tai läheisväkivalta tai sen uhka.

Myös suuret elämänmuutokset, kuten asuin- ja lähiympäristön muuttuminen tai ympäristön liikkumisesteet ja turvattomuus lisäävät osaltaan toimintarajoitteiden riskiä. Terveydentilan heikkeneminen, erilaiset pitkäaikaissairaudet ja niihin liittyvä monilääkitys ovat tutkimusten mukaan erityisesti itsenäistä selviytymistä uhkaavia tekijöitä. Myös omaishoitajuus ja pitkään jatkuneen omaishoitosuhteen päätyminen voivat olla riski.

## **Asiakas- ja palveluohjaus keskiöön**

*Asiakas- ja palveluohjauksessa keskeistä on ns. yhden luukun periaate. Asiakkaan ei tarvitse itse tietää, mitä ja mistä palvelua haetaan, vaan yksi yhteydenotto riittää; asiakkaan tilanne selvitetään, asiakasta neuvotaan omaehtoisin ratkaisuihin mm. järjestötoiminnan piiriin (vertaisryhmät, omaishoitajien tukiryhmät ym.) sekä tuetaan erilaisten tukien hakemisessa. Keskitetyn asiakas- ja palveluohjauksen tarkoituksena on helpottaa tukien ja palveluiden hakemista ja koordinoita ja sujuvoittaa palveluiden kohdentumista asiakkaiden arvioidun palvelutarpeen mukaan. Keskitetyn asiakas- ja palveluohjauksen tavoitteena on tehdä läpinäkyväksi a) ne järjestöjen toiminnot, kuntien muiden sektoreiden tuottamat palvelut ja myöntämät tuet, sosiaali- ja terveydenhuollon tuet ja palvelut ja yksityisten yritysten yksityisten ja palveluntuottajien palvelut, jotka ovat alueella saatavissa, b) kriteerit, joilla julkista sosiaali- ja terveydenhuollon palvelua voidaan myöntää sekä c) varmistaa ja seurata myönnetyn palvelun toteutumista. Keskitettyä asiakas- ja palveluohjausta kehitetään osana ikäihmisten kotihoidon ja kaikenikäisten omaishoidon kärkihanketta vuosina 2016–2018<sup>1 2</sup>.*

*Mikäli ilmenee, että iäkäs tarvitsee joko tukea tai palvelua, asiakkaan palvelutarve selvitetään monialaisesti ja luotettavia menetelmiä käyttäen ja tämän tiedon perusteella tehdään päätökset mahdollisesti tarvittavista tuista ja/tai palveluista. Tukea/palvelua hakeva henkilö voi tulla keskitettyyn asiakas-/palveluohjaukseen useita eri väyliä pitkin: omasta tai omaisten aloitteesta, sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilöstön, naapurien tai viranomaisten yhteydenotosta.*

*Asiakas- ja palveluohjaus tekee tiivistä yhteistyötä järjestöjen, seurakuntien, kuntien muiden sektoreiden, kuten liikunta, kulttuuri, sivistystoimi, asuminen sekä perusterveydenhuollon, sosiaalihuollon, kuntoutuksen ja erikoissairaanhoidon palveluntuottajien kanssa huomioon ottaen erilaisten siirtymien (kotoa palveluihin, palvelusta kotiin, palvelusta toiseen) kriittisen merkityksen iäkkäillä. Erityisesti muisti- ja monisairaat, mielenterveys- ja päihdeasiakkaat, vammaiset iäkkäät sekä sotaveteraanit ovat tärkeitä asiakasryhmiä, jotka hyötyvät palveluiden koordinaatiosta. Asiakkuuksia ryhmittelemällä ja erilaisten asiakasryhmien kohdennettuja palvelukokonaisuuksia tavoitteellisesti johtamalla voidaan varmistaa iäkkään asiakkaan arjessa pärjäämistä tukeva, sujuva sekä taloudellinen palvelukokonaisuus.*

<sup>1</sup> Kärkihänke: Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa - hankesuunnitelma. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3823-6>

<sup>2</sup> Kärkihänke: Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa 2016-2016. Hakuajulistus. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3816-8>

*Keskitetyn palveluohjauksen toimintaa tuetaan ja seurataan yhteisillä tunnusluvuilla ja indikaattoreilla, jotka kuvaavat hoitoprosesseja, tiedonkulkua, ja tuovat näkyväksi palveluohjaajien tekemiä päätöksiä ja myös niiden vertailtavuutta ja kustannuksia. Asiakas- ja potilastiedon saavutettavuus ja toiminnanohjausjärjestelmät ovat palveluohjauksessa keskeisiä työvälineitä.*

*Keskitetystä asiakas- ja palveluohjauksesta ei ole säännöksiä voimassa olevassa lainsäädännössä. Hallituksen kärkihankkeessa, jossa kehitetään kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa, on siihen liittyen kolme maakunnallista kokeilua. Mahdolliset säädösvalmistelutarpeet nousevat esille mm. sote-uudistuksen ja valinnanvapautta koskevan lainvalmistelun edetessä sekä kokeilujen myötä.*

#### **Suositus 1.**

Asiakas- ja palveluohjaus järjestetään seuraavien periaatteiden mukaisesti

- matala kynnys - yksi kontakti käynnistää prosessin
- asioinnin helppous: yhteydenotto puhelimitse, sähköpostitse, käynnillä
- laaja tuen ja palvelujen tuottajaverkosto, josta tieto sähköisesti kaikkien saatavilla
- sähköisen asioinnin mahdollisuus
- palvelut tuotetaan pääosin lähellä asiakasta

#### **Suositus 2.**

Keskitetty asiakas- ja palveluohjaus järjestetään maakunnallisena/alueellisena ja monialaisena toimintana, johon sisältyy

- neuvonta ja ohjaus, myönnettyjen palveluiden koordinaatio ja niiden laadun ja toteutuksen seuranta
- palvelutarpeen arviointi käyttäen luotettavia, yhtenäisiä ja vertailukelpoisia arvioinnin välineitä, hyödyntäen eri ammattilaisten osaamista
- asiakkaalle yksi yhteinen hoito-, palvelu- ja/tai kuntoutussuunnitelma, joka laaditaan yhdessä asiakkaan, hänen läheistensä ja palveluun osallistuvien palveluntuottajien kanssa
- palvelupäätösten tekeminen käyttäen yhtenäisiä asiakkaiden palvelutarpeeseen perustuvia kriteereitä
- asiakkaiden osallisuuden ja valintojen tukemisen turvaaminen

Erityisesti paljon tukia ja palveluja käyttävien asiakkaiden tukien ja palvelujen koordinointi edellyttää laaja-alaista yhteistyötä eri toimijoiden kanssa.

## Laadulla on tekijänsä

Riittävä määrä osaavaa henkilöstöä on välttämätön edellytys turvallisen ja laadukkaan palvelun takaamiseksi iäkkäille henkilöille. Lisäksi sillä on suuri merkitys henkilökunnan työhyvinvoinnin, työturvallisuuden, oikeusturvan ja työssä pysyvyyden kannalta. Tutkimukset ovat osoittaneet, että henkilöstön määrän ohella osaaminen, osaamisen oikea kohdentaminen ja osaava lähijohtaminen ovat yhteydessä hoidon laatuun ja vaikuttavuuteen. Henkilöstön ammattietiikka sekä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteiset arvot luovat perustan turvalliselle ja laadukkaalle palvelulle. Koska iäkkäät henkilöt käyttävät monia eri sosiaali- ja terveyspalveluja, on niin sosiaali- ja perusterveydenhuollon kuin erikoissairaanhoidon palveluissakin turvattava riittävä geriatrinen ja gerontologinen osaaminen ja -konsultaatiomahdollisuudet. Osaaminen, sen oikea kohdentaminen ja osaava lähijohtaminen varmistavat iäkkäille asiakkaille selvitettyjen tarpeiden mukaisen hoidon ja huolenpidon sekä lisäävät asiakas-/potilasturvallisuutta.

Henkilöstön määrän ja osaamisen kohdentamisessa ovat suunnittelun keskiössä asiakkaiden fyysinen, kognitiivinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky sekä muut, kuten hengelliset tarpeet. Olennaisen tärkeää on ottaa huomioon voimassa oleva lainsäädäntö ja muu ohjaus ja toiminnalle asetetut laatu- ja vaikuttavuusvaatimukset – mitä hoidolla ja palvelulla tavoitellaan.

Henkilöstömäärää suunniteltaessa on varmistettava mitoituksen joustavuus, kuten se, miten henkilöstön lyhyt- ja pidempiaikaista poissaoloa pystytään korvaamaan sijaisilla. Joustavuutta on myös se, että henkilöstöä voidaan tilapäisesti siirtää eri toimipisteisiin silloin, kun asiakkaiden palvelutarpeen muutokset sitä edellyttävät, kuten saattohoitotilanteissa.

Henkilöstömäärää suunniteltaessa ja arvioitaessa otetaan huomioon seuraavat tekijät.

1. Asiakkaiden toimintakyky ja avun tarve:
  - asiakkaiden palveluun liittyvät tarpeet ja asiakkaan oma näkemys tarvitsemistaan palveluista,
  - asiakkaiden avun tarve, josta saadaan tietoa kattavan palvelutarpeen arvioinnin avulla,
  - erityisosaamista edellyttävien asiakkaiden määrä, kuten käytösoireiset muistisairaat, vanhuspsykiatriset ja saattohoitoasiakkaat,
  - asiakkaiden oikeudet saada riittävät ja tarpeidensa mukaiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut tarvitessaan,
  - pitkäaikaisen hoitojärjestelyn pysyvyys
  - saattohoito ja siihen varautuminen.
2. Palvelurakenne, palvelujen tuottaminen ja saatavuus:
  - palvelujen laatua ja kohdentamista koskevat strategiset linjaukset kunnassa tai yhteistoiminta-alueella,
  - palvelujen tuottamistavat (oma tuotanto, ostopalvelut, palveluseteli),
  - saatavuus (lähipalvelut, keskitetyt palvelut),
3. Henkilöstöön ja työn organisointiin liittyvät tekijät:
  - henkilöstön mahdollisuus tuottaa laadultaan ja vaikuttavuudeltaan tarkoituksenmukaisia palveluja asiakkaille,
  - asiakastyöhön osallistuvan henkilöstön koulutus- ja tehtävä rakenne (esim. tukipalvelut osana työtä tai erikseen hankittuna) sekä osaaminen ja osaamisen täysi hyödyntäminen,
  - toiminnan organisointi ja toteutus, kuten asiakkaiden avun tarpeen huomioon ottaminen työvuorosuunnittelussa (esim. porrastamalla työaikoja) ja henkilöstön yhteiskäytön mahdollisuus (esimerkiksi varahenkilöstö),

- yksikön tarjoamien erilaisten palvelujen, kuten kuntouttavan lyhytaikaishoidon tai päivätoiminnan, vaikutukset,
- henkilöstön riittävyys erityistilanteissa, esimerkiksi saattohoitotilanteissa,
- turvallisen lääkehoidon toteutus – vähintään lääkehoitokoulutuksen saaneen lähihoitajan on oltava vastuussa yksikön lääkehoidosta työvuorossa,
- henkilöstön työhyvinvointia kuvaavat tunnusluvut, kuten lyhyt- ja pitkäaikaiset sairauspoissaolot ja vaihtuvuus,
- ympäristötekijät, kuten toimintayksikön koko, rakenteellinen toimivuus ja turvallisuus (ympäri vuorokautisen hoidon toimintayksiköt) ja välimatkat kunnan sisällä (kotiin annettavat palvelut),
- käytettävissä oleva teknologia ja geroteknologia, toiminnan logistiikka, toimitilojen nykyaikaisuus ja soveltuvuus.

4. *Julkisten ja yksityisten palveluntuottajien yhdenmukainen ohjaus, valvonta ja seuranta.*

*Laeissa [ikäntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista](#) (980/2012) ja [yksityisistä sosiaalipalveluista](#) (922/2011) säädetään henkilöstön määrästä (20 §/4 §) ja johtamisesta (21 §/5 §). Ao. suositukset täsmentävät em. säännösten sisältöä.*

#### **Suositus 1.**

Henkilöstön määrää ja osaamista on arvioitava ja kohdennettava asiakasrakenteen mukaan joustavasti huomioon ottaen

- asiakkaiden palvelujen tarpeessa tapahtuvat muutokset, kuten äkilliset muutokset terveydentilassa, toimintakyvyn muutokset, lähestyvä kuolema
- toiminnan laadulle ja turvallisuudelle omavalvontasuunnitelmassa asetetut tavoitteet
- asiakkaiden ja läheisten kokemukset palvelun laadusta
- henkilöstön hyvinvointia, kuten työtyytyväisyys ja sairauspoissaolot, kuvaavat tunnusluvut sekä
- mahdollisuus hyödyntää mm. asukkaiden turvallisuutta, toimintakykyisyyttä ja toiminnan sujuvuutta parantavaa teknologiaa,

#### **Suositus 2.**

Kotihoidon henkilöstön vähimmäistarve määräytyy iäkkäille myönnettyjen palvelujen (tunteina) toteuttamiseen tarvittavana henkilöstön välittömään asiakastyöhön käytettävissä olevana työaikana (tunteina<sup>3</sup>).

Henkilöstön toteutunut<sup>4</sup> vähimmäismitoitustaso tehostetun palveluasumisen toimintayksiköissä on oltava vähintään 0,50.

- Henkilöstömitoitukseen lasketaan mukaan asiakkaan välittömään hoitoon osallistuvat sairaan- ja terveydenhoitajat, geronomit, fysio- ja toimintaterapeutit, lähi- ja perushoitajat, sosiaalialan ohjaajat ja kasvattajat, sosionomi AMK:t, kotiaavustajat ja kodinhoitajat, hoiva-avustajat, viriketoiminnan ohjaajat (& muut vastaavat asiakkaan

<sup>3</sup> Laskennallinen esimerkki: Yhden työntekijän vuosittainen työaika on KVTES mukaan laskettuna noin 1990 tuntia, josta on vähennettävä lomat, arkipyhät, lakisääteinen täydennyskoulutus. Tällöin käytettäväksi jää noin 1500 tuntia. Käytettävissä olevaa työaika vähentävät myös mm. sairauspoissaolot. Mikäli suunniteluohjeena käytetään 60 % välitöntä asiakasaikaa työajasta, tällöin käytettävissä oleva välitön asiakastyöaika on noin 900 tuntia/ työntekijä/ vuosi.

<sup>4</sup> Suositeltu henkilöstön vähimmäismitoitustaso tarkoittaa toteutunutta mitoitusta, jossa poissaolevien työntekijöiden osuus on korvattu sijaisilla. Toteutunutta henkilöstömitoitusta voidaan arvioida esimerkiksi vähintään viikon ajalla toteutuneena työaikana (tunteina), joka laskennallisesti palautetaan henkilöstö/asiakas tunnuslukuun. Kts. esimerkki laskelmasta liitteestä 3.

sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitoon osallistuvat ammattilaiset), toimintayksiköiden vastuuhenkilöt, kuten osastonhoitajat, seuraavin rajauksin

- o fysio- ja toimintaterapeutit sillä osuudella, kun he osallistuvat välittömään asiakastyöhön toimintayksikössä
- o toimintayksiköiden vastuuhenkilöt siltä osin, kun he osallistuvat välittömään asiakastyöhön
- o hoito- ja laitosapulaiset siltä osin, kun he osallistuvat välittömään asiakastyöhön; he eivät voi olla yksin työvuorossa eivätkä vastata lääkityksistä
- o oppisopimuskoulutettavat, kun opinnoista suoritettuna 2/3 ja muut sosiaali- ja terveysalan opiskelijat (jotka ovat työsuhteessa, ei työharjoittelussa), kun opintojen kautta on riittävästi hankittua osaamista alan tehtäviin
- o hoiva-avustajat ja viriketoiminnan ohjaajat eivät voi olla yksin työvuorossa eivätkä vastata lääkityksistä.

### **Suositus 3.**

Koti- ja tehostetun palveluasumisen toimintayksikköjen henkilöstön välitöntä asiakas aikaa on lisättävä toimintatapoja uudistamalla.

### **Suositus 4.**

Henkilöstön työtä johdettaessa on toimittava

- asiakaslähtöisyyden edistämiseksi niin, että asiakkaiden ja läheisten kokemukset palvelujen laadusta paranevat
- asiakas-/potilasturvallisuuden edistämiseksi niin, että erityisesti
  - o lääkehoitovirheet vähenevät
  - o turvallisuus paranee turvateknologian käyttöä järjestelmällisesti lisäämällä
- moniammatillisen asiantuntemuksen edistämiseksi niin, että asiakkaiden tarpeisiin voidaan vastata tarkoituksenmukaista hoito- ja sosiaalityön, lääketieteen, kuntoutuksen ja muuta tarkoituksenmukaista asiantuntemusta hyödyntäen
- henkilöstön työtyytyväisyyden, sitoutumisen, motivaation ja hyvinvoinnin edistämiseksi niin, että erityisesti työntekijöiden sairauspoissaolot ja vaihtuvuus vähenevät
- henkilöstön osaamisen varmistamiseksi niin, henkilöstö kehittää jatkuvasti osaamistaan ja käyttää vaikuttaviksi osoitettuja menetelmiä työssään
- omavalvonnan järjestelmälliseksi toteuttamiseksi sekä
- työn tuottavuuden ja vaikuttavuuden parantamiseksi.

### **Suositus 5.**

Henkilöstön mitoittamisen osalta julkisia ja yksityisiä palveluntuottajia ohjataan, valvotaan ja seurataan samoin perustein:

- yksityisen toimintayksikön toiminnan käynnistyessä toimilupaa myönnettäessä ko. myöntämisaikakohtaan sidottu (numeerinen) henkilöstömitoitustavoite poistetaan toimiluvista
- yksityisiltä ja julkisilta palveluntuottajilta valvontaviranomaisten edellyttämä erillinen 0.1 - tukipalveluhenkilöstömitoitustavoite poistetaan.

## ***Ikäystävällinen palvelujen rakenne yhdistää asumisen ja palvelut uudella tavalla***

*Tavoitteena on lisätä iäkkään väestön kotona asumisen mahdollisuuksia. Jotta ikääntynyt väestö voi asua nykyistä pidempään kotona on investoitava a) terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen edistämiseen sekä b) kuntoutuksen lisäämiseen ja monimuotoistamiseen. Palvelujen järjestämistä vastaisen tahon haasteena on erityisesti:*



1. turvata ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista järjestelmällisesti tukevat lakisääteiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut (erit. vanhuspalvelulaki 5 §, 12 §) ja vahvistaa näiden osuutta palvelurakenteessa.
2. edistää ikääntyneen väestön kotona asumisen mahdollisuuksia (vanhuspalvelulaki 14 §) uudistamalla kotiin tuotavien palvelujen valikkoa asiakkaiden tuen ja palvelujen tarpeen perusteella, erityisesti kotiin tuotavia kuntoutuspalveluja, kotona annettavaa ensihoitoa ja kotisairaalan palveluja.
3. tukea omaistaan/läheistään hoitavia

Asumisen ja palvelujen samanaikaisen kehittämisen tavoitteena on lisätä

- koko ikääntyneen väestön tietoisuutta asumisen ennakkoinnin merkityksestä sekä mahdollisuuksia tehdä valintoja asumisen suhteen tulevia tarpeita ennakoiden
- ympärivuorokauden hoitoa ja huolenpitoa tarvitsevien asiakkaiden mahdollisuutta elää ja asua kodikkaassa ympäristössä, jossa tarvittava hoito ja huolenpito on turvattu.

[Laissa ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista \(980/2012\) säädetään palvelujen rakenteesta \(14 & 14 a §\). Ao. suositukset täsmentävät säännösten sisältöä.](#)

#### **Suositus 1.**

Palvelurakenne ja -valikoima on suunniteltava kunnan/alueen asukkaiden tarpeet huomioon ottaen yhtenäisenä, integroituna kokonaisuutena huomioon ottaen:

- väestön ikärakenne ja -ennuste,
- yli 75/80 -vuotiaiden toimintakyvyn kehitys,
- suuret palvelutarpeiden aiheuttajat, kuten etenevien muistisairauksien vallitsevuus,
- ikääntyneen väestön taloudellinen tilanne, erityishuomio pienituloisten ikääntyneiden määrään ja tilanteen kehityssuuntaan,
- ikääntyneen väestön asuinolot ja elinympäristö (esteettömyys, turvallisuus),
- ikääntyneen väestön kielelliset tarpeet ja kulttuuriset eroavuudet.

Koko ikääntyneestä väestöstä on yhtenäisellä tavalla tunnistettava suuret palvelujen tarvisjaryhmät. Näiden ryhmien palvelurakennetta ja palveluiden kohdentumista on seurattava erikseen.

Eryteisesti on kehitettävä

- mahdollisimman tervettä ja toimintakykyistä ikääntymistä turvaavia toimia ja palveluja,
- asumisen vaihtoehtoja ja ennakkointia ja varautumista osana neuvonta- ja ohjauspalveluja,
- kuntoutusta,
- kotihoidon määrää ja sisältöä,
- kotiin annettavien palvelujen palveluvalikkoa niin, että käytettävissä on kotiin annettavia kuntoutuspalveluja, lääkärikonsultaatioita, kotisairaalan palveluja sekä ensihoidon kotiin annettavia päivystyspalveluja,
- kotiutuspalveluita sekä
- omais- ja perhehoitoa.

#### **Suositus 2.**

lääkkäiden ihmisten tarpeet on otettava huomioon asuntokannan korjaamisen edistämässä ja asuinympäristöjen suunnittelussa ja ylläpidossa. Asuinympäristöjä on kehitettävä



esteettömiksi ja turvallisiksi sekä yhteisöllisyyttä ja osallisuutta tukeviksi. Tämä edellyttää hallintokuntien välistä yhteistyötä.

Asumisen ja palvelujen ratkaisuja suunniteltaessa on noudatettava normaaliuden periaatetta niin, että iäkkäiden asunnot ovat mahdollisimman usein tavanomaisessa asuntokannassa. Asumisen ja palvelujen toimivaksi yhteensovittamiseksi on kehitettävä myös uudenlaisia esteettämiä, turvallisuutta sekä itsemääräämistä tukevia yhteisöllisiä ratkaisuja, jotka huomioivat toimintakyvyssä tapahtuvat muutokset. Nämä ratkaisut on rakennettava paikallisiin olosuhteisiin sopiviksi.

## **Teknologiasta kaikki irti!**

*Luonnos valtioneuvoston periaatepäätökseksi automatisaatiosta ja robotiikasta esittää vuoteen 2020 robotiikan ja automaation käytön huomattavaa lisääntymistä kaikilla toimialoilla. Luonnoksessa todetaan myös, että Suomessa on merkittäviä haasteita kehittää robotiikkaa ja hyödyntää sitä, mutta myös vahvuuksia, joiden avulla onnistumisia alueella voi syntyä nykyistä huomattavasti enemmän. Robotisaatio voi luoda aivan uusia mahdollisuuksia hyödynnettäväksi iäkkäiden henkilöiden asumisessa ja palveluissa. Iäkkäiden palveluissa automatiikkaa ja robotiikkaa voidaan käyttää osana asiakkaiden omahoitoa, omaishoitajien tukea sekä henkilöstön työtehtäviä ja hallinnollisia ja organisatorisia tehtäviä. Robotiikan ja automatiikan hyödyntämisen lähtökohdaksi tulee olla iäkkään henkilön itsemääräämisoikeuden ja omatoimisuuden tukeminen ja lisääminen, palvelun parantaminen ja henkilöstön työn kehittäminen ja vahvistaminen*

### *Asumiseen ja yhteydenpitoon liittyvä teknologia*

*Iäkkäiden kotona asumista voidaan tukea esimerkiksi hyödyntämällä älykäästä taloteknologiaa. Näitä ovat mm. liesi- ja jääkaappivahdit, palovaroittimet, ovien ja ikkunoiden aukaisuista hälyttävät laitteet sekä automaattisesti apua hälyttävät laitteet. Teknologia lisää myös mahdollisuuksia uudelleen yhteydenpitoon iäkkään henkilön ja hänen lähipiirinsä kanssa sekä muiden hoitoa ja palvelua tarjoavien tahojen kanssa.*

*Monitoimiset kotiapurobotit ja muut teknologiasovellukset voivat jatkossa pidentää iäkkäiden henkilöiden ja liikuntarajoitteisten henkilöiden kotona asumisen aikaa. Kotona asumisen tueksi on esimerkiksi tarjolla teknologisia sovelluksia, joilla voi saada yhteyden terveydenhuollon yksikköön tai omaisiin tai jotka voivat tukea liikkumista. Käytössä on enenevässä määrin elintoimintoja monitoroivia rannekeita, mattoja yms. sovelluksia.*

### *Iäkkäiden palveluja tukeva teknologia*

*On esitetty arvio, että noin 20 prosenttia sairaanhoitajien ja lähihoitajien työtehtävistä pystyttäisiin korvaamaan muutaman vuoden kuluessa jo olemassa olevilla robotiikan ja automatiikan sovelluksilla. Teknologisten ratkaisujen investointi- ja käyttökustannukset voivat olla aluksi suuret, mutta niistä saatava hyöty realisoituu ajan kuluessa vähentäen henkilöstön määrällistä tarvetta. Erityisesti robotiikalla voidaan korvata välillistä hoitotyötä, kuten tarvikkeiden ja laitteiden siirtelyä, aterioiden kuljetusta sekä osaa lääkehoidosta. Lääkkeiden koneellinen annosjakelu vähentää lääkehoitovirheitä ja lääkehukkaa, kun asiakkaille jaetaan käytettävät lääkkeet esimerkiksi viikon jaksoille. Yhteensopivien tietojärjestelmien kehittäminen on keskeisessä asemassa myös teknologian hyödyntämisessä.*

*Hoitotyötekijöiden työaika ja -kuormitusta voidaan säästää käyttämällä robotteja esimerkiksi asiakkaan nostamisessa, siirtämisessä ja asiakkaan oman liikkumisen tukena. Uudenlaiset hyväksi havaitut toimintamallit kuten kinestesiologia lisäävät asiakkaiden omaa liikkumista ja samalla tukevat henkilöstön työskentelyä. Robotiikalla voidaan lisätä ja parantaa iäkkäiden kognitiivisia taitoja, omatoimisuutta, itsenäisyyttä ja yksityisyyttä. Jo tällä hetkellä on käytössä erilaisia vuorovaikutus-, seura- ja terapiarobotteja.*

*Robotiikkaa voidaan hyödyntää myös hallinnollisissa tehtävissä. Työvuorolistojen tekeminen on esimerkki varsin paljon aikaa vievästä toiminnasta, joka voidaan hoitaa myös robotisaation avulla. Teknologian käyttöönotossa on varmistettava riittävä tuki, ohjaus ja neuvonta sekä iäkkäille ihmisille, omaisille että henkilöstölle.*

### **Suositus 1.**

Asiakkaiden hyvinvoinnin ja turvallisuuden lisäämiseksi sekä henkilöstön työajan uudelleen kohdentamiseksi tai korvaamiseksi on hyödynnettävä robotisaation mahdollisuuksia nykyistä laajemmin.

- Asiakkaiden hyvinvointia lisääviä teknologisia ratkaisuja ovat mm. sosiaalista toimintakykyä aktivoivat sovellukset, terapiarobotit, lääkemuistutusrannekkeet, videopuheluyhteydet, hyvinvointi TV:t sekä monenlaiset arkielämää ja liikkumista helpottavat ratkaisut.
- Asiakkaiden turvallisuutta lisääviä teknologisia ratkaisuja ovat asiakkaiden turva- ja elintoimintojen monitorointirannekkeet sekä liikkumisen havaitsevat anturit tai lattiat, jotka hälyttävät henkilökunnan tai omaiset paikalle tarvittaessa.

### **Suositus 2.**

Lääketurvallisuuden lisäämiseksi, lääkehukan vähentämiseksi ja henkilökunnan työajan uudelleen kohdentamiseksi tai korvaamiseksi, on lisättävä lääkkeiden koneellista annosjakelua<sup>5</sup> sekä koti- että ympärivuorokautisen hoidon toimintayksiköissä. Lääkehoidon tulee kuitenkin olla ammattilaisten vastuulla ja asiakkaiden lääkityksen vaikutuksia on arvioitava jatkuvasti ja asianmukaisuutta arvioitava säännöllisesti vähintään puolivuositain.

### **Suositus 3.**

Johtamisen tehostamiseksi on hyödynnettävä toiminnan ohjausjärjestelmiä, joiden avulla työntekijöiden työaika voidaan kohdentaa asiakastyöhön erityisesti kotihoidossa. Myös erilaisten rutiinisti toistuvien hallinnollisten toimien, kuten työvuorolistojen laatimisen, tukena on hyödynnettävä sovelluksia, jotka vapauttavat työaika strategisesti tärkeämpiin kohteisiin.

<sup>5</sup> Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus, Terveystieteiden tutkimuskeskus, KELA. Lääkkeiden potilaskohtaisen annosjakelun hyvät toimintatavat. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportteja ja muistioita 2016:1.

# Suosituksen iäkkäisiin ihmisiin kohdistuvien ja kustannusvaikutusten arviointi

## *Suosituksen ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi*

Suosituksilla on ennakoitavia hyvinvointi- ja terveysvaikutuksia sekä iäkkäille ihmisille, heidän läheisilleen että ikäihmisten palveluissa toimivalle henkilöstölle.

Iäkkäille ihmisille on odotettavissa enemmän tukea ja osallistumismahdollisuuksia mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen lisäämiseksi ja omaan toimintakykyyn vaikuttamiseksi. Iäkkäille kohdentuva tuki, ohjaus ja palvelut perustuvat laajaan ja kattavaan palvelutarpeen arviointiin ja palvelut ylläpitävät ja lisäävät toimintakykyä ja kuntoutumista kaikissa eri toimintaympäristöissä: kotona, palvelutalossa tai muissa ympärivuorokautista hoitoa tarjoavissa toimintayksiköissä.

Iäkkäiden palveluissa toimivan henkilökunnan ja johtajien tueksi haetaan näyttöön perustuvia toimintamalleja, geroteknologisia ja digitaalisia ratkaisuja sekä robotisaatiota. Nämä keinot muuttavat perinteistä henkilöstön toimenkuvaa ja samalla luovat iäkkäille ihmisille enemmän mahdollisuuksia sekä itsenäiseen selviytymiseen omilla kodeissaan ja lähiympäristössään että ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä.

Erilaiset asumisen, yhteiskuntasuunnittelun ja palvelun ratkaisut mahdollistavat iäkkäiden kotona asumista nykyistä pidempään.

Ihmisiin kohdentuvien vaikutusten arviointia seurataan erilaisten tutkimusten, tilastotietojen ja asiakkaiden, heidän omaistensa ja henkilöstön kokemusten perusteella.

## *Suosituksen kustannusvaikutusten arviointi*

Laatusuosituksen toimeenpanon arvioinnissa käytettävissä olevista ja tarvittavista indikaattoreista ja olemassa olevista aineistoista on kuvaus liitteessä 2. Näitä tietoja ja indikaattoreita hyödynnetään kustannusvaikutusten arvioinnissa. Laatusuosituksessa on suosituksia, joiden osalta ei säästöpotentiaalia kerry lyhyellä aikavälillä. Mutta on myös niitä suosituksia, joiden osalta säästöpotentiaalia on saatavissa, myös lyhyellä aikavälillä.

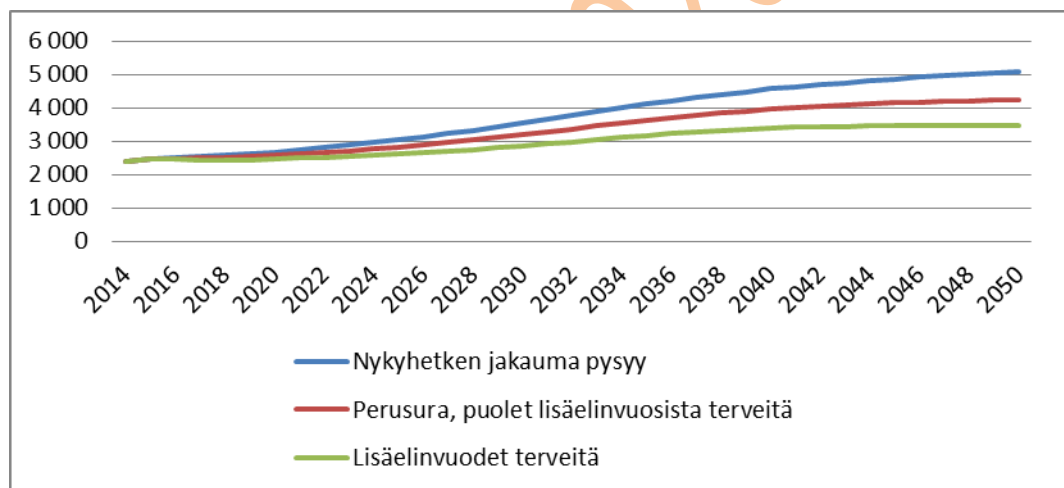
Turvataan yhdessä mahdollisimman toimintakykyistä ikääntymistä

Suosituksissa esille nostetut terveyden ja toimintakyvyn edistämisen keinot, yhteistyö ja riskiryhmiin kohdentuva toiminta on tutkimuksissa osoitettu sekä vaikuttavaksi että kustannusvaikuttavaksi. Tällaisen näyttöön pohjautuvan toiminnan käyttöönotto hillitsee jatkossa kustannusten kasvua mm. ennaltaehkäisemällä ympärivuorokautisen hoidon tarvetta. Terveemmän ja toimintakykyisemmän ikääntymisen kustannusvaikutukset realisoituvat pidemmällä aikavälillä, ei vielä vuoteen 2019 asti ulottuvalla tarkastelulla.

Kuviossa 1. on esitetty skenaarioita siitä, miten ympärivuorokautisen hoidon kustannukset määrittyvät eri oletuksilla. Laskelmassa käytetyt vuoden 2014 kustannustiedot on kerätty THL:n terveydenhuollon menot ja rahoitus -raportin tiedoista ja sieltä vielä erikseen arvioitu

ympäri vuorokautisen palveluasumisen kustannukset. Nämä tiedot pohjautuvat kuuden suurimman kaupungin tietoihin iäkkäiden palvelujen kustannusten tarkemmasta jakaumasta ja jakaumaa on sovellettu koko maan tasolle. Kustannusten kasvu on laskettu STM:n sosiaalimenojen ennustemallilla, joka huomioi väestönkasvun. Mallilla on tehty kolme eri skenaariota siitä miten vanhenevan väestön palvelujen tarve kehittyy. Ensimmäisessä kuvaajassa oletetaan, että nykyinen ikäryhmäkohtainen palvelujen tarve säilyy. Näin ollen vanheneva väestö aiheuttaa kustannusten kasvua. Toisessa skenaariossa oletetaan, että puolet oletetuista lisäelinvuosista (elinajanodotteen pitenemisestä) ovat terveitä. Kolmannessa skenaariossa oletetaan, että kaikki lisäelinvuodet ovat terveitä eli eliniän odotteen kasvu ei pidennä odotettua hoidossa vietettyä aikaa elämän viimeisinä vuosina. Kaikissa skenaarioissa on oletettu, että kustannustaso on sama kuin vuonna 2014.

Skenaariot osoittavat, että ympärivuorokautisen hoidon kustannukset kaksinkertaistuvat vuoteen 2050 mennessä. Mikäli päästään tilanteeseen, jossa palveluntarvetta voidaan vähentää eli ikääntymisen tuomista lisävuosista puolet on terveitä, kustannusten kasvu hidastuu. Mikäli kaikki lisääntyvät elinvuodet ovat terveitä, kustannusten kasvu on edellistäkin maltillisempaa. Tämän sisältökokonaisuuden suosituksille **ei ole arvioitu lyhyen aikavälin säästöpotentiaalia** vuoteen 2019.



Kuvio 1. Ympäri vuorokautisen hoidon menot (M€) eri oletuksilla hoidon tarpeen kehityksestä. Projektio vuoteen 2050.

### Asiakas- ja palveluohjaus keskiöön

Asiakas-/palveluohjauksesta on kokemuksia useista kunnista ja se on osoittautunut yhdeksi vaikuttavimmista keinoista edistää iäkkäiden mahdollisuuksia saada tietoa ennaltaehkäisystä, alueen järjestöjen, yritysten, seurakuntien ym. toiminnasta, sekä tuista ja palveluista. Palvelujen järjestäjän näkökulmasta etenkin paljon palveluja ja tukia käyttävien asiakkaiden palveluprosessit on saatu joustavammiksi ja kustannusten kasvua siltä osin hillittyä. Erittäin tärkeää on tunnistaa paljon palveluja käyttävät asiakasryhmät, jotka kerryttävät valtaosan kustannuksista). Siten toimiva asiakas- ja palveluohjaus voi tuoda suuren säästön sekä ohjaamalla apua hakevan ihmisen käypäisen tuen tai palvelujen ulottuville: kaikki eivät suinkaan tarvitse sosiaali- ja terveyspalveluja, vaan monelle, esimerkiksi yksinäisyydestä kärsivälle iäkkäälle, apu löytyy järjestöjen toiminnoista (esim. Ystäväpiiri). Jopa 80 % apua hakevista ei ole tarvinnut tuekseen sote -palvelua (case Oulu).

Asiakas- ja palveluohjauksen toiminnasta ei ole vielä koottuna valtakunnallista tietoa, siksi sen toteutumista joudutaan arvioimaan erillisillä tiedonkeruilla ja hyödyntämällä soveltuvin osin paikallisia toiminnanohjausjärjestelmiä. Tästä syystä tietoperusta kustannusvaikutusten arviointitietoa varten on parhaillaan muotoutumassa. Lisäksi ikäihmisten kotihoidon ja omaishoidon kärkihankkeessa kokeillaan keskitettyä asiakas- ja palveluohjausmallia, josta saadaan seurantatietoa vuosina 2017 ja 2018. *Siksi tämän sisältökokonaisuuden suosituksille ei ole tässä arvioitu säästöpotentiaalia.*

## Säästöpotentiaalia

Laadulla on tekijänsä

Säästöpotentiaalia on kerrytettävissä erityisesti seuraavien suositusten osalta. Johtamisen tehostamisella voidaan saada sairauspoissaoloja vähenemään. Lähiesimiehen rooli on merkittävä henkilöstön hyvinvoinnin turvaajana, kuten sairauspoissaolojen määrään vaikuttajana. Tästä on pitävä tieteellinen näyttö. Koti- ja ympärivuorokautisen hoidon henkilöstöllä on keskimäärin 25 sairauspoissaolopäivää vuodessa. Jämäkkä johtaminen ja varhainen puuttuminen henkilöstön työkyvyn muutoksiin ovat keinoja vähentää henkilöstön sairauspoissaoloja (etenkin omalla ilmoituksella olevat poissaolot). Säästöpotentiaali voi olla merkittävä, mikäli sairauspoissaoloja saadaan vähennettyä yhdellä tai useammalla päivällä.

Teknologiasta kaikki irti

Teknologiaa voidaan hyödyntää monella eri tavoin ikäihmisten palveluissa. Koneellinen lääkkeiden annosjakelu lisää asiakkaiden lääketurvallisuutta vallankin, jos samalla tarkistetaan asiakkaiden kokonaislääkitys. Kun jatkossa lääkkeiden jakelun vaatima työaika huomioidaan henkilöstötarvetta vähentävänä aikana, voidaan saada säästöä. Erilaisen turvateknologian hyödyntäminen lisää asiakkaiden ja henkilöstön turvallisuutta. Mikäli turvateknologia aidosti vähentää tarvittavaa henkilöstön työaikaa, voi säästöpotentiaali olla suuri.

## Arvioidut säästöt 2019 loppuun mennessä

Laadulla on tekijänsä

Henkilöstökustannukset muodostavat suurimman kustannuserän iäkkäiden palveluissa. Henkilöstön määrästä ja tehtävärakenteesta on käytettävissä ainutlaatuisen kattava tietoperusta, sillä näitä on seurattu tarkasti osana nk. vanhuspalvelunlain toimeenpanon seurantaa vuosina 2013, 2014, ja 2016. Henkilöstörakennetta monipuolistetaan ottamalla iäkkäiden sosiaalista toimintakykyä tukevat henkilöstöryhmät (kuten viriketoiminnan ohjaajat) mukaan henkilöstömitoitukseen.

Henkilöstörakennetta muutetaan siten, että lisätään hoiva-avustajien määrää henkilöstössä ja huomioidaan hoiva-avustajien koko työaika henkilöstömitoituksen laskemisessa. Myös hoito- ja laitospulaiset huomioidaan henkilöstömitoituksessa koko työaikansa osalta. Nämä muutokset kerryttävät säästöpotentiaalia, mikäli samaan aikaan henkilöstön määrä pidetään ennallaan. Jotta hoiva-avustajien määrää voidaan lisätä, hoiva-avustajien vuoden kestävä työllisyyskoulutus on aloitettava välittömästi sekä suomen- että ruotsinkielisenä (vastuuministeriö TEM).

Yksityisten ja julkisten palveluntuottajien aseman ja valvonnan yhdenmukaistamiseen liittyen erillisen ns. 0,1 tukipalveluhenkilöstövaateen poistaminen toimiluvista arvioidaan tuovan säästöä, samoin sitovan numeerisen henkilöstömitoitustason jättäminen pois toimiluvista toiminnan käynnistyessä<sup>6</sup>.

Yksityisen palvelutuotannon kustannusten alenemisen siirtyminen palvelunjärjestäjälle/kilpailuttajan hyödyksi, on mahdollista toteuttaa joko neuvottelemalla kilpailutussopimukset ja muuttamalla valvontaa ja jo myönnettyjä toimilupia.

**Yhteensä edellä mainittuihin toimenpiteisiin sisältyy 33,5 miljoonan euron säästöpotentiaali, joka on toteutettavissa vuoden 2019 loppuun mennessä.**

Luonnos - Versio 02052017

---

<sup>6</sup> Vuoden 2014 tehostetun palveluasumisen yksiköissä toteutunut henkilöstömitoitus oli keskimäärin yksityisillä yksiköillä 0,64 ja julkisilla yksiköillä 0,61. Asiakasrakenne näissä palvelumuodoissa oli molemmissa hyvin samankaltainen. Kun yksiköiltä poistuu korkeampi aloitusmitoitusvaade, on todennäköistä että toteutuneet henkilöstömitoituksen keskiarvot lähenevät tosiaan.

# Keskeiset käsitteet

## Asiakas- ja palveluohjaus

Asiakas- ja palveluohjaus on keskeinen osa iäkkäiden palvelukokonaisuutta. Sen tavoitteena on helpottaa neuvoa, apua, tukea ja palveluita hakevien ihmisten ja palveluja jo saavien asiakkaiden elämää sekä koordinoita ja sujuvoittaa palveluiden kohdentumista asiakkaiden arvioitujen palvelutarpeiden mukaan. Palveluohjauksen keskeisiä periaatteita asiakkaan kannalta on matala kynnyks, saavutettavuus 24/7, yhteydenoton helppous ja yhdenvertaisuus. Palveluohjaukselle tyypillistä on verkostomainen työskentelytapa. Se toimii yhteistyössä eri tahojen ammattilaisten kanssa sekä omaisten kanssa.

## Automatiikka (ja robotiikka)

Tarkoittavat vuorovaikutuksellisia ja älykkäitä teknologisia ratkaisuja, jotka keräävät, tallentavat ja tuottavat tietoa.

## Eettiset periaatteet

Sosiaali- ja terveydenhuollon eettisenä lähtökohtana on kunnioittaa asiakkaidensa ja potilaidensa perusoikeuksia, arvostaa itsemääräämistä ja oikeutta tehdä valintoja sekä kohdella heitä yhdenvertaisesti ja tasapuolisesti (ETENE, 2011).

## Ennakoarviointi

Ennakoarvioinnilla tarkoitetaan tässä yhteydessä ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointia (IVA), prosessia, jossa ennalta arvioidaan tekeillä olevien päätösten vaikutuksia ikäihmisten hyvinvointiin ja terveyteen. Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi voidaan toteuttaa laajana tai nopeutettuna. Nopeaa ennakoarviointia käytetään sellaisenaan päätöksenteossa ja laajemman ennakoarvioinnin tarpeen tunnistamiseksi. Laaja ennakoarviointi edellyttää tarkkaa suunnitelmaa ja voimavaroja.

## Esteettömyys

Esteettömyys on laaja kokonaisuus, jonka toteutuminen mahdollistaa kaikkien ihmisten sujuvan osallistumisen arjen askareisiin, harrastuksiin, kulttuuriin ja opiskeluun. Esteettömyys on saavutettavuutta. Se merkitsee palvelujen saatavuutta, välineiden käytettävyyttä, tiedon ymmärrettävyyttä ja mahdollisuutta osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon. Fyysisen ympäristön esteettömyys tarkoittaa kaikille käyttäjille toimivaa, turvallista ja miellyttävää rakentamista. Kaikkiin tiloihin ja kerrostasoihin on helppo päästä. Lisäksi tilat ja niissä olevat toiminnot ovat mahdollisimman helpokäyttöisiä ja loogisia.

## Geroteknologia

lääkille suunniteltu teknologia, jonka suunnittelussa yhdistyvät gerontologinen ja teknologinen tieto.

## Henkilöstömitoitus tehostetussa palveluasumisessa

- Suunniteltu henkilöstömitoitus tarkoittaa henkilöstön ja hoidettavien asiakkaiden välistä laskennallista suhdelukua. Esimerkiksi, jos työyksikössä työskentelee 20 hoitotyöntekijää ja yksikössä on yhteensä 40 asiakasta, henkilöstön ja asiakkaiden välinen laskennallinen suhdeluku on 20/40 eli 0,5.
- Toteutunut henkilöstömitoitus mitoitusta, jossa poissaolevien työntekijöiden osuus on korvattu sijaisilla. Toteutunutta henkilöstömitoitusta voidaan arvioida esimerkiksi vähintään viikon ajalla toteutuneena työaikana (tunteina), joka laskennallisesti palautetaan henkilöstö/asiakas tunnuslukuun.

## Henkilöstömitoitus kotihoidossa

Henkilöstön vähimmäismäärä kotihoidossa määritellään a) laskemalla yhteen asiakkaalle päätöksellä myönnetty palveluaika tunteina (terveydenhuollossa hoitopäätös, sosiaalihuollossa hallintopäätös) ja b)



käytettävissä olevan henkilöstön välittömään asiakastyöaikaan käytettävissä aika tunteina. Kun jaetaan henkilöstön välittömään työaikaan käytettävissä oleva tuntimäärä kotihoidon asiakkaille päätöksellä myönnettyllä tuntimäärällä ja kerrotaan sadalla, saadaan suhdeluku, joka kertoo, kuinka suuri osa myönnetystä palvelusta pystytään toteuttamaan. Jakamalla asiakkaille päätöksellä myönnetty palveluaika esimerkiksi yhden kotihoitajan käytettävissä olevalla tuntimäärällä, saadaan selville tarvittavan henkilöstön lukumäärä.

### **Ikääntynyt väestö**

Ikääntyneellä väestöllä tarkoitetaan vanhuuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä olevaa väestöä

### **lääks henkilö**

lääksällä henkilöllä tarkoitetaan henkilöä, jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen vuoksi taikka korkeaan ikään liittyvän rappeutumisen johdosta.

### **Kotihoito**

Kotihoitoon sisältyy kotipalvelua tukipalveluineen ja kotisairaanhoidtoa sisältäen siihen liittyvän kuntoutuksen. Kotihoito voi olla säännöllistä tai tilapäistä asiakkaan asuinpaikassa, kotona tai siihen verrattavassa paikassa moniammatillisesti toteutettua terveyden ja sairaanhoidon palvelua. Säännöllisen kotihoidon asiakkaita ovat ne kotipalvelun/ kotisairaanhoidon asiakkaat, joilla on voimassa oleva palvelu- ja hoitosuunnitelma asuinpaikasta riippumatta.

### **Kotihoidon asiakkaat**

Seuraintaindikaattorissa säännöllisen kotihoidon asiakkaiksi lasketaan ne kotipalvelun tai kotisairaanhoidon asiakkaat, joilla on laskentapäivänä (30.11.) voimassa oleva palvelu- ja hoitosuunnitelma tai jotka muuten (ilman palvelusuunnitelmaa) saavat säännöllisesti vähintään kerran viikossa palveluja. Asiakkaisiin ei kuitenkaan sisälly niitä henkilöitä, jotka ovat laitoshoidossa tai asumispalvelujen piirissä laskentapäivänä, vaikka heillä olisi voimassa oleva palvelu- ja hoitosuunnitelma.

### **Kotona asuva henkilö**

Kotona asuiksi lasketaan muut kuin sairaaloissa ja terveyskeskuksissa pitkäaikaishoidossa, vanhainkodeissa, vanhusten tehostetussa palveluasumisessa, kehitysvammalaitoksissa tai kehitysvammaisten autetussa asumisessa olleet. Väestötietoina käytetään vuoden viimeisen päivän tietoa.

### **Kuntoutumista edistävä työtapa**

Kuntoutumista edistävän työtavan tavoitteena on parantaa asiakkaiden elämänhallintaa ja tukea asiakkaan omia voimavaroja selviytyä arjessa. Työtapa perustuu asiakkaan ja työntekijän yhteiseen työskentelyyn, jossa pyritään rohkaisemaan asiakasta päättämään asioistaan ja yhdessä saamaan aikaan muutos asiakkaan elämäntilanteessa ja toimintaedellytyksissä vahvistamalla hänen omaa toimintakykyään ja vastuunottoaan. Työssä käytetään erilaisia selviytymistä ja elämänhallintaa edistäviä tai asiakkaan omatoimisuutta tukevia työtapoja. lääksään henkilön kanssa voidaan esimerkiksi yhdessä valmistaa ateria, käydä ostoksilla hakemassa siihen tarvittavat aineet ja tehdä yhdessä muitakin asiakkaan itsensä esille nostamia arkisia askareita, joissa asiakkaalla on vaikeuksia suoriutua, joko voimattomuuden tai tasapainovaikeuksien taikka muun syyn takia. Kuntoutumista edistävää toimintaa on olennainen osa kotihoitoa ja ympärivuorokautista palvelua, jossa myös paljon apua ja tukea tarvitsevat asiakkaat hyötyvät säännöllisestä kuntouttavasta toimintatavasta.

### **Kuntoutus**

Kuntoutuksen tavoitteena on lääksään ihmisen toimintakyvyn parantaminen tai säilyttäminen ja mahdollisimman itsenäinen selviytyminen elämän eri tilanteissa. Kuntoutus on suunnitelmallista, tavoitteellista ja monialaista, yleensä kestoaltaan rajattua, mutta pitkäjänteistä toimintaa. Kuntoutuksen tavoitteena on auttaa kuntoutujaa hallitsemaan elämäänsä tilanteissa, joissa hänen mahdollisuutensa



selviytymiseen sosiaalisessa ja fyysisessä ympäristössä ja osallisuuden toteuttamiseen ovat eri syistä uhattuina tai heikentyneet. Ihmisen arjen kannalta kuntoutus merkitsee toimintaedellytysten tukemista ja järjestämistä. Yksilöllisten kuntoutustarpeiden arvioinnissa sekä kuntoutuksen tavoitteiden saavuttamisen arvioinnissa tulee käyttää luotettavia mittareita ja arviointimenetelmiä.

Kuntoutus sisältää yksilöllisten tarpeiden mukaan erilaisia palveluja, kuten neuvontaa, terapioita, koulutusta, apuvälinepalveluja, asunnon korjausneuvontaa ja muutostöitä. Kokonaisuuteen kuuluu sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon palveluita, mutta myös esimerkiksi liikuntatoimen ja järjestöjen tuottamia palveluita. Kuntoutujan omalla ja hänen läheistensä toiminnalla on kuntoutuksessa ja kuntoutumisessa keskeinen osuus.

### **Laatu**

Laatu tarkoittaa palvelun kykyä vastata asiakkaiden tunnistettuihin palvelutarpeisiin järjestelmällisesti, luotettavasti, vaikuttavasti, säännösten mukaan ja kustannustehokkaasti. Laadukkaan palvelun lähtökohdina ovat asiakkaan tarpeet ja se ylläpitää ja/tai parantaa asiakkaan toimintakykyä sekä lisää hyvinvointia ja terveyshyötyä. Laadukkaat palvelut turvaavat myös hyvän hoidon aina elämän loppuvaiheeseen saakka. Tärkeä palvelujen laadun indikaattori on asiakkaan oma kokemus saamastaan avusta ja kohtelusta. Hyvälaatuinen palvelu vastaa asiakkaan arvioituun palvelutarpeeseen oikea-aikaisesti palvelukokonaisuudella, joka on vaikuttava ja turvallinen sekä hyvin koordinoitu ja johdettu.

Laadun arviointikohteet voidaan määrittää rakenne- ja prosessitekijöihin sekä lopputuloksiin. Rakennetekijät luovat toiminnalle edellytykset. Näitä ovat esimerkiksi henkilökunnan määrä ja rakenne, johtamis- ja työnjakokäytännöt ja hoitoympäristöt, ylipäätään tekijät, jotka luovat edellytyksiä toimiville prosesseille ja sitä kautta vaikuttaville tuloksille. Prosessitekijät käsittävät koko toimintaprosessin, joka alkaa asiakkaan saapuessa palvelujen piiriin ja päättyy hänen poistuessaan. Prosessia arvioidaan kiinnittämällä huomio toimintaan: onko toiminta sellaista, että se takaa laadukkaan ja vaikuttavan hoidon ja palvelun asiakkaalle. Lopputulosten arviointi viittaa tavoitteiden saavuttamiseen: saavutettiin asiakkaan tilassa tai käyttäytymisessä sellaisia muutoksia, joita tavoiteltiin.

### **Omaishoito ja omaishoidon tuki**

Omaishoidolla tarkoitetaan vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön hoidon ja huolenpidon järjestämistä kotiloissa omaisen tai muun hoidettavalle läheisen henkilön avulla. Omaishoidon tuki tarkoittaa ikääntyneen, vammaisen tai sairaan henkilön kotiloissa tapahtuvan hoidon ja huolenpidon turvaamiseksi annettavaa hoitopalkkiota ja -palveluja, jotka määritellään hoidettavan palvelusuunnitelmassa. Kunta ja hoitaja tekevät omaishoidon tuesta sopimuksen. Omaishoidon tuen asiakkaiksi lasketaan omaishoidon tuella vuoden aikana hoidetut asiakkaat.

### **Palvelutarpeen arviointi**

Asiakkaan palvelutarve arvioidaan käyttäen luotettavia, yhtenäisiä ja vertailukelpoisia arvioinnin välineitä, hyödyntäen eri ammattilaisten osaamista.

### **Palvelurakenne**

Palvelurakenne tarkoittaa kunnan tai yhteistoiminta-alueen järjestämien sosiaali- ja terveystarpeiden kokonaisuutta, joilla vastataan tietyn väestön palvelutarpeisiin. Rakenne esitetään usein vuoden aikana palveluissa olleiden asiakkaiden määrään tai osuutena, joka on suhteutettu vastaavanikäiseen väestöön.

### **Perhehoito**

Sosiaalihuoltolain (25 §) mukaan perhehoidolla tarkoitetaan henkilön hoidon, kasvatuksen tai muun ympärivuorokautisen huolenpidon järjestämistä hänen kotinsa ulkopuolella yksityiskodissa. Perhehoidon tavoitteena on antaa perhehoidossa olevalle henkilölle mahdollisuus perheenomaiseen hoitoon ja läheisiin ihmissuhteisiin sekä edistää hänen perusturvallisuuttaan ja sosiaalista kehitystään. Perhehoitoa annetaan henkilölle, jonka hoitoa, kasvatusta tai muuta huolenpitoa ei voida tarkoituksenmukaisesti järjestää hänen

omassa kodissaan tai muita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita hyväksi käyttäen ja jonka ei katsota olevan laitoshuollon tarpeessa.

### **Potilasturvallisuus**

Potilasturvallisuudella tarkoitetaan periaatteita ja toimintakäytäntöjä, joilla varmistetaan potilaiden terveyden- ja sairaanhoidon palvelujen turvallisuus. Tässä yhteydessä potilaan hoidon turvallisuudella tarkoitetaan myös ehkäisevän toiminnan, diagnostiikan, hoidon ja kuntoutuksen turvallisuutta. Lääkitysturvallisuus on osa potilasturvallisuutta. Lääkitysturvallisuus käsittää toimenpiteitä lääkkeiden käyttöön liittyvien haittatapahtumien ehkäisemiseksi, välttämiseksi ja korjaamiseksi.

### **Toimintakyky**

Toimintakyvyllä tarkoitetaan sitä, että henkilö selviytyy itselleen merkityksellisistä ja välttämättömistä jokapäiväisen elämän toiminnoista siinä ympäristössä, jossa hän elää. Henkilön arvio omasta toimintakyvystään on yhteydessä hänen terveyteensä ja sairauksiinsa, toiveisiinsa, asenteisiinsa sekä tekijöihin, jotka vaikuttavat suoriutumiseen päivittäisissä perustoimissa, arjen askareissa, työssä, opiskelussa ja vapaa-ajanvietossa. Jotta henkilön toimintakyvystä saadaan riittävän laaja kuva palvelutarpeen selvittämisen perustaksi, on selvittämisessä otettava huomioon henkilön toimintakyvyn eri ulottuvuudet: fyysinen toimintakyky, kognitiivinen toimintakyky, psyykkinen toimintakyky ja sosiaalinen toimintakyky. Tämän lisäksi toimintakykyyn vaikuttavat myös asuin- ja elinympäristöön liittyvät tekijät.

### **Välitön asiakasaika**

Välitön asiakasaika koostuu hoitotoimenpiteistä, lääkehoidosta, kuntoutumista edistävästä työotteesta sekä ikääntyneen henkilön toimintakyvyn ja palvelutarpeen arvioinnista ja hoito- ja palvelusuunnitelman päivytyksistä. Välittömään asiakasaikaan lasketaan mukaan myös kodin ulkopuoliset aktiviteetit (ulkoilu, kaupassa käynti, asiointi) ja kirjaaminen, jos ne suoritetaan yhdessä asiakkaan kanssa. Mukaan lasketaan myös asiakkaan omaishoitajan tukeminen, puhelin- tai muu tekninen yhteys asiakkaan kanssa.

### **Välillinen asiakasaika**

Välilliseen asiakasaikaan lasketaan matka-ajat, asiakastietojen kirjaaminen ja muu asiakastyö toimistolla sekä työyhteisön sisäiset palaverit, koulutus ja yleisneuvonta.

**LIITE 1. Palvelurakennetta kuvaavat seurantaindikaattorit 2000–2015 (75+, 80+, 85+)**

<b>75-vuotta tai vanhemmat</b>	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Kotona asuvat, % vastaavanikäisestä väestöstä	89,8	89,6	89,5	89,5	90	90,3	90,5	90,6
Omaishoidon tuen hoidettavat vuoden aikana, % vastaavanikäisestä väestöstä	3	3,7	4,2	4,4	4,5	4,6	4,5	4,7
Säännöllisen kotihoidon piirissä 30.11. asiakkaat, % vastaavanikäisestä väestöstä	-	11,2	11,8	12,2	11,9	11,9	11,8	11,8
Ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen asiakkaat 31.12., % vastaavanikäisestä väestöstä	1,7	3,4	5,6	5,9	6,1	6,5	6,7	7,1
Vanhainkodeissa tai pitkäaikaisessa laitoshoidossa terveyskeskuksissa olevat asiakkaat 31.12., % vastaavanikäisestä väestöstä	8,4	6,8	4,7	4,4	3,8	3,1	2,6	2,1
Terveyskeskusten asiakkaat, % vastaavanikäisestä väestöstä	3	2,5	1,5	1,3	1,1	0,9	0,6	0,4
<b>80-vuotta tai vanhemmat</b>								
Kotona asuvat, % vastaavanikäisestä väestöstä	84,4	84,4	85	85,1	85,8	86	86,2	86,5
Omaishoidon tuen hoidettavat vuoden aikana, % vastaavanikäisestä väestöstä	-	-	-	-	5,4	5,5	5,5	5,7
Säännöllisen kotihoidon piirissä 30.11. asiakkaat, % vastaavanikäisestä väestöstä	-	15,7	16,1	16,7	16,3	16,6	16,5	16,4
Ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen asiakkaat 31.12., % vastaavanikäisestä väestöstä	2,6	5,1	8	8,5	8,7	9,3	9,8	10,3
Vanhainkodeissa tai pitkäaikaisessa laitoshoidossa terveyskeskuksissa olevat asiakkaat 31.12., % vastaavanikäisestä väestöstä	12,9	10,3	6,8	6,2	5,3	4,5	3,9	3
Terveyskeskusten asiakkaat, % vastaavanikäisestä väestöstä	4,6	3,7	2,1	1,9	1,6	1,3	0,9	0,6
<b>85 vuotta tai vanhemmat</b>								
Kotona asuvat, % vastaavanikäisestä väestöstä	76,6	76,1	77,6	77,8	78,9	79,5	79,9	80,4
Omaishoidon tuen hoidettavat vuoden aikana, % vastaavanikäisestä väestöstä	5,3	6	6	6,1	6,2	6,5	6,3	6,8
Säännöllisen kotihoidon piirissä 30.11. asiakkaat, % vastaavanikäisestä väestöstä	-	20,5	21,5	22,3	22	22,1	22,2	22,2
Ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen asiakkaat 31.12., % vastaavanikäisestä väestöstä	3,6	7,5	11,9	12,5	12,9	13,6	14,2	15
Vanhainkodeissa tai pitkäaikaisessa laitoshoidossa terveyskeskuksissa olevat asiakkaat 31.12., % vastaavanikäisestä väestöstä	19,6	16,1	10,3	9,4	8	6,6	5,7	4,4
Terveyskeskusten asiakkaat, % vastaavanikäisestä väestöstä	7	5,7	3,1	2,7	2,3	1,8	1,3	0,8
© THL, Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi 2005-2016 - tietoa ei saatavilla								

## LIITE 2. Laatusuosituksen toimeenpanon seuranta: Seuranta-indikaattorit & aineistot.

Laatualue	Indikaattorit	Tietolähde	Huomioitavaa
Turvataan yhdessä mahdollisimman toimintakykyistä ikääntymistä	<p>Yhteistyön toteutuminen eri tahojen kanssa (julkinen, yksityinen, seurakunnat, järjestöt), % kunnista</p> <p>Vapaa ajan liikuntaa vähän harrastavien osuus 75+ täyttäneistä</p> <p>Yksinäiseksi itsensä kokevien osuus 75+ täyttäneistä</p> <p>Muistinsa huonoksi kokeneiden osuus 75+ täyttäneistä</p> <p>Itsensä masentuneeksi kokevien osuus 75+ täyttäneistä</p> <p>Alkoholia humalahakuisesti käyttävien osuus 75+ täyttäneistä</p> <p>Terveystilansa keskitasoiseksi tai huonommaksi kokevien osuus 75+ täyttäneistä</p> <p>Arkitoiminnassa vähintään suuria vaikeuksia kokeneiden osuus 75+ täyttäneistä</p> <p>Influenssarokotusten kattavuus 75+ täyttäneistä</p>	<p>Vanhuspalvelulain toimeenpanon seuranta</p> <p>Alueellinen Terveys ja Hyvinvointi tutkimus (ATH).</p> <p>Rokotusrekisteri, RAI</p>	<p>Valtakunnallinen edustavuus</p> <p>Otospohjainen</p> <p>Kattavuus ympärivuokautisen hoidon asiakkaat noin 50 %, kotihoidon asiakkaat 25 %</p>
Laatualue	Indikaattorit	Tietolähde	Huomioitavaa
Asiakas- ja palveluohjaus keskiöön	<p>Yhteydenotot asiakas- ja palveluohjaukseen lkm ja osuus 75+ täyttäneistä</p> <p>Palveluohjauksen jatkotoimet</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Neuvonta, osuus yhteydenotoista</li> <li>2. Palveluohjaus, osuus yhteydenotoista</li> <li>3. Palvelujen koordinointi ja seuranta, osuus yhteydenotoista</li> </ol> <p>Palvelukoordinaattori nimetty palvelua saaville asiakkaille, osuus palvelua saavista lkm, %</p> <p>Asiakas- ja palveluohjauksen kohdentamat resurssit euroina</p> <p>Yhteinen rekisteri alueen palveluntuottajista kaikkien käytettävissä, osuus maakunnista</p> <p>Asiakkaiden/omaisten/väestön kokemukset palveluohjauksesta ja sen</p>		<p>Tarvitaan erilliskyselyjä sekä arviointia siitä, voidaanko toteuttaa osana AvoHILMON tiedonkeruuta siten, että saadaan tietoa palvelutarpeen arviointiin/palveluohjaukseen tukevista yhteydenotoista ja miten niihin on vastattu, sekä palvelutarpeen arvioinnista, niiden tuloksista ja myönnettyistä palveluista</p>

	toimivuudesta		
Laatualue	Indikaattorit	Tietolähde	Huomioitavaa
Laadulla on tekijänsä	<p>Henkilöstörakenne: suunniteltu ja toteutunut henkilöstömäärä ja osuudet palvelutyypeittäin</p> <p>Asiakkaat: määrä ja osuudet palvelutyypeittäin</p> <p>Henkilöstömitoitus: suunniteltu ja toteutunut palvelutyypeittäin</p> <p>Asiakasrakenne: palveluntarve (Maple), fyysinen (ADL ja IADL), kognitiivinen (CPS), sosiaalinen (Social) ja psyykinen toimintakyky (DRS).</p> <p>Henkilöstön hyvinvointi: fyysinen ja psyykinen kokemus oikeudenmukaisesta johtamisesta ja työn vaatimusten ja hallinnan tasapaino</p> <p>Henkilöstön poissaolot ammattiryhmittäinen / vuosi.</p> <p>Henkilöstön vaihtuvuus ammattiryhmittäin / vuosi.</p> <p>Kotihoidon henkilöstön työajan kohdentuminen asiakaskohtaiseen aikaan.</p> <p>Asiakkailla myönnetyn palveluajan ja toteutuneen palveluajan vertailu (asiakas-, hoito- ja palvelusuunnitelman toteutuminen.</p> <p>Asiakkaiden, omaisten ja henkilöstön kokemus annetusta palvelusta</p>	<p>Vanhuspalvelulain toimeenpanon seuranta, toteutuneen työajan seuranta</p> <p>RAI-rekisteri</p> <p>Henkilöstön hyvinvointi, erillistiedonkeruu. (KuntaKymppi, HELA))</p> <p>Sairauspoissaolot ja vaihtuvuus, erillistiedonkeruu. (KuntaKymppi)</p> <p>Toiminnanohjausjärjestelmät</p> <p>ASLA</p>	<p>Valtakunnallinen</p> <p>Kattavuus ympärivuokautisen hoidon asiakkaat noin 50 %, kotihoidon asiakkaat 25 % Otos pohjainen</p> <p>Osin saadaan olemassa olevasta seurannasta, osa indikaattoreista edellyttää uutta ja laajempaa tiedonkeruuta.</p> <p>Otos pohjainen</p>
Laatualue	Indikaattorit	Tietolähde	Huomioitavaa
Palvelurakenteen muutos	<p>Kotona asuvien osuus 75+, 80+ ja 85+ -vuotiaat vastaavanikäisestä väestöstä</p> <p>Omaishoidon tuen asiakkaina olevien osuus 75+, 80+, 85+ -vuotiaat väestöstä</p> <p>Perhehoidossa olleiden osuus 75+, 80+, 85+ -vuotiaat väestöstä</p> <p>Säännöllisessä kotihoidossa olevien osuus 75+, 80+, 85+ väestöstä</p> <p>Tehostetussa palveluasumisessa asuvien osuus 75+, 80+, 85+ -vuotiaat väestöstä</p> <p>Vanhainkodeissa asuvien osuus väestöstä 75+, 80+, 85+ -vuotiaat väestöstä</p> <p>Terveyskeskusten pitkäaikaishoidossa olevien osuus 75+, 80+, 85+ -vuotiaat väestöstä</p>	<p>Sotkanet</p> <p>HILMO-rekisterit AvoHILMO</p>	

	<p>Muistisairaiden osuus eri palvelumuodoissa 75+, 80+, 85+ -vuotiaat täyttäneistä asiakkaista</p> <p>Useita eri palveluja käyttävien asiakkaiden palvelukokonaisuudet, osuus 75+, 80+, 85+ -vuotiaat täyttäneistä asiakkaista</p> <p>Kuolemat palvelutyypeittäin, osuus 75+, 80+, 85+ -vuotiaat täyttäneistä asiakkaista</p> <p>Kotihoidon asiakkaiden ulospääsy osuus 75+, 80+, 85+ -vuotiaat asiakkaista</p> <p>Hissittömissä vähintään kolmikerroksisissa asunnoissa asuvien 65-täytäneiden määrä</p>		
<b>Laatualue</b>	<b>Indikaattorit</b>	<b>Tietolähde</b>	<b>Huomioitavaa</b>
Teknologiasta kaikki irti	<p>Koneellinen lääkejakelu suurimmalla osalla toimintayksiköiden asiakkaista käytössä, osuus toimintayksiköistä</p> <p>Turvateknologiaa suurimmalla osalla toimintayksikön asiakkaita käytössä; osuus toimintayksiköistä</p> <p>Lääkehoidon tarkistus vähintään puolivuositain kotihoidon asiakkailla</p> <p>Lääkehoidon tarkistus vähintään puolivuositain ympärivuorokautisen hoidon asiakkailla</p>	<p>Vanhuspalvelulain toimeenpanon seuranta</p> <p>RAI-tietokanta</p> <p>RAI-tietokanta</p>	<p>Valtakunnallinen</p> <p>Kattavuus ympärivuorokautisen hoidon asiakkaat noin 50 %, kotihoidon asiakkaat 25 %</p>

## Liite 3. Esimerkki henkilöstömitoitusten laskemisesta (työstetään vielä)

### SUUNNITELLUN JA TOTEUTUNEEN HENKILÖSTÖMITOITUKSEN LASKENTA VUONNA 2014

#### [Ympäri vuorokautisen hoidon 2014 raportointisivulle](#)

Ympäri vuorokautinen hoito. Vanhuspalvelulain toimeenpanon seuranta 2013-2014. THL ja Valvira.

Henkilöstömitoitusten laskenta perustuu niihin tietoihin, jotka toimintayksiköt ovat THL:een lähettäneet:

[linkki 2014 lomakkeeseen \(pdf\)](#)

Kysymykset, joista henkilöstömitoitukset on laskettu, ovat seuraavat:

- 1. yksikön vakanssit ja työsuhteet sosiaali- ja terveydenhuollon koulutuksen suorittaneiden ammattiryhmien osalta:** (osastonhoitaja; apulaisosastonhoitaja tai tiimivastaava; sairaanhoitaja/terveydenhoitaja; lähihoitaja/perushoitaja; koulutettu kodinhoitaja ja kotiavustaja; hoiva-avustaja; hoito- ja laitosapulainen; fysioterapeutti; puheterapeutti; toimintaterapeutti; sosiaaliohjaaja ja -kasvattaja, geronomi, sekä henkilöstö jolla on joku muu sosiaali- ja terveydenhuollonkoulutus kuin yllä mainittu; K31\_01a-K31\_12, K3\_14
- 2. tiettyjen ammattiryhmien hoitotyöhön osallistumisen osuus, %**
  - a. osastonhoitaja (K32\_01a),
  - b. apulaisosastonhoitaja ja tiiminvetäjä (K32\_01b),
  - c. koulutettu kodinhoitaja ja kotiavustaja (K32\_04)
  - d. hoito- ja laitosapulainen (K32\_05)
  - e. hoiva-avustaja (K32\_06)
- 3. Työaika sosiaali- ja terveydenhuollon ammattitutkinnon suorittaneiden osalta tunteina** (kts. kohta 1; K34\_01a - K34\_13); viikko 38.
- 4. Ympäri vuorokautisessa hoidossa olleet pitkä- ja lyhytaikaisasiakkaat, lukumäärä yhteensä** (K37\_1, K37\_2a, K37\_2b ja K37\_2); viikko 38.
- 5. Ympäri vuorokautiseen hoitoon varatut ympäri vuorokautisen hoidon paikat** (K08\_2 ja K08\_3)

**Esimerkki.** Ympäri vuorokautisen hoidon yksikkö, jossa viikolla 38/2014 oli:

Yksi osastonhoitajan vakanssi, josta hoitotyöhön osallistumisen osuus oli ilmoitettu 50 %

Viisi sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijää (2 sairaanhoitajan ja 3 lähihoitajan vakanssia)

11 ympäri vuorokautisen hoidon hoitopaikkaa

12 ympäri vuorokautisen hoidon asiakasta, eli yksi asiakas ylipaikalla

Työajan seurantaan osastonhoitajan työaika oli kirjattu yhteensä 36 tuntia, josta välittömän hoitotyön osuudeksi oli ilmoitettu 50 % eli mitoituksen laskentaan otetaan mukaan 18 tuntia.

Kahden sairaanhoitajan työaika oli kirjattu yhteensä 70 tuntia

Kolmen lähihoitajan työaika oli kirjattu yhteensä 114 tuntia

#### *Esimerkkiyksikön suunnitellun henkilöstömitoituksen laskenta*

Yksikön vakanssit ja työsuhteet suhteessa ympärivuorokautisen hoidon paikkoihin:

Yksi osastonhoitajan vakanssi, josta hoitotyöhön osallistumisen osuus 50 % = 0.5. Viisi sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijää (kaksi sairaanhoitajan ja kolme lähihoitajan vakanssia) ja 11 ympärivuorokautisen hoidon hoitopaikkaa

#### **Kaava:**

$$\text{Esimerkkiyksikön suunniteltu henkilöstömitoitus} \quad \frac{1 * 50\% + 5}{11} = 0,50$$

#### *Esimerkkiyksikön toteutuneen henkilöstömitoituksen laskenta*

Yksikön henkilöstön toteutunut (ilmoitettu) työaika suhteessa ympärivuorokautisen hoidon asiakkaisiin viikolla 38:

Osastonhoitajan työaika oli kirjattu yhteensä 36 tuntia ja hoitotyön osallistumisen osuudeksi oli kirjattu 50 %, kahden sairaanhoitajan työaika oli kirjattu 70 tuntia, kolmen lähihoitajan työaika oli kirjattu 114 tuntia. Henkilöstön viikon työaika on palautettu takaisin henkilöstön lukumääräksi jakamalla se keskimääräisellä viikkotyöajalla 38,25 h. Ympärivuorokautisessa hoidossa osastolla oli ilmoitettu olevan viikon aikana keskimäärin 12 asiakasta (laskettu päiväkohtaisista tiedoista).

#### **Kaava:**

$$\text{Esimerkkiyksikön toteutunut henkilöstömitoitus} \quad \frac{\frac{36h * 50\% + 70h + 114h}{38,25h}}{12} = 0,44$$

Huom! Kun toteutunutta henkilöstömitoitusta seurataan, siihen voivat vaikuttaa seuraavat tekijät:

- paikalla olevan henkilöstön määrä
- paikalla olevan ympärivuorokautisen hoidon asiakkaiden määrä seurantaviikon eri päivinä
- hoitotyöhön osallistumisen ilmoitettu määrä tiettyjen ammattiryhmien osalta
- tuntien kirjaamisen oikeellisuus

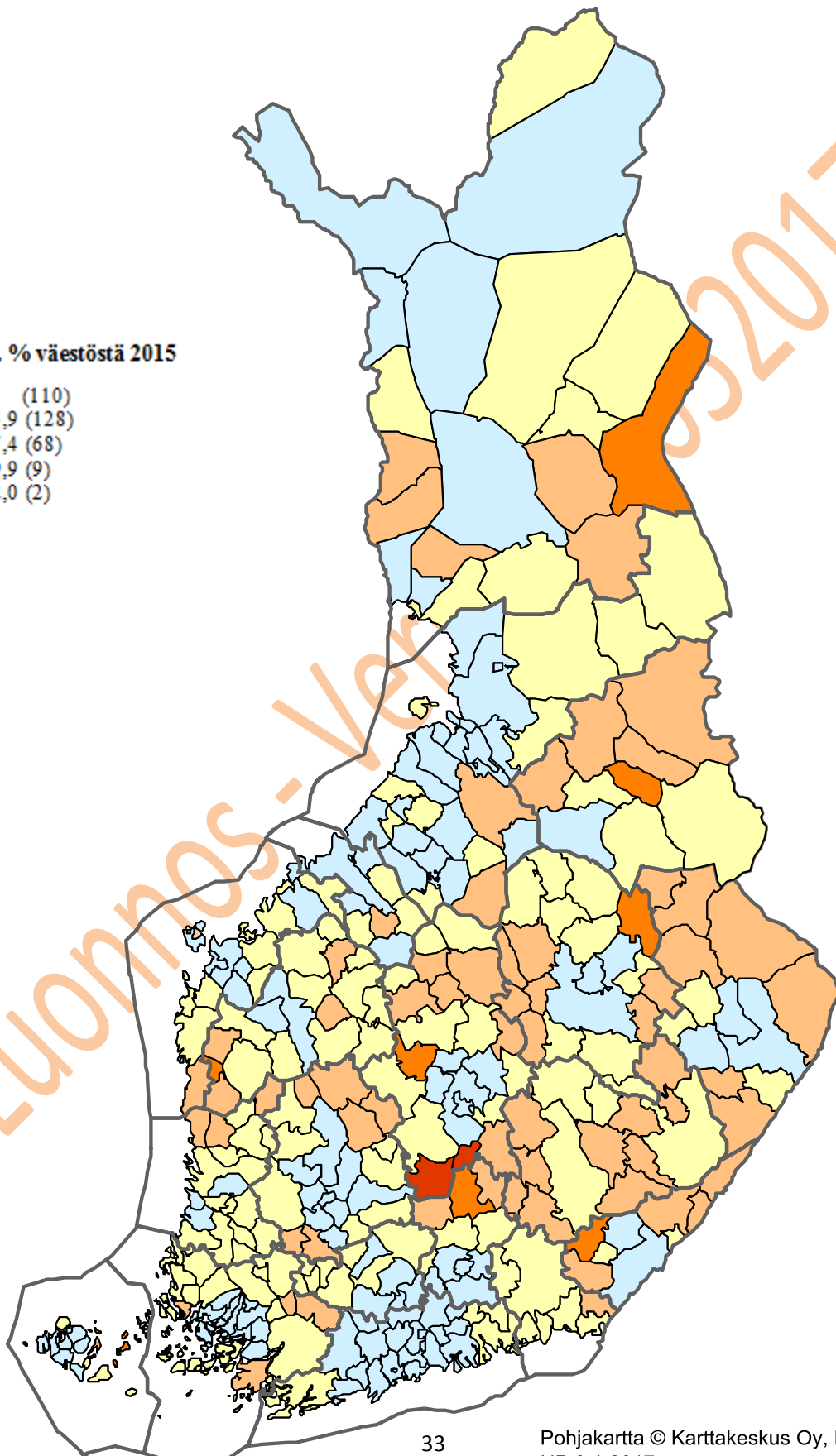
*Lähde: Henkilöstömitoitus ympärivuorokautisessa hoidossa. Kirjassa: STM ja Kuntaliitto. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Julkaisuja 2013:11. ss. 49, 50.*



# Väestöennuste 2015 muuttujina Alue, Vuosi, Sukupuoli ja Ikä

## 75 v. täytt. % väestöstä 2015

- 2,9–9,9 (110)
- 10,0–13,9 (128)
- 14,0–17,4 (68)
- 17,5–19,9 (9)
- 20,0–32,0 (2)



# Väestöennuste 2030 muuttujina Alue, Vuosi, Sukupuoli ja Ikä

## 75 v. täytt. % väestöstä 2030

- 2,9–9,9 (5)
- 10,0–13,9 (60)
- 14,0–17,4 (77)
- 17,5–19,9 (62)
- 20,0–32,0 (113)

