

SIRPA ANDERSSON

## Palveluasuntoja ikäihmisille

Palveluasumisen nykytilanne ja tuleva tarve



Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus

postimyynti: Stakes / Asiakaspalvelut PL 220, 00531 Helsinki  
puhelin: (09) 3967 2190, (09) 3967 2308 (automaatti)  
faksi: (09) 3967 2450 • Internet: [www.stakes.fi](http://www.stakes.fi)

Sirpa Andersson. Palveluasuntoja ikäihmisille. Palveluasumisen nykytilanne ja tuleva tarve.  
Stakes, Raportteja 14/2007. 62 sivua, hinta 17 €.

© Kirjoittaja ja Stakes

Taitto: Christine Strid

ISBN 978-951-33-2033-1 (nid.)

ISSN 1236-0740 (nid.)

ISBN 978-951-33-2034-8 (PDF)

ISSN 1795-8210 (PDF)

Stakes, Helsinki 2007

Valopaino Oy  
Helsinki 2007

## Esipuhe

Viime vuosina on korostettu sekä valtion että kuntien politiikkalinjauksissa ikääntyneiden kotona asumista ja sen tukemista. Ikääntyneiden kannaltakin asuminen omassa tutussa kodissa ja ympäristössä on paras ratkaisu, jos se on vain käytännössä mahdollista. Toimintakyvyn heikentyminen aiheuttaa kuitenkin tuen tarvetta sekä myös muunlaisten asumisratkaisujen tarvetta. Palveluasuminen on tällöin yksi ratkaisu.

Palvelutaloja on rakennettu 1990- ja 2000-luvuilla runsaasti. Iäkkäiden ihmisten lukumäärän kasvun myötä niiden tarve tulee jatkumaan. Tämä ikääntyneiden palveluasumishanke tarkastelee palveluasumisen määrällisen tarpeen kehitystä ja ennakoi tulevaa. Kuntien on varauduttava tulevaisuuteen ja tehtävä määrällisiä ja laadullisia arvioita palveluasumistarpeesta. Myös Valtion asuntorahasto ja ympäristöministeriö tarvitsevat tietoa lähivuosien palveluasuntotarpeesta, jotta rakentamisen investointituki voidaan kohdentaa tarpeenmukaisesti. Lisäksi tarvitaan pidemmän aikavälin arvioita, jotta investointien taloudellinen kestävyys voidaan turvata.

Tässä raportissa arvioidaan valtakunnallisten skenaarioiden avulla tulevaa palveluasumistarvetta ja esitellään kunnille arviointimalli paikallisen palveluasumistarpeen arviointiin eri tekijöiden avulla. Arviointimalli antaa tietoa tarpeeseen vaikuttavista tekijöistä kuntien palveluasumista suunnitteleville ja johtaville viranhaltijoille, kunnalliselle päätöksenteolle sekä palveluasumisen rahoittajille.

Vaikka kyseessä onkin yleispiirteinen arviointikehikko, se antaa eriteltyä tietoa tarpeeseen vaikuttavista tekijöistä ja ohjaa pohtimaan kunnan palvelurakennetta ja alueellisten tekijöiden vaikutusta. Karkeakin, mutta eri tekijöiden suhteen jäsentynyt, palvelutarpeen arviointi auttaa suunnittelemaan oikeita, tarpeeseen vastaavia toimenpiteitä. Tällöin ratkaistavaksi tulee millä avoimuudella toimenpiteillä tarpeeseen voidaan vastata ja missä tilanteissa palveluasuminen, tehostettu ja tavallinen, on ainoa inhimillinen ja kyseeseen tuleva ratkaisu.

Tutkimuksen on tehnyt tutkija Sirpa Andersson Stakesista. Hankkeen ohjausryhmään kuului pitkän linjan asiantuntijoita: Raija Hynynen ympäristöministeriöstä, Päivi Voutilainen ja Reija Heinola Stakesista, Viveca Arrhenius ja Anne-Mari Raassina sosiaali- ja terveysministeriöstä, Pirkko Karjalainen Vanhustyön Keskusliitosta, Marja-Liisa Kunnas Vanhus- ja Lähimmäispalveluliitosta, Eeva Päivärinta, Mari Patronen ja Mervi Niemi Tampereen kaupungista, Virpi Tiitinen Valtion asuntorahastosta ja Eeva-Liisa Virnes Suomen Kuntaliitosta. Tutkimuksen ovat rahoittaneet ympäristöministeriö ja Stakes.

Lokakuu 2007

Raija Hynynen  
Asuntoneuvos  
Ympäristöministeriö  
Asunto- ja rakennusosasto

Reija Heinola  
Kehittämispäällikkö  
Stakes  
Ikääntyminen ja palvelut- ryhmä

# Sisällys

## Esipuhe

Kuvio- ja taulukkoluetelo .....	6
JOHDANTO.....	7
TUTKIMUKSEN TAVOITE, AINEISTOT JA TOTEUTUS .....	8
PALVELUASUMISEN NYKYTILA .....	9
Palveluasumisen käsite .....	9
Vanhat ihmiset, asuminen ja palvelut .....	10
Palveluasuminen osana ikääntyneiden palveluja .....	13
VALTAKUNNALLISET PALVELUASUMISEN TULEVAISUUSKENAARIOT .....	18
KUNTAKOHTAISEN PALVELUASUMISTARPEEN ARVIOINTIMALLI.....	22
PALVELUASUMINEN KUUDESSA KUNNASSA.....	28
Tapaustutkimuksen aineistot ja toteutus .....	28
Tutkimuskuntien esittely .....	29
Kuntakäyntien tulokset teemoittain .....	34
Arviointimallin soveltaminen – kuntien palveluasumisen nykytila ja tulevaisuus- näkömät.....	38
YHTEENVETO JA POHDINTAA .....	47
Lähteet .....	50
Liite 1. Palveluasumisen määrittelyjä (kirjallisuuskatsaus).....	51
Liitetaulukko 1. Tietoja ikääntyneiden palvelurakenteesta vuonna 2005 .....	58
Liitetaulukko 2. Tutkimukseen osallistuneiden kuntien palvelurakenne.....	59

# Kuvio- ja taulukkoluetelo

## Kuviot

Kuvio 1. Palveluasumistarve 75 vuotta täyttäneiden osalta ajopuuskenaariossa.....	19
Kuvio 2. Palveluasumisen tarpeeseen vaikuttavat tekijät .....	22

## Taulukot

Taulukko 1. Ikääntyneiden palvelujen rakenne ja peittävyys 1995–2005, %.....	13
Taulukko 2. Tietoja palveluasunnoista, vanhainkodeista ja terveyskeskusten vuodeosastoilta vuonna 2004.....	15
Taulukko 3. Vain tehostettua palveluasumista -skenaario 75 vuotta täyttäneiden osalta.....	20
Taulukko 4. Palveluasumistarpeen vähimmäisarvio 75 vuotta täyttäneiden osalta .....	21
Taulukko 5. Ajopuu. Nykytilan projisointi tulevaisuuteen, koko maa, suhteutus 75+.....	23
Taulukko 6. Vähintään keskivaikeasti dementoituneiden ihmisten määrän kehitys ja pitkäaikaishoivaa kodin ulkopuolella tarvitsevien osuuden kehitys, koko maa, suhteutus 75+.....	24
Taulukko 7. Haastatellut .....	28
Taulukko 8. 65+ väestö koko maassa ja tapaustutkimuskunnissa 2006–2040, %.....	29

## JOHDANTO

Ikääntyneiden palveluasuminen on lisääntynyt huomattavasti 1990-luvulta alkaen. Palveluasumista pidetään nykyisen palvelufilosofian mukaan laitoshoidon parempana ratkaisuna ikäihmisille siinä tapauksessa, että tavallisessa asunnossa ei enää selviydytä. Palveluasumiseen kuuluu aina sekä asuminen että palvelut. Kuntien palvelurakenteessa palveluasuminen saatetaan kuitenkin ymmärtää hyvinkin monella tavalla.

Väestön ikääntyminen ja lisääntyvät palvelutarpeet merkitsevät, että palvelujärjestelmää pitää uudistaa ja nykyisiä toimintatapoja arvioida. Suurin hanke tällä saralla on kunta- ja palvelurakennuudistus, joka tulee muuttamaan kuntien toimintatapoja ja palvelurakenteita. Palveluketjujen saumattomuus on tärkeä tavoite. Iso kysymys on myös henkilöstön riittävyys.

Ikääntyneiden palveluasuminen nyt ja tulevaisuudessa -hanke tarkastelee palveluasumisen määrällisen tarpeen kehitystä ja ennakoii tulevaa. Kuntien on varauduttava tulevaisuuteen ja tehtävä määrällisiä ja laadullisia arvioita palvelutarpeesta. Kuntien on myös pystyttävä esittämään kuntalaisille, minkälaisia tavoitteita ikääntyneiden palveluiden kehittämisessä on ja mitä lupauksia ja sitoumuksia palveluista annetaan. Tavoitteensa mukaisesti tutkimushanke tuottaa tietoa kuntien palveluasumista suunnitteleville ja johtaville henkilöille, kunnalliselle päätöksenteolle sekä palveluasumisen rahoittajille. Myös Valtion asuntorahasto ja ympäristöministeriö tarvitsevat tietoa lähivuosien palveluasuntotarpeesta, jotta rakentamisen investointituki voidaan kohdentaa järkevästi ja tarpeenmukaisesti. Lisäksi tarvitaan pidemmän aikavälin arvio, jotta investointien taloudellinen kestävyys voidaan turvata.

Tutkimushankkeessa arvioidaan valtakunnan tasolla nykyinen ja lähivuosien palveluasumistarve ja tuotetaan kunnille tietoa siitä, miten tarve<sup>1</sup> kunnan tasolla voidaan arvioida. Hankkeessa kuvataan palveluasumisen nykytilaa ja kehitämistarpeita ja laaditaan palveluasumisesta kaksi skenaariota nykyisestä ja lähitulevaisuuden (10–15 vuoden) palveluasumisen tarpeesta ja toiseksi kehitetään arviointimalli palveluasumistarpeen kuntatason arviointiin. Tutkimuskysymyksen voi tiivistää muotoon: Mitkä ovat niitä keskeisiä tekijöitä, jotka vaikuttavat siihen, kuinka paljon ja minkälaista palveluasumista kunnissa tarvitaan? Tutkimukseen valittiin kuusi kuntaan: Hämeenlinna, Iitti, Joensuu, Sodankylä, Tampere ja Vihti.

Tutkimushankkeen toteuttaminen on tärkeää paitsi nykyisten vanhustenhuollon ratkaisua vaativien haasteiden perusteella myös yleisemmin, sillä tästä paljon kasvaneesta palvelumuodosta tarvitaan monenlaista tietoa. Vaikka palveluasumisen määrän kasvu on ollut suuri, on palveluasumista tutkittu vain vähän 1990-luvun puolivälin jälkeen.

---

1 Tarpeen arviointi tarkoittaa tässä yhteydessä kuntatason tekijöiden, kuten esimerkiksi kunnan väestön ikä- ja perherakenteen, fyysisen toimintakyvyn dementoituneiden määrän, asuinympäristön esteettömyyden, asuntojen varustetason tai palveluiden läheisyyden arviointia.

## TUTKIMUKSEN TAVOITE, AINEISTOT JA TOTEUTUS

Tutkimushankkeen päätavoitteet ovat valtakunnallinen arvio nykyisestä ja lähitulevaisuuden, 10–15 vuoden aikajänteen, palveluasumisen tarpeesta, ja arviointimallin kehittäminen palveluasumistarpeen kuntatason arviointiin. Valtakunnallinen arvio esitetään kahtena määrällisenä skenaariona. Arviointimalli kehitettiin kuuden kunnan tilanteen tarkastelun avulla, jossa apuna käytettiin haastatteluja sekä väestötietoja ja tietoja palvelurakenteesta.

Tässä tutkimuksessa on useita aineistoja ja niitä analysoidaan eri tavoilla, jotta saadaan koottua käsitys palveluasumisen kokonaisuudesta ja jäsentynyt kuva tutkittavasta ilmiöstä. Aineistoja ovat ikääntyneiden elinoloja ja toimintakykyä sekä palveluasumista käsittelevä tutkimuskirjallisuus ja aikaisemmat käsitelmäärityt. Tutkimuksen kuntaosion tapaustutkimuksessa tutkija haastatteli kuudessa kunnassa vanhustenhuollon henkilöitä ja vieraili samassa yhteydessä ainakin yhdessä kyseisessä kunnassa sijaitsevassa palvelutalossa. Tutkimuskunnista saatiin myös erilaista asiakirja-aineistoa.

Tässä raportissa esitellään hankkeen tulokset<sup>2</sup>: palveluasuminen kirjallisuuden valossa, katsaus palveluasumisen nykytilaan, arvio palveluasumisen tarpeesta skenaarioiden perusteella ja arviointimalli kuntatason palveluasumisen ja -asuntojen määrällisen tarpeen arviointiin. Menetelmiin liittyviä ratkaisuja ja analyysitapoja esitellään tarkemmin kunkin tutkimustehtävän tuloksen raportoinnin kohdalla.

---

2 Raportin on kirjoittanut tutkija Sirpa Andersson. Arviointimalli on kehitetty yhteistyössä kehittämisspäällikkö Reija Heinolan, kehittämisspäällikkö Päivi Voutilaisen ja asuntoneuvos Raija Hynynsen kanssa.

# PALVELUASUMISEN NYKYTILA

## Palveluasumisen käsite

### Mitä on palveluasuminen?

Sosiaalihuoltolain (17.9.1982/710) mukaan kunnan on huolehdittava sosiaalipalveluna mm. asumispalveluista. Asumispalveluilla laissa tarkoitetaan palvelu- ja tukiasumisen järjestämistä. Tätä palvelua annetaan henkilölle, joka erityisestä syystä tarvitsee apua tai tukea asunnon tai asumisen järjestämisessä. Kunta voi perustaa, hankkia tai muuten varata tarvetta vastaavan määrän palvelu- ja tukiasuntoja sekä laitospaikkoja.

Varsinaista virallista palveluasumisen määritelmää ei ole. Sosiaali- ja terveydenhuollossa käytetyissä määritelmässä korostetaan, että palveluasuminen sisältää aina sekä asumisen että palvelut<sup>3</sup>. Perinteisesti palvelutaloon kuuluu yhteisiä tiloja ja yhteisöllisyyttä korostetaan. Palveluasumista voi olla ryhmäkodissa tai palvelutalossa, jossa asiakkaalla on oma asunto. Palveluasuminen jaetaan yleensä tavalliseen palveluasumiseen ja tehostettuun palveluasumiseen. Tavallisessa palveluasumisessa henkilökuntaa on paikalla vain päivällä. Tehostetussa palveluasumisessa henkilökuntaa on paikalla ympäri vuorokauden. Vuonna 2007 julkaistu sosiaalihuollon sanasto pyrkii yhtenäistämään ja selkiyttämään sosiaalihuollon palveluista käytettäviä termejä ja palvelujen kuvauksia. Sen mukaan palveluasuminen on asumismuoto, johon kuuluu palveluntuottajan järjestämän asunnon lisäksi jokapäiväiseen selviytymiseen liittyviä sosiaalipalveluja. Palveluasumista voidaan tarjota asiakkaalle joko kunnan sosiaalipalveluja koskevan järjestämiselvöllisyyden perusteella tai yksityisesti. Tehostettu palveluasuminen on sosiaalihuollon sanaston mukaan palveluasumista, johon liittyviä palveluja on saatavissa kaikkina vuorokauden aikoina.

Palveluasumisen käsite vaatii selkiyttämistä erityisesti siksi, että kunnissa käsitteen käyttö on hyvin kirjavaa. Nykyään sitä käytetään monenlaisesta asumisesta, niin että yhtäältä vanhusten vuokratuloa voidaan kutsua palvelutaloksi ilman että kiinnitetään mitään huomiota saatavilla oleviin palveluihin ja toisaalta rajanveto tehostetun palveluasumisen ja vanhainkotien välillä on vaikeaa. Tarvitsemme tarkkaa pohdintaa siitä, mistä puhumme ja mistä tulevaisuudessa puhutaan.

Palveluasumisen ja vanhainkotien eroa osoittaa se, että Kansaneläkelaitos määrittelee palveluasumisen yksiköt avohoidon yksiköiksi. Palveluasumisessa toimintatavan pitää olla ikäihmisen itsenäisyyttä ja itsemääräämisoikeutta arvostava. Palvelutalojen rakentamisen alkaessa Raha-automaattiyhdistyksen tuen turvin vuonna 1967 peruste niiden tarpeellisuudelle oli, että niissä vanhuksat voivat järjestää elämänsä itsenäisesti palvelujen varassa.

Palveluasumisen aikaisempien käsitelmäärittelyjen puutteet ja epämääräisyydet saivat aikaan sen, että tässä tutkimuksessa tehtiin käsitteanalyysi ja muodostettiin uusi, tämän tutkimuksen työtä ohjaava määritelmä.

Vanhusten palveluasuminen on tarkoitettu ikäihmisille, jotka tarvitsevat apua asumisensa järjestämisessä ja tukea itsenäisessä suoriutumisessa. Palvelutalo tai ryhmäkoti tarkoittaa kunnan tai muun tahon omistamaa kohdetta, joka mahdollistaa palveluasumisen tarjoamalla asunnon ja yhteisiä tiloja ja jossa asukkaalla on saatavilla palveluja. Tehostettu palveluasuminen tarkoittaa, että palvelutalossa on henkilökuntaa paikalla ympärivuorokauden.

3 Liitteessä 1 esittelään kirjallisuuskatsauksen tuloksena eri aikoina ja eri lähteissä käytettyjä määrittelyjä.



## Laitoshoidon ja palveluasumisen ero

Sosiaali- ja terveysministeriö on vuonna 2002 antanut asetuksen perusteista avohoidon ja laitoshoidon määrittelemiseksi. Siihen liittyy liite Laitos- ja avohoidon sekä yksityisen ja julkisen palvelun välinen rajanveto. Liitteen mukaan laitoshoidon on sairaalan tai terveyskeskuksen vuodeosaston hoito. Laitoshoidon on myös esim. vanhainkotihoito. Lisäksi laitoshoidon voi antaa muu sosiaalihuollon laitos. (Asetus 1241/2002, liite.)

Tunnusomaista avohoidolle on se, että henkilö asuu vuokra-asunnossa, josta on tehty huonevuokralain mukainen vuokrasopimus tai että hän asuu omistusasunnossa. Avohoidolle on ominaista henkilön omaehtoinen vaikutusmahdollisuus palvelujen ja asumisen järjestämiseen.

Laitoshoidon ja avohoidon välinen raja ei ole aina selkeä. Asia tulee ratkaista toimintayksikön toiminnan ja siellä olevien henkilöiden saaman hoidon ja huolenpidon arvioinnin perusteella. Samassa yksikössä voidaan antaa sekä avo- että laitoshoidon. Avohoidon tulee kuitenkin olla selkeästi toiminnallisesti erossa laitoshoidosta. Asukas maksaa tällöin vuokran, vastaa elinkustannuksistaan ja saamistaan palveluista. Annettavan hoidon ja yksikön toiminnan tulee poiketa selvästi laitoshoidossa olevien saamista hoidosta. (Asetus 1241/2002, liite.)

Useiden erilaisten asumismuotojen vuoksi on tapahtunut joskus niin, että palvelusta vastaava kunta ja sosiaalivakuutusetuksista vastaava Kansaneläkelaitos ovat tehneet keskenään ristiriitaisia päätöksiä siitä, onko jokin yksikkö laitoshoidon vai avohoidon. Tämä tilanne ei ole kokonaan poistunut sosiaali- ja terveysministeriön antamilla säännöksillä.

Pääministeri Vanhasen 2. hallituksen ohjelman mukaan avohoidon ja laitoshoidon rajanveto poistetaan asteittain. Kansaneläkettä aletaan maksaa täytenä myös pitkäaikaisessa julkisessa laitoshoidossa oleville 1.1.2008 alkaen.

## Vanhat ihmiset, asuminen ja palvelut

### Itsenäinen suoriutuminen kotona

Nykyinen suomalainen ikäpolitiikka korostaa ikäihmisten kotona asumista ja itsenäisen suoriutumisen tukemista. Ikäihmisten sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä vastaa pääosin kunta. Valtio on ohjannut 2000-luvulla kuntia esimerkiksi laatusuosituksilla. Ensimmäinen ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus annettiin vuonna 2001<sup>4</sup>. Laatusuositus korostaa kunnan kaikkien hallintokuntien yhteistä vastuuta ikääntyneiden kuntalaisten asumisen ja itsenäisen suoriutumisen tukemisessa. Sosiaali- ja terveysviranomaisille osoitetaan erityinen vastuu korkealaatuisen ja oikea-aikaisen akuutti- ja pitkäaikaishoidon ja palvelujen järjestämisestä ikääntyneille kuntalaisille. Lähtökohtana on oltava asukkaiden tarpeet ja asiakaslähtöisyys. Palveluiden laatuun liittyviä tavoitteita ovat

- asiakaslähtöisyys, jonka mukaan palvelujen sisältöä ja määrää tulee kehittää asiakkaan yksilöllisiä tarpeita ja voimavaroja vastaavasti ottaen huomioon myös hänen omaisensa, ystävänsä ja muu lähiyhteisö
- kattava palvelutarpeen arviointi

<sup>4</sup> Laatusuositus on parhaillaan uusittavana, mutta nämä keskeiset periaatteet ovat siinä edelleen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007. Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva uudistettu laatusuositus. Luonnos 4.6.2007)

Muita valtakunnallisia tulevaisuutta koskevia linjauksia ovat:

- o Valtioneuvoston kanslia 2004. Hyvä yhteiskunta kaikenikäisille. Valtioneuvoston tulevaisuusselonteko väestökehityksestä, väestöpolitiikasta ja ikärakenteen muutokseen varautumisesta.
- o Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015 - kohti sosiaalisesti kestävää ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa.
- o Sosiaali- ja terveysministeriö 2007. Hyvinvointi 2015 -ohjelma. Sosiaalialan pitkän aikavälin tavoitteita.
- o Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma.

- asiakkaan ja hänen omaistensa osallistumisen mahdollistaminen palvelujen tarpeen arviointiin, suunnitteluun, toteutukseen ja palvelujen toteutumisen arviointiin
- kuntouttavan työotteen käyttö
- kirjallisen hoito- ja palvelusuunnitelman käyttö
- henkilökunnan riittävä määrä
- henkilökunnan osaamisen systemaattinen kehittäminen
- pitkäaikaishoitoa tarjoavien yksiköiden kodinomaisuus

(esim. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto 2001, Sosiaali- ja terveysministeriö 2006a ja b, Hyvinvointi 2015).

Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevassa laatusuosituksessa strategia kuvattiin toimintalinjaukseksi, jossa määritellään iäkkäiden kuntalaisten terveyden ja hyvinvoinnin ja itsenäisen suoriutumisen edistämisen tavoitteet ja eri hallintokuntien ja muiden toimijoiden vastuut niiden toteuttamisessa. Tämän pohjalta kunnissa on laadittu vanhuspoliittisia strategioita. Strategiatyö pohjautuu huolelliseen nykytilan analyysiin, sen vahvuuksien ja heikkouksien tunnistamiseen ja palvelujen kehittämisen taustalla olevien arvojen määrittämiseen ja näkyväksi tekemiseen. Koska strategia perustuu tietoon ikäihmisten toimintakyvystä ja elämänlaadusta yhdistettynä väestörakennetta ja sen muutoksia ja elinympäristöä koskevaan tietoon, auttaa se kehittämään palveluita kuntalaisten palvelutarpeita vastaavasti. Kuntien vanhuspoliittisissa strategioissa korostetaan kotona asumisen tukemista ja kotihoitoa kehittämistä. Kotihoitoa halutaan lisätä määrällisesti ja palveluvalikoimaa monipuolistaa (esim. yöpartio, tukipalvelujen lisääminen, turvateknologiaa, palvelusetelin käyttöönotto). Myös asumispalveluissa, erityisesti erillisten dementiayksiköiden kohdalla nähdään strategioissa lisästarvetta. (Voutilainen 2007.) Kuntien strategioissa palveluasumisen määrällinen tavoite 75 vuotta täyttäneille oli keskimäärin 5,4 prosenttia (vaihteluväli 2,6–12,0).

## Ikääntyneiden asumisolot

Enemmistö ikääntyneistä suomalaisista asuu omistusasunnossa. Suomessa muutetaan paljon, kaikenikäiset suomalaiset muuttavat paljon eurooppalaisittainkin verrattuna. Eläkkeelle siirtäessä muuttaminen yleisty, eli tässä ikävaiheessa asunintarpeita mietitään usein uudelleen. Ikääntyneet asuvat valtaosin kotona ja toimivat samoilla asuntomarkkinoilla kuin muutkin. Asunto ja koti on ikäihmisellekin itsensä toteuttamisen väline, varsinkin jos toimintakyky ja varallisuus antavat tähän mahdollisuuksia. Vasta kun ikäihmisen kunto heikkenee, asumisesta tulee päivittäistä selviytymistä, jossa pienetkin esteet, katujen huono kunto tai lähikaupan lopetus muuttuvat ongelmiksi.

Ikääntyneiden asumistoiveista tiedetään melko vähän ja tieto on kovin yleistä. Kaikenikäisten ihmisten hyvinvoinnin kannalta on keskeistä mahdollisuus säädellä yksilöllisesti yhtäältä sosiaalisuuden ja yhteisöllisyyden, toisaalta yksityisyyden astetta eri tilanteissa. Niinpä asumisen ja asuinympäristön tulisi antaa mahdollisuuksia säädellä, milloin ihminen haluaa olla sosiaalinen ja milloin vetäytyä omiin oloihin (Kyttä & Kahila 2006). Myös ikääntyneet ovat elämäntilanteiltaan ja tarpeiltaan erilaisia ja heidän asumisensa on monenlaista. Yhteistä on kuitenkin esteettömyyden, viihtyisän kodin ja palvelujen vaatimus. Vuonna 2005 yli 70-vuotiaista vuokra-asunnossa asui 24 prosenttia, omassa talossa 25 prosenttia ja osakeasunnossa 41 prosenttia. (Junnto 2007.)

Ikääntyneiden asumisolosuhteissa on tapahtunut suuri muutos viime vuosikymmenten aikana. Yksin asuvien määrä on kasvanut hyvin paljon. Yli 55-vuotiaista yksin asuu runsaat 40 prosenttia ja 80 vuotiaista noin 60 prosenttia. (Myrskylä 2005.) Viime vuosina on ollut näkyvissä yli 65-vuotiaiden, mutta alle 80-vuotiaiden pariskuntien määrän kasvu. Tässä ikäryhmässä yksinasuvien osuus ei ole kasvanut, mikä johtuu miesten elinajan pidentymisestä.

Vanhat ihmiset ovat yleensä tyytyväisiä asumiseensa, mutta asumista vaikeuttavat useimmiten syrjäinen sijainti, asunnon liian suuri koko, hissittömyys tai kotipalvelun puute. Suuri osa ikääntyneistä haluaisi asua kotona mahdollisimman pitkään, mutta tärkeää on silloin, että selviytyy itsenäisesti tai saa tarvitsemaansa apua ja turvaa. Palvelutalo on vanhainkotia mieluisampi vaihtoehto kysyttäessä ikäihmisiltä, missä he haluisivat asua, jos kotona asuminen ei enää onnistuisi.

## Senioriasumisen paikka ikääntyneiden asumisratkaisuna

Uusi trendi rakentamisessa on senioritalot. Ne ovat hyvin suosittuja ja haluttuja monissa kunnissa keskusta-asumisen muotona. Onkin tärkeää huomata, että ikääntyvän väestön asumiskysymys ratkeaa tulevaisuudessa pääasiassa heidän omin valinnoin. Asuntokysymys hoituu pääsääntöisesti asuntomarkkinoilla, joilla on tarjolla myös yhteiskunnan tukemaa tuotantoa niille, joille se on tarpeellista. Senioritaloja rakennettaessa on pidetty mielessä ikääntyneiden asumista koskevat toivomukset, kuten että palveluja (esim elintarvikekauppa, apteekki, kirjasto) on lähellä, kotiin tuotettavia palveluja on tarvittaessa saatavilla, asuinympäristö ja asuinrakennus ovat esteettömiä, rauhallisia ja turvallisia sekä ympäristössä on mahdollisuus ulkoiluun. (Laurinkari ym 2005).

Senioriasunto oli valittu siksi, että oma tai puolison terveydentila oli heikentynyt, edellinen asunto oli käynyt työlääksi asua tai hoitaa. Syitä olivat myös halu päästä lähemmäs palveluja, yksinäisyys ja turvattomuus tai halu saada pienempi ja parempi asunto. Senioritaloissa asumiseen ollaan erittäin tyytyväisiä. Sitä verrataan palvelutaloon, jonne joutumista ei toivota. Yleensä toivotaan, että senioritalo olisi se lopullinen, viimeinen asunto, ja muualle ei haluta muuttaa kuin pakon edessä. (Laurinkari ym 2005) Senioritalojen ja senioriasumisen onnistuneisuutta voidaan arvioida vasta, kun niissä asuvat alkavat enenevässä määrin tarvita hoivapalveluja.

## Kun täytyy muuttaa omasta kodista

Muuttaminen omasta kodista ei useinkaan ole helppoa. Vaikka asumisolot paranisivat ja tarvittava hoito ja hoiva olisi turvattu, silti omaan kotiin liittyvät tunnearvot, muistot ja tottumukset saattavat tehdä luopumisesta vaikean.

Annukka Klemola (2006) on tutkinut tätä siirtymävaihetta ikääntyneiden elämässä. Ikääntyneet haluaisivat, että he pystyisivät jatkamaan elämäänsä palvelutalossa tai hoitokodissa mahdollisimman samanlaisena kuin kotonakin. Heille tärkeää oli oma päätöksenteko-oikeus, oikeus sosiaalisiin suhteisiin, ajankuluun ja tekemiseen sekä asumisympäristön viihtyisyys ja yksityisyys.

Asumiseen liittyvä tärkeä toive oli yksityisyyden turvaaminen. Moni on asunut vuosia yksin eikä ajatus huoneen jakamisesta vieraan ihmisen kanssa ole mieleen. Yhden hengen huone onkin nykyisin tavoite. Yksityisyyteen liittyy hiljentymisen ja hiljaisuuden tarve ja mahdollisuus ottaa vieraat vastaan omassa huoneessaan. Kodinomaisuus merkitsi henkilökohtaisia tavaroita ja esineitä. Epävarmuutta aiheuttaa, jos ikääntynyt ei muuttotilanteessa tiedä, mitä hoitokotiin saa viedä mukanaan. Ympäristön viihtyisyyttä lisäävät kauniit sisustusvärit, kukat ja raitis ilma. (Klemola 2006.)

Aikaisemmassa tutkimuksessa (Päivärinta 1995) palvelutaloon muutto merkitsi asukkaille aikaisemman elämäntavan katkaisevaa murrosta. Heidän tyytyväisyytensä oli suurta, he iloitsivat hyvistä olosuhteista, mutta samanaikaisesti he surivat kotoa muuttoa ja tunsivat huonoa omaa tuntoa tyytymättömyydestä. Palveluasuminen oli parantanut asukkaiden kokemuksellista terveyttä ja lisännyt heidän toimintakykyään ja tyytyväisyyttään. He kokivat palveluasumisen kuitenkin

väliaikaisena ratkaisuna ja arvelivat, että mikäli toimintakyky alenee ja palvelutarve kasvaa, on edessä muutto vanhainkotiin tai terveyskeskuksen vuodeosastolle.

On tärkeää huomioida palvelutalojen asukkaiden omat kokemukset. On vältettävä iäkkään ihmisen ”pompottaminen” silloin, kun toimintakyky alenee ja avuntarve kasvaa. Entä miten vastataan ikääntyneiden toiveeseen kuolla kotona, ilman että joutuu sairaalaan? ”Mitä palveluasuminen on asukkaan kokemana tai yhteiskunnallisena toimintana, miten se eroaakaan nykyaikaisesta laitoshoidosta?” kysyy Päivärinta (1996). Tätä kysymystä ei voida sivuuttaa, kun palveluasumisen tulevaisuutta mietitään.

## Palveluasuminen osana ikääntyneiden palveluja

Suuri osa ikääntyneistä suomalaisista elää itsenäistä elämää tarvitsematta säännöllisiä palveluja. Yli 65 vuotta täyttäneistä oli säännöllisten sosiaali- ja terveyspalvelujen piirissä 13 prosenttia, yli 75-vuotiaista noin neljäsosa ja 85 vuotta täyttäneistä noin puolet. Kokonaisasiakasmäärä on kasvanut hieman viimeisen kymmenen vuoden aikana, mutta palvelujen piirissä on pienempi osa ikääntyneistä. (SVT 2007.) Ikääntyneille viedään palveluja kotiin (kotihoido ja tukipalvelut), heille tarjotaan asumispalveluja (esimerkiksi palveluasuminen) ja laitoshoidoa vanhainkodeissa tai sairaaloissa (pitkäaikaista tai akuuttihoitoa).

TAULUKKO 1. Ikääntyneiden (75+) palvelujen rakenne ja peittävyys 1995–2005, %

	1995	2000	2005
Säännöllinen kotihoido	13,8	12,1 (2001)	11,5
Palveluasuminen	3,4	5,1	5,4
Siitä tehostettua	--		3,4
Vanhainkodit	6,5	5,3	4,3
Terveyskeskusten pitkäaikaishoido	3,4	3,0	2,5

Entinen laitosvaltainen vanhustenhuolto on muuttunut. Laitosasuminen on vähentynyt merkittävästi. Vuoden 2005 lopussa oli ikääntyneiden laitoshoidossa noin 30 000 henkilöä (liite 1). Asiakasmäärä oli 14 prosenttia pienempi kuin vuonna 1995 ja 17 prosenttia pienempi kuin vuonna 1990. Vuonna 2005 yli 65-vuotiaista oli laitoshoidossa 3,6 prosenttia, kun vastaava osuus vuonna 1995 oli 4,8 prosenttia. Yli 75-vuotiaiden kohdalla vastaavat luvut olivat vuonna 2005 6,8 prosenttia ja vuonna 1995 noin 10 prosenttia. (SVT 2007, Hellsten ym 2006, 15.)

Vanhainkodeissa oli vuoden 2005 lopussa noin 18 900 asiakasta. Asiakkaiden määrä on vähentynyt neljänneksen vuodesta 1990. Terveyskeskusten vuodeosastoilla oli vuoden 2005 lopussa pitkäaikaishoidossa 65 vuotta täyttäneitä noin 11 200 ja 75 vuotta täyttäneitä noin 9 800.

Säännöllisen kotihoidon piirissä olleiden osuus 65 vuotta täyttäneistä on vähentynyt 7,3 prosentista 6,5 prosenttiin 1995–2005. Vastaavat prosenttiluvut 75 vuotta täyttäneiden kohdalla ovat 13,8 prosenttia vuonna 1995 ja 11,5 prosenttia vuonna 2005. (SVT 2007.) Tarpeeseen nähden kattavuus on niukkaa. Palveluasuminen sen sijaan on kasvattanut osuuttaan: palveluasumisen peittävyys vuonna 2005 oli tavallisessa palveluasumisessa 65 vuotta täyttäneiden kohdalla 3,0 ja 75 vuotta täyttäneiden kohdalla 5,4. Näistä luvuista tehostetun palveluasumisen prosenttiosuudet olivat 1,9 ja 3,4. (SVT 2007.) Vuodesta 1995 vuoteen 2005 asiakasmäärä kasvoi 80 prosenttia. Tämä on merkittävä muutos ikääntyneiden palvelurakenteessa. Dementia-asiakkaiden määrä

tavallisessa palveluasumisessa on vähentynyt, mutta tehostetussa palveluasumisessa ja vanhainkodeissa olevien määrä on kasvanut 66 prosenttia. (Liitetaulukko 1.)

Laitoshoidon vähetessä on palveluasuminen kasvattanut painoarvoaan. Ikäihmisiä asui palveluasunnoissa 25 000 vuonna 2005 (SVT 2007). Määrä on lähes 80 % suurempi kuin vuonna 1995. Vuonna 2005 palveluasunnoissa asui kolme prosenttia 65 vuotta täyttäneistä (vuonna 1995 osuus oli 1,9 %). Kaksi kolmasosa näistä ikäihmistä oli tehostetussa palveluasumisessa. Tehostetussa palveluasumisessa kävi myös ikääntyneitä jaksottaishoidossa (vanhainkodeissa ja tehostetussa palveluasumisessa yhteensä 2 300 asiakasta). Hieman yli puolet palveluasumisesta on yksityisten palveluntuottajien eli järjestöjen ja yritysten tuottamaa. Palveluasumisen tarve kasvaa edelleen, kun ikääntyneiden määrä kasvaa. Palvelurakenteen kehittäminen ja vanhustenhuollon laadun parantaminen merkitsevät myös lisäystä palveluasumiseen.

## Nykyiset palveluasumisen asukkaat

Seuraavassa tarkastellaan sitä, mitä palvelutalojen nykyisistä asukkaista tiedetään. Pitkäaikais-hoidon kolmivuotinen seuranta (2003–2005) osoittaa, että terveyskeskusten vuodeosastoilla ja vanhainkodeissa asuvien kohdalla hoitoisuus on muuttunut vain vähän. Mittauksessa mukana olevissa palvelutaloissa sen sijaan on tapahtunut oleellinen muutos kohti vaativampaa hoitoa. Tiedot perustuvat RAI-hankkeeseen<sup>5</sup> osallistuneiden yksiköiden seurantaan. (Noro ym. 2005)

Yli 6 kuukautta asuneiden kohdalla ei ole tapahtunut oleellista muutosta missään asumistyyppissä. Palveluasumisen asukkaiden profiili on muuttumassa uusien asukkaiden myötä, sillä palvelutaloihin tulevat uudet asukkaat ovat hoidon vaativuuden suhteen yhä useammin vaativampia kuin taloissa jo pidempään asuneet. Palveluasuminen ottaa vastaan yhä enenevässä määrin asiakkaita, jotka eivät juurikaan poikkea niistä henkilöistä, joita ohjataan vanhainkoteihin. Palveluasumisen ja vanhainkotiasumisen ero on pienenemässä hoidon vaativuuden suhteen nykyisin tehtävillä asumispalvelujen myöntöpäätöksillä. Asumispalvelujen piiriin ohjautumisen yleisin syy on keskivaikea tai sitä vaikeampi dementia. Palvelutalojen uusimpien tulokkaiden keskuudessa suuntaus on samanlainen kuin laitoshoidossa, eli niiden mahdollisuudet kyetä ottamaan vastaan muita kuin dementiaa sairastavia vähenee. (SVT 2007.) Samanaikaisesti pidempään palvelutaloissa asuneet vanhenevat ja heidän hoitoisuutensa kasvaa.

Taulukossa 2 tarkastellaan vanhustenhuollon asiakasrakennetta palveluasunnoissa, vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla. Luvut ovat vain suuntaa antavia, sillä tutkimusaineistossa ei ole erikseen tarkasteltu tavallista ja tehostettua palveluasumista.

Kun asiakkaita luokitellaan kliinisiin päluokkiin (esim. erittäin vaativa hoito, erityishoito, kliinisesti monimuotoinen kognitiivisten toimintojen heikentyminen, käytöshäiriöt, heikentynyt fyysinen toimintakyky) saadaan käsitys asiakasrakenteesta ja työn vaatimuksista henkilökunnalle (resurssivaativuus). Viiden vuoden tarkastelussa voidaan todeta, että palvelutaloissa, vanhainkodeissa ja terveyskeskuksissa resurssivaativuus on kohonnut. Tarkastelu osoittaa myös, että terveyskeskuksissa hoidetaan kaikkein raskashoitoisimmat ikääntyneet ja palvelutaloissa vähiten raskashoitoiset. (Noro ym. 2005)

Yksi tärkeä laitoshoitoon joutumisen syy on kognition tason lasku yhdistyneenä fyysisen toimintakyvyn heikkenemiseen. Itsenäisyyden aste fyysisessä toimintakyvyssä on suurin palvelutaloissa, jossa myös on eniten sellaisia ikäihmisiä, joilla ei ole kognition alenemaa. Sosiaalinen osallistumiskyky on palvelutaloissa suurin.

<sup>5</sup> RAI-järjestelmä on kehitetty Yhdysvalloissa ja nykyään se on käytössä noin 30 maassa. RAI-järjestelmä on tehty hoidon laadun seurantaan, kustannusten arvioimista ja maksujärjestelmän kehittämistä varten eri palvelurakenteen tasoille. Sen ytimenä on laaja-alainen yksilön voimavarojen ja tarpeiden standardoitu kartoitus yksilöllistä hoito- ja palvelusuunnitelmaa varten.

TAULUKKO 2. Tietoja palveluasunnoista, vanhainkodeista ja terveyskeskusten vuodeosastoilta vuonna 2004

	Palveluasuminen	Vanhainkotihoito	Terveyskeskuksen vuodeosastojen pitkäaikaishoito
Miehiä	23 %	24 %	29%
Naisia	77 %	76 %	71 %
Ikä keskimäärin	82 vuotta	82 vuotta	83 vuotta
Hoitojakso	n. 3 vuotta	n. 2,6 vuotta	n. 2 vuotta
Ei kognition alenemaa (esim. dementiaa johtuvaa)	14 %		7 %
Fyysisesti itsenäinen	n. 33 %	n. 6 %	n. 2 %
Osallistumiskykyä (paljon tai kohtalaisesti)	n. 80 %	n. 60 %	n. 45 %
Henkilöstömitoitus	0,46	0,62	0,69

(SVT 2007; Noro ym. 2005.)

Stakesin hoitoilmoituksessa arvioidaan asiakkaiden hoidon tarve viisiluokkaisella luokituksella:

1. Täysin tai lähes omatoiminen
2. Ajoittainen hoidon tarve
3. Toistuva hoidon tarve
4. Lähes jatkuva hoidon tarve
5. Jatkuva, ympärivuorokautinen hoidon tarve.

Jatkuvan, ympärivuorokautisen hoidon tarpeessa arvioitiin olevan 65 vuotta täyttäneistä laitoshoidon asiakkaista yli 80 prosenttia, kun säännöllisen kotihoidon asiakkaista heitä oli joka neljäs ja tavallisen palveluasumisen asiakkaista joka kolmas. Tehostetun palveluasumisen asiakkaat ovat säännöllisen kotihoidon ja tavallisen palveluasumisen sekä laitoshoidon väliltä, joten hoidon porrastus on oikean tyyppinen.

Stakesin hoitoilmoituksessa kysytään, miksi asiakas on alun perin tullut palvelun piiriin tai hoitoon. Syyt jaetaan kuuteen pääryhmään: fyysiset syyt, hermostolliset syyt kuten dementiaoireet, psyykkis-sosiaaliset syyt, kuntoutus, tapaturma ja somaattisen sairauden hoito ja tutkimus. Hoitoilmoituksessa kysytään asiakkaan diagnoosia (vanhainkodeissa, palveluasumisessa ja kotihoidossa), mutta tiedon täyttäminen on vapaaehtoista. Niitä on ilmoitettu hyvin vähän. Osasyynä tähän on se, että näillä asiakkailla ei aina edes ole selkeää diagnoosia. Fyysiset ja sosiaaliset syyt ovat usein pääasiallisena syynä tavallisessa palveluasumisessa ja hermostolliset syyt tehostetussa palveluasumisessa ja vanhainkodeissa.

RAI-järjestelmässä seurataan sairauksia, joilla on tutkimushetkellä yhteys asiakkaan toimintakykyyn, kognitiiviseen tilaan, mielialaan ja käytökseen. Dementoivat sairaudet ovat yleinen sairaus tehostetussa palveluasumisessa, mutta ne ovat nykyisin kuitenkin alidiagnostisoituja.

Tehostetun palveluasumisen kriteereitä ja suhdetta vanhainkotihoitoon on eritelty tutkimuksellisesti vähän. Kuitenkin Rai-järjestelmää hyväksi käyttäen on pyritty antamaan tehostetulle palveluasumiselle kriteerit (Finne-Soveri & Nurme 2007). Finne-Soverin ja Nurmen mukaan tehostettu palveluasuminen tehtävä ja toimintatapa on luoda sosiaalisesti hyvää elämää vaikeasti sairaille. Tehostettu palveluasuminen on näin tarkoitettu monisairaille, toimintavajeisille henkilöille, jotka hyötyvät tehostetun palveluasumisen itsenäisyydestä, asuntojen sijainnista ja muiden asukkaiden seurasta. Se on tarkoitettu tämän erittelyn mukaan henkilöille, jotka sairautensa vuoksi tarvitsevat ei-sairaalatasoista sairaanhoidollista osaamista. Dementia voi olla yksi tekijä, tällöin henkilöllä on sosiaalisia taitoja jäljellä. (Mt. 27.)

## Palveluasumisen nykytila meillä ja naapurissa

Nykyisen tyyppisiä palveluasuntoja alettiin Suomessa rakentaa 1980-luvulla. Niiden tarkoituksena oli tarjota turvaa ja palveluja tarpeen mukaan tilanteisiin, jolloin ikääntyneet eivät enää selviytyneet kotona asuen. Alusta alkaen palveluasuminen nähtiin kunnissa myös laitoshoidon korvaavana ratkaisuna. Suomeen rakennettiin 1980-luvun lopulla ja 1990-luvulla yli 400 järjestö- tai säätiöpohjaista palvelutaltoa aravalainoituksella ja Raha-automaattiyhdistyksen tuella. 1990-luvun lopulla todettiin, ettei palvelutalojen rakentaminen ole riittävä ikääntyneiden asumisen ja palvelutarpeiden ratkaisuksi. Ikääntyneiden kotona asuminen sai yhä voimakkaammin huomiota valtakunnallisissa linjauksissa. (Välikangas 2006.)

Ikääntyneiden palveluasumisen asiakasmäärät ovat jatkaneet kasvuaan, vaikkakin maltillisemmin. Ne kasvoivat vuosina 2002–2004 noin kymmenen prosenttia. Tehostetun palveluasumisen asiakasmäärät lisääntyivät enemmän kuin tavallisen palveluasumisen osuus ja tehostetun palveluasumisen osuus on 55 prosenttia koko palveluasumisesta.

Raha-automaattiyhdistyksen tuki vaikutti palveluasumisen laajenemiseen, mutta nyt tämä tuki on vähentynyt. Jonkin verran on alkanut syntyä yritysmuotoista palveluasuntotuotantoa ja kuntien oma toiminta on vilkastunut.

Raha-automaattiyhdistyksen vetäytyttyä 2000-luvun alkupuolella palvelutalojen rahoittamisesta niiden rakentaminen pysähtyi lähes kokonaan. Vuoden 2005 alussa voimaan tullut Valtion asuntorahaston (ARA) avustus erityisryhmien asunto-olojen parantamiseksi on tarkoitettu asuntojen rakentamiseen, hankintaan ja korjaamiseen erityistä tukea tarvitseville ryhmille, joita katsotaan olevan esimerkiksi asunnottomat, vammaiset, mielenterveysongelmaiset, päihdeongelmaiset, erityistukea tarvitsevat nuoret ja huonokuntoiset, esimerkiksi dementoituneet vanhukset. Tätä ARAn tukea voivat saada myös kunnat. Avustuksen suuruus on porrastettu kohteiden mukaan siten, että mitä enemmän erityisiä palvelu- ja yhteistilaratkaisuja tarvitaan sitä korkeammaksi avustusprosentti voi nousta. Avustus voi olla 5, 20 ja 35 prosenttia hyväksytyistä investointikustannuksista. Avustus myönnetään korkotukilainan lisäksi.

Eniten ARAn myöntämää erityisryhmien avustusta ovat tähän mennessä saaneet vanhusten palveluasunnot. Vuosien 2005–2007 aikana avustusta on myönnetty noin 1 500 vanhusten palveluasunnon rakentamiseen, noin 1 000 palveluasunnon perusparantamiseen ja lisäksi vanhasta asuntokannasta on hankittu noin 100 asuntoa vanhusten palveluasumiskäyttöön. Muita melko suuria avustuksen saajaryhmiä ovat olleet nuoret ja opiskelijat.

Avustuksia kysytään paljon. Siksi on tärkeää etsiä välineitä avustushakemusten perusteluiden arviointiin ja avustustarpeen ennakkointiin, jotta osataan tehdä kestäviä ratkaisuja. Valtion asuntorahasto ja myös ympäristöministeriö tarvitsevat tietoa tämänhetkisestä ja lähivuosien palveluasuntotarpeesta, jotta merkittävä ja ikääntyvässä yhteiskunnassa tarpeellinen avustus voitaisiin kohdentaa järkevästi ja tarpeenmukaisesti. Lisäksi tarvitaan arvio pidemmän aikavälin palveluasuntotarpeesta, jotta investointien taloudellinen kestävyys voidaan turvata niin, että maahan ei muodostuisi 20 vuoden kuluttua tyhjien palvelutalojen ongelmaa. Kysymys tavallisten palveluasuntojen tarpeellisuudesta ja niiden rakentamisen tukemisesta vaatii myös oman pohdintansa.

Kaikissa pohjoismaissa on vanhustenhuollon laitoksia korvattu erilaisilla vanhustenhuollon asumisyksiköillä kuten esimerkiksi palveluasumisella. Ruotsissa ei käsitteellisesti eroteta avo- ja laitoshoidon, kuten meillä tehdään. Kun Suomessa puhutaan palveluasumisesta, vanhainkodeista ja vuodeosastoista, Ruotsissa käytetään käsitettä erityisasuminen (särskilt boende), joka merkitsee kaikkea asumista muualla kuin kotona. Vuodelta 2005 on tieto, että 17 prosenttia yli 80-vuotiaista on erityisasumisen piirissä. Kunnat pitävät korkeaa kynnystä erityisasumiseen pääsyssä ja vanhuksella täytyykin olla suuri hoidon ja hoivan tarve, ennen kuin hänen on mahdollista saada sellainen asunto. (Larsson 2006.)

Käytännössä erityisasumista on hyvin monenlaista ja julkisessa keskustelussa on nähty tarvetta välimuotoiselle, itsenäistä suoriutumista tukevalle asumiselle silloin, kun kotona ei enää suoriuduta. Ruotsin hallitus asetti vuonna 2006 toimikunnan, jonka tehtävänä on kehittää ikääntyvien asumista. Toimikunnan työ päättyi 2009 (väliraportit elokuussa 2007 ja 2008). Tämä komitea analysoi ja esittää toimenpiteitä, joilla ”stimuloidaan” kehitystä. Toimeksianto koskee erityisasumista (henkilöt tarvitsevat paljon huolenpitoa) ja ”välimuotoista erityisasumista” (boende i en mellanform), eli sellaisten henkilöiden asumista, jotka tarvitsevat turvaa ja yhteisöllisyyttä. Suomessa on syytä seurata Ruotsissa ja muissa Pohjoismaissa tapahtuvaa ikäihmisten asumisratkaisujen kehittämistä.



# VALTAKUNNALLISET PALVELUASUMISEN TULEVAISUUS- SKENAARIOT

Vanhustenhuollolle ja ikäpolitiikalle on kirjattu monia hyvään tulevaisuuteen tähtääviä visioita ja strategioita. Näiden rinnalle tarvitaan skenaarioita, jotka kuvaavat vaihtoehtoisia kehityskulkuja, mutta eivät esitä mitään ihannemallia (Vaarama & Voutilainen 2002). Skenaario kuvaa kehitystä nykyhetkestä eteenpäin, kohti lopputilaa eli ”mahdollista maailmaa”. Aikajänne on yleensä 10–20 vuotta eteenpäin. Skenaario siis kuvaa vaihtoehtoisia kehityskulkuja, mutta se ei esitä mitään ihannemallia. Paremminkin skenaariot tuovat esiin tulevaisuuden suunnittelun vaikeutta ja lisäävät läpinäkyvyyttä sosiaalipalvelujen tulevaisuuskeskusteluun.

Toisinaan skenaarioiden muotoilu voi sisältää myös arvoasetelmia ja ajatuksia toivottavasta tulevaisuudesta. Skenaario tuo esiin erilaisia vaihtoehtoja ja niiden ennakoitavissa olevia seurauksia. Tässä tutkimuksessa skenaarioiden lähtötietoina käytetään väestörakennetietoja ja väestöennustetta (Tilastokeskus) sekä palvelujen käyttötilastoissa näkyvää palvelujen käyttöä. Skenaarioita taustoittaa arvoit palvelujen kysynnän kehityksestä ja nykyiset palvelurakennesuosituksset.

Tutkimussuunnitelmassa oletettiin kaksi skenaariota: ensinnäkin että myös tulevaisuudessa palveluasuminen käsittää ns. tavallisen tai peruspalveluasumisen ja tehostetun palveluasumisen, joka sisältää mahdollisuuden saada ympärivuorokautista hoivaa. Toisen skenaarion mukaan tulevaisuudessa on ainoastaan tehostettua palveluasumista, joka on tarkoitettu huonokuntoisille ja dementiaoireisille henkilöille (ryhmäkodit, dementiayksiköt).

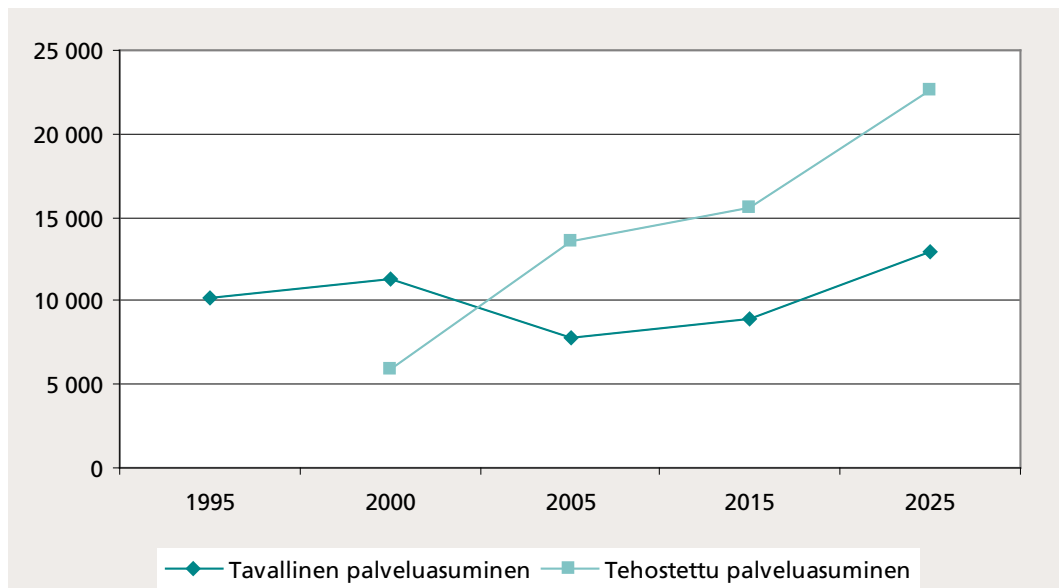
## Ajopuuskenaario

Ajopuuskenaariossa nykyinen (vuoden 2005) palvelurakenne projisoidaan tulevaisuuteen, eli se kuvaa tulevaisuuden, jossa palvelurakenne ja palveluja saavien osuus väestöstä ja toimintatapa pysyvät ennallaan. Palveluja järjestetään siis nykyiseen tapaan, mutta suuremmalle väestöjoukolle. Ainoa muutostekijä on tällöin väestöennuste. Kun yli 75-vuotiaiden määrä kasvaa, tämä heijastuu vastaavasti asiakkaiden määrään. Tehostetun palveluasumisen määrällinen tarve olisi näin vuonna 2025 noin 24 000 paikka, mikä merkitsee 8 000 uutta paikkaa vuoteen 2005 verrattuna. Myös tavallisten palveluasuntojen määrä kasvaisi, vuonna 2025 tarvittaisiin vähintään 5 000 palveluasumispaikkaa nykyistä enemmän. Nyt jo on näkyvissä, että palveluasumisen piiriin tulevat ikäihmiset tarvitsevat paljon hoivaa ja hoitoa eli painotus on jo siirtynyt tehostetun palveluasumisen suuntaan (vrt. sivu 14).

Skenaarion perusolettamus:

- Asiakasmäärät kasvavat samalla prosentilla kuin 75+ väestön määrä.

Skenaario ei sisällä parannuksia ikääntyneiden palvelujen kattavuuteen, eikä korjauksia palvelurakenteisiin. Se osoittaa, että palveluasumisen asemaa on tarkasteltava osana koko palvelurakennetta. Valtakunnallisissa linjauksissa ja myös kuntien tavoitteissa näkyikin kotona asumisen tukeminen keskeisenä tavoitteena.



KUVIO 1. Palveluasumistarve 75 vuotta täyttäneiden osalta ajopuuskkenaariossa

## Vain tehostettua palveluasumista -skenaario

Toinen skenaario perustuu ajatukseen, että palvelurakennetta on muutettava, jotta kasvaviin palvelutarpeisiin pystytään vastaamaan. Skenaariossa käytetään hyödyksi laatusuosituksia ja valtakunnallisia linjauksia kotona asumisen tukemisen ensisijaisuudesta. Tähän perustuu kotihoidon kattavuuden kasvu. Myös omaishoidon tukea saavien määrä kasvaa tässä skenaariossa. Oletus on, että tavallisen palveluasumisen tarjonta loppuisi. Skenaariossa terveyskeskusten vuodeosastojen pitkäaikaishoitoa hoivaa tarvitsevien ikääntyneiden asumisratkaisuna loppuu. Tilalle tähän esitetään, että suuren osan tästä palvelutarpeesta järjestetään tehostettuna palveluasumisen ja osa vanhainkodeissa, joita muutetaan mahdollisuuksien mukaan hoivakodeiksi. Hoivakodit on tarkoitettu ensisijaisesti dementiaoireisille ikäihmisille, joiden toimintakyky on alentunut.

Skenaarion perusolettamukset lasketaan 75 vuotta täyttäneiden osalta:

- Säännöllinen kotihoidon kattavuus nousee nykyisestä 11,5 prosentista laatusuosituksen ehdottamaan 14 prosenttiin.
- Omaishoidon tuen kattavuus nousee kuuteen prosenttiin.
- *Tavallisen palveluasumisen tarjonta loppuu.*
- *Tehostetun palveluasumisen kattavuus nousee kuuteen prosenttiin.*
- *Tehostetun palveluasumisen rinnalle syntyy hoivakoteja nykyisiä vanhainkoteja hyödyntämällä. Näiden kattavuus on skenaariossa kaksi prosenttia.*

Taulukosta 3 ilmenee, että palvelujen tarve kasvaa erittäin voimakkaasti kotihoidossa, kun otetaan huomioon ikääntyneiden määrän kasvu ja laatusuosituksen mukainen palvelun kattavuuden nosto. Tehostettua palveluasumista tarvittaisiin skenaarion mukaan noin 39 000 paikkaa vuoteen 2025 mennessä. Tehostetun palveluasumisen paikkojen tarve siis kasvaa, mutta skenaario olettaa, että tavallinen palveluasuminen vähenee samanaikaisesti. Tärkeä kysymys on: kuinka paljon tavallisesta palveluasumisesta voidaan muuttaa soveltuvaksi tehostettuun palveluasumiseen. Kysymys on toisaalta tiloista ja toisaalta henkilökunnan määrästä.

TAULUKKO 3. Vain tehostettua palveluasumista -skenaario 75 vuotta täyttäneiden osalta

	2005	2015	2025	Erotus 05–15	Erotus 05–25
Säännöllinen kotihoito	45 037	58 998	85 398	13 961	40 361
Omaishoidon tuki	14 517	22 941	32 845	8 424	18 328
Tavallinen palveluasuminen	7 756	0	0	-7 756	-7 756
<b>Tehostettu palveluasuminen</b>	<b>13 554</b>	<b>27 530</b>	<b>39 414</b>	<b>13 976</b>	<b>25 860</b>
Hoivakodit (aikaisemmin vanhainkodit)	16 878	9 176	13 138	- 7 702	-3 740
Terveyskeskusten vuodeosastot	9 758	0	0	-9 758	-9 758

Terveyskeskusten vuodeosastojen oletetaan skenaariossa poistuvan ikäihmisten pitkäaikaishoidon paikkavalikoimasta. Tehostetun palveluasumisen rinnalle skenaariossa oletetaan syntyvän hoivakoteja, joiden asukkaat tarvitsevat pääasiassa dementian vuoksi hyvin paljon hoivaa ja hoitoa. Tämä voi olla liian rohkea skenaario, tätä ratkaisua ei ole vielä valmisteltu riittävästi eikä poliittisia linjauksia näin suureen muutokseen ole tehty. Tämän suuntaisia asiantuntijakannanottoja perusteluineen on kuitenkin esitetty (esim. Vaarama & Voutilainen 2002; Voutilainen 2004; Stakesin asiantuntijakannanotto 2006).

## Useita positiivisia muutoksia?

Ajopuuskenaarion oletus, että 75 vuotta täyttäneille tarvittaisiin 24 000 tehostetun palveluasumisen paikkaa vuoteen 2025 mennessä, jatkaisi nykyistä palvelurakennetta, jolloin vanhainkodit ja vuodeosastojen paikkatarve kasvaisi suuresti. Vain tehostettua palveluasumista -skenaario taas muuttaisi palvelurakennetta kotihoitoa suosivaan suuntaan ja lopettaisi ikääntyneiden pitkäaikaisen laitoshoidon.

Palveluasumisen määrä kasvaisi molemmissa malleissa. Inhimillisesti ja myös kansantalouden kannalta voidaan pohtia tulevaisuutta, jossa tapahtuu myös positiivisia muutoksia niin ikääntyneiden terveydentilassa kuin kuntien toiminnassakin.

Palvelujen tarve ei kasva samaa tahtia ikääntyneiden määrän kasvun kanssa, sillä palvelujen käyttöön vaikuttavat myös muut tekijät. Jos ikäihmisten toimintakyky on tulevaisuudessa nykyistä parempi, niin palvelujen tarve kasvaa vähemmän. Uutta tutkimustietoa onkin, että ikävuosien 60–79 laatupainotetut elinvuodet ovat kasvaneet aikavälillä 1996–2004. Tämä merkitsee, että terveyteen liittyvä elämänlaatu on parantunut. Tämä ilmenee sekä arjen tehtävissä että henkisissä toiminnoissa. (Seppälä & Pekurinen 2007). Tiedetään kuitenkin, että vanhimmassa ikäluokassa, yli 80-vuotiaiden kohdalla palvelutarpeen kasvua koskevat tutkimustulokset ovat ristiriitaisia ja yli 85-vuotiailla on usein monia sairauksia, dementoivia sairauksia on 35 prosentilla (Voutilainen 2007, Aromaa ym. 2002, Martelin ym. 2004). Yksi esimerkki positiivisesta kehityksestä taas on lonkkamurtumien väheneminen. Lonkkamurtuma aiheuttaa runsaasti kärsimystä ja vajaakuntoisuutta, sen hoito on kallista ja se johtaa usein pitkäaikaiseen laitoshoitoon. Syytä vähenemiseen ei vielä tiedetä, mutta selitykseksi on esitetty painon nousua, lihaskunnon paranemista, luukadon ehkäisytoimenpiteitä ja ravitsemusta (UKK-instituutti 2006). Palveluasumisen tarve ei kasva samassa suhteessa kuin ikääntyneiden määrä myöskään parantuvien asumisolojen vuoksi. Vaikka puutteellista asumista on edelleen, on asutokanta yleisesti ottaen parantunut.

Näissä positiivisissa muutoksissa on kysymys seuraavanlaisista seikoista, joita voi olla useampiakin kuin mitä tässä esitetään:

- Ikääntyneiden toimintakyky on tulevaisuudessa nykyistä parempi. Esimerkiksi liikunnan ja lihaskunnan ylläpitämisen hyödyllisyydestä on paljon tutkittua tietoa.
- Dementian ehkäisy kehittyy ja myös kotihoito paranee. Nykyisin on alettu ymmärtää, että dementian ehkäisyä tulee tehostaa. Dementiaa pyritään ehkäisemään mm samoilla keinoilla kuin sydäninfarkteja: hoitamalla kohonnutta verenpainetta ja kolesterolia ja ehkäisemällä diabetesta.
- Kotihoito kunnissa kehittyy kattavammaksi ja niissä lisätään tukipalveluja sekä toimintakykyä ylläpitävää toimintaa kuten erilaista kuntoutus-, virkistys- ja muuta sosiaalista toimintaa.
- Senioritalot tulevat jossain määrin korvaamaan tavallisia palvelutaloja. Asumisolojen yleinen paraneminen vähentää tavallisen palveluasumisen tarvetta.

Yksilöiden kannalta katsottuna ei ole inhimillistä arvioida laitosten ja palveluasumisen tarvetta vain määrällisenä kysymyksenä. Suuri osa ihmisistä haluaa olla muuttamatta vanhana. Toisaalta näiden uusien tilojen rakentaminen on kansantaloudellisesti katsottuna suuri panostus, johon ei tule ryhtyä, jos korvaavia toimintatapoja on käytettävissä. Kuitenkin on todettava, että vuoteen 2025 tarvitaan vähintään 10 000 palveluasuntoa lisää rakentamalla uusia ja korjaamalla vanhasta asuntokannasta. Suurin nyt nähtävissä oleva syy tälle lisätarpeelle on dementian yleisyys, johon ei ole toistaiseksi varauduttu.

TAULUKKO 4. Palveluasumistarpeen vähimmäisarvio 75 vuotta täyttäneiden osalta

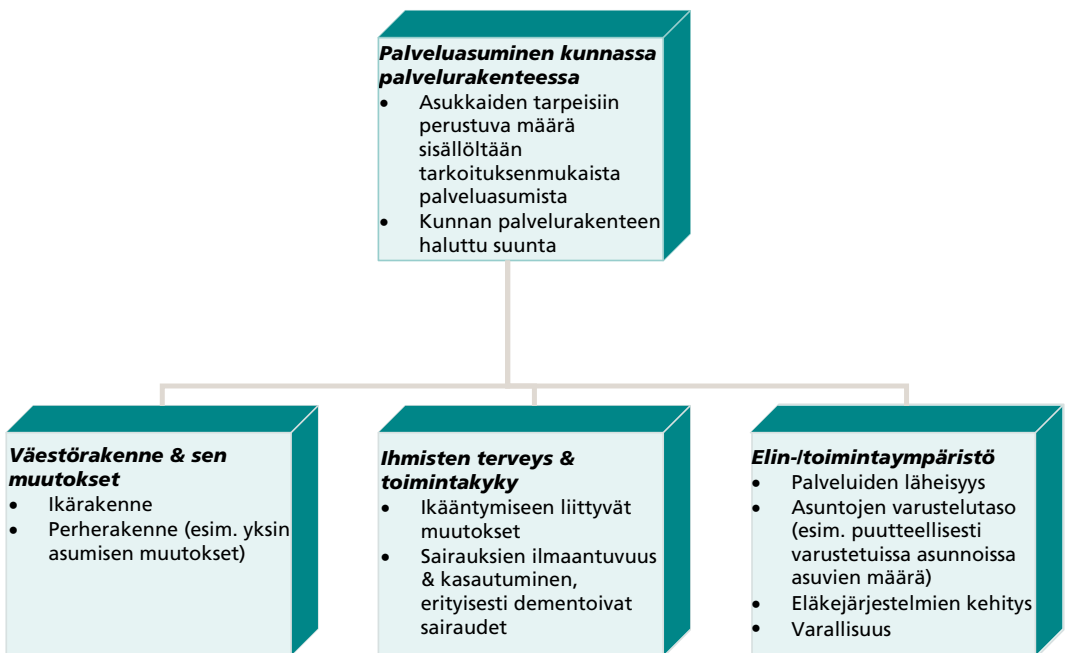
Arvio	2015	2025
Tehostettu	17 000	24 000
Tavallinen	7 000	6 000

Taulukossa 4 on esitetty vähimmäisarvio yli 75-vuotiaiden palveluasumisen tarpeesta. Tehostetun palveluasumisen osalta arvio vastaa nykytilanteen kattavuutta. Kuitenkin 65–74-vuotiaat tarvitsevat myös jossain määrin palveluasumista. Tarvearviona esitetään, että noin 5 000 asuntoa tarvitaan tämän ikäryhmän käyttöön. Palveluasuntojen kokonaismääräksi arvioidaan vuodelle 2025 näin ollen 35 000. Nyt on todella tärkeää harkita, mitä ollaan tekemässä. Erityisesti on panostettava kattavuuden nousuun kotihoidossa, kuten ikäpoliittiset linjaukset ja laatusuositus edellyttävät.

# KUNTAKOHTAISEN PALVELUASUMISTARPEEN ARVIOINTIMALLI

## Arviointimallin rakentaminen

Palvelujärjestelmän on vastattava kuntalaisten tarpeita. Kuviossa 2 esitetään tekijöitä, jotka ovat palvelurakenteen kehittämistyön aineksia. Alentunut toimintakyky ja toimintarajoitteet ovat palvelujen käytön yleisin peruste. Dementoivat sairaudet ovat ikäihmisillä tärkeimpiä palvelutarvetta lisääviä tekijöitä. Palvelujen tarvetta lisäävät myös yksinasuminen, puutteellisesti varustetussa asunnossa asuminen, asuin- ja elinympäristöjen esteellisyys, heikko taloudellinen asema ja sosiaalisten verkostojen puute. (Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus. Versio 4.6.2007.)



KUVIO 2. Palveluasumisen tarpeeseen vaikuttavat tekijät

Samalla tavalla kuntakohtaiseen palveluasumistarpeeseen vaikuttavat useat tekijät. Tässä esitetään A) ns. ajopuumalli, B) laatusuosituksen perustuva laskelma sekä C) palveluasumistarpeen arviointimalli eri osatekijöiden avulla. Palveluasumistarvetta arvioivan mallin (C) rakentamiseen on käytetty niitä tekijöitä, joita voidaan arvioida määrällisesti ja joista on tilasto- tai tutkimustietoa. Kuntien palveluasumistarpeen arviointi on rakennettu seuraavista tekijöistä.

## A. Palveluasumisen tuleva tarve nykytilan projisoinnin kautta

Malli vastaa valtakunnallista ajopuuskenaariota. Tässä laskelma tehdään kunnittain ja siksi sen perusteet esitetään tässä uudelleen.

Kuntien nykyiset väestötiedot ja väestöennusteet vuosille 2015 ja 2025 ikäryhmille

- 75–84-vuotiaat
- 85–vuotiaat.

Kun kunnissa suunnitellaan ikäihmisten palveluita, käytetään yleisesti suunnittelun tukena 75 vuotta täyttäneiden määrän kehitystä. Tämä siitä syystä, että niin kansallisen kuin kansainvälisenkin tutkimustiedon mukaan palvelutarpeiden kasvu alkaa tässä vaiheessa. Väestöennusteita käyttäen voidaan tehdä nykytilan projisointi tulevaisuuteen. Projisointiluvut näyttävät karkealla tasolla sen, minkä verran palveluasumispaikkoja on tarvetta lisätä tilanteessa, jossa mikään muu ei muutu paitsi ikääntyneiden kuntalaisten määrä.

Kun koko maan tulevaa palveluasumisen tarvetta arvioidaan nykytilan projisoinnin avulla, voidaan todeta, että mikäli palveluasumisen kattavuus (tavallisessa 2 prosentille 75 täyttäneistä ja tehostetussa 3,4 prosentille 75 täyttäneistä) säilyisi nykytasolla, tarvittaisiin palveluasumista vuoteen 2015 mennessä lisää yhteensä reilut 3 000 paikkaa. Vuoteen 2025 mennessä lisätarve olisi jo yli 14 000 paikkaa. Eli nämä ovat ne paikkamäärät, jotka tarvittaisiin siinä tapauksessa, että palveluasumisen kattavuus halutaan säilyttää nykyisellään, eikä sitä laskettaisi.

TAULUKKO 5. Ajopuu. Nykytilan projisointi tulevaisuuteen, koko maa, suhteutus 75+

Asiakkaat 75+	2005	% 2005	2015	% 2015	2025	% 2025	Erotus 2005–2015 lkm	Erotus 2005–2025 lkm
Tavallinen palveluasuminen	7 756	2,0	8 919	2,0	12 953	2,0	1 163	5 197
Tehostettu palveluasuminen	13 554	3,4	15 587	3,4	22 635	3,4	2 033	9 081
Yhteensä	21 310		24 506		35 588		3 196	14 278

## B. Palvelurakenteen vaikutus palveluasumiseen laatusuosituksen valossa

Palvelurakennetta on aina tarkasteltava kokonaisuutena, sillä palveluasuminen on sen yksi keskeinen osa. Palvelurakenteen muille kuin palveluasumispalveluille asetetut määrälliset tavoitteet on otettava huomioon palveluasumistarvetta arvioitaessa. Tätä arviota tehtäessä koko maan tasolla käytetään seuraavia olettamuksia<sup>6</sup> (suhteutus 75+):

- Säännöllisen kotihoidon kattavuus nousee nykyisestä 11,5 prosentista laatusuosituksen ehdottamaan 14 prosenttiin
- Omaishoidon tuen kattavuus nousee nykyisestä 3,7 prosentista laatusuosituksen ehdottamaan kuuteen prosenttiin
- *Tehostetun palveluasumisen kattavuus kasvaa nykyisestä 3,4 prosentista laatusuosituksen ehdottamaan 5–6 prosenttiin.*

<sup>6</sup> Ratkaisujen perustana Stakesin asiantuntijakannanotto palveluiden järjestämisestä & Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuositus/Luonnos 4.6.2007.

- Lisäoletukset:
  - *Lisäksi tehostettu palveluasuminen ottaa vastaan puolet terveyskeskusten vuodeosaston pitkäaikaisasiakkaista, sillä pitkäaikaishoito terveyskeskuksissa loppuu.*
  - Vanhainkodit ottavat vastaan 1/3 terveyskeskusten vuodeosastonpitkäaikaisasiakkaista; kattavuus on laatusuosituksen esittämä 6 prosenttia (pitkäaikainen laitoshoido).

### C. Palveluasumistarpeen arviointi eri osatekijöiden avulla

Seuraavassa esiteltävien tekijöiden avulla tuotetaan yksityiskohtaiseen arviointimalliin tietoa siitä, millainen olisi tulevaisuuden palveluasumisen asiakasrakenne. Tässä mallissa palveluasumisen määrään vaikuttavia tekijöitä arvioidaan tarkemmin. Mallissa tehdään määrällisiä oletuksia palveluiden tarpeesta valtakunnallisten tietojen ja arvioiden perusteella. Yksi tärkeimmistä palvelutarvetta ja pitkäaikaisen hoivan tarvetta aiheuttavista tekijöistä on dementoivat sairaudet. Dementiaoireisten kasvava määrä haastaa koko palvelujärjestelmän, ja se näkyy selkeästi myös tehostetun palveluasumisen määräarvioissa. Dementian haastetta palvelujärjestelmälle on syytä korostaa<sup>7</sup>.

#### 1. Dementiaoireisten henkilöiden määrän kehitys palveluasumistarpeen osoittajana

Arviot dementoituneiden määrästä on tehty seuraavilla oletuksilla (ks. Erkinjuntti ym. 2006, [www.dementiahoitoyhdistys.fi](http://www.dementiahoitoyhdistys.fi)).

Keskivaikean ja vaikean dementian esiintyvyys Suomessa

- 75–84-vuotiailla 11 prosenttia
- yli 85-vuotiailla 35 prosenttia.

Yhdistettäessä dementian esiintyvyyttä koskeva tieto väestöennusteen antamiin lukuihin, voidaan tehdä arvio, että vähintään keskivaikeasta dementiaasta kärsii koko maan tasolla lähes tällä hetkellä lähes 65 000 henkilöä ja heidän määränsä kasvaa taulukon 2 esittämällä tavalla. Tutkimustiedon mukaan keskivaikeista ja vaikeista dementiaoireista kärsivistä henkilöistä puolet tarvitsee pitkäaikaishoitoa kodin ulkopuolella.

TAULUKKO 6. Vähintään keskivaikeasti dementoituneiden ihmisten määrän kehitys & pitkäaikaishoivaa kodin ulkopuolella tarvitsevien osuuden kehitys, koko maa, suhteutus 75+

	2006	2015	2025
Yhteensä 75+ vähintään keskivaikeasti dementoituneita	64 888	79 131	107 371
Heistä tämän hetkisen tiedon mukaan ½ tarvitsee pitkäaikaishoitoa kodin ulkopuolella	32 444	39 566	53 686

Jos siis kaikki palveluasuminen, ilman kattavuuden nostoja suunnattaisiin näille em. noin puolelle apua tarvitsevista *dementoituneista*, palveluasumisen yhteenlaskettu nykykattavuus (projisoituna tulevaisuuteen) ei tähän riittäisi. Mallissa oletetaan, että 2/3 näistä vähintään keskivaikeasti dementoituneista henkilöistä hoidetaan tehostetussa palveluasumisessa ja 1/3 vanhainkodeissa.

Kunnan on siis tehtävä arvio vähintään keskivaikeasti dementoituneiden ihmisten määräästä dementian esiintyvyytietoa hyväksi käyttäen ja jaettava näin saatu luku kahdella (= puolet

<sup>7</sup> Vrt. Stakesin asiantuntijakannanotto palveluiden järjestämisestä.

keskivaikeasti dementoituneista). Tämän jälkeen tämä saatu luku jaetaan kolmella. 1/3 tästä joukosta saisi hoivapalvelunsa vanhainkodissa. On perusteltua olettaa, että kolmasosalla 75 vuotta täyttäneistä vähintään keskivaikeasti dementoituneista henkilöistä on dementian lisäksi muitakin hoivan tarvetta aiheuttavia tekijöitä. Jäljelle jäävä luku (= 2/3 vähintään keskivaikeasti dementoituneista henkilöistä kertoo tämän asiakasryhmän tehostetun palveluasumisen tarpeen. Koko maan tasolla vuonna 2015 tämä palveluasumistarvetta osoittava luku olisi 26 114 ja vuonna 2025 yhteensä 35 433.

## 2. Fyysisen toimintakyvyn vaje palveluasumistarpeen osoittajana

Stakesin hoitoilmoitusrekisterin mukaan 75 vuotta täyttäneillä fyysiset syyt olivat tehostettuun palveluasumiseen tulon pääsyyinä 7 383 henkilöllä (1,8 % ikäryhmästä) ja tavalliseen palveluasumiseen tulon pääsyyinä 3 908 henkilöllä (1,0 % ikäryhmästä) vuonna 2006. Tässä mallissa arvioidaan fyysisen toimintakyvyn vajauksen aiheuttavan 1,8 prosentille 75 täyttäneistä tehostetun palveluasumisen tarvetta ja yhdelle prosentille 75 täyttäneistä tavallisen palveluasumisen tarvetta.

## 3. Terveyskeskuksen pitkäaikaispaikkojen vähentäminen

Tässä esitetään oletus, että pitkäaikaishoito terveyskeskuksissa loppuu vähitellen. Tehostettu palveluasuminen ottaa vastaan 1/3 terveyskeskusten vuodeosaston pitkäaikaisasiakkaista ja vanhainkodit ottavat vastaan 2/3 terveyskeskusten vuodeosaston pitkäaikaisasiakkaista.<sup>8</sup> Vuoden 2025 ennusteessa luovutaan vanhainkotihoidosta, sillä pitkäaikaishoidossa olevien ikäihmisten asumisen tasoa halutaan nostaa ja lisätä itsemääräämisoikeutta.

## 4. Asunnon varustetaso palveluasumistarpeen osoittajana

Ikäihmisten asuntojen korjausta edistetään, mutta kaikkia asuntoja ei saada korjatuksi. Tämän vuoksi asuntojen puutteellinen varustetaso ja hissittömyys aiheuttavat palveluasumistarvetta.

- **Asunnon puutteellinen varustetaso**  
Tilastokeskuksen Altika-tietokannan mukaan Suomessa asuu 75 vuotta täyttäneistä 40 855 henkilöä (10,1 % ikäluokasta) asunnossa, jonka varustetasosta ei ole tietoa tai josta puuttuu jokin seuraavista: vesijohto, viemäri, lämminvesi, WC, peseytymistilat, keskus- tai sähkölämmitys. Varustetasoltaan puutteellisissa tai tuntemattomissa asunnoissa asuvien osuus on vähentynyt vuosina 2000–2006 1,9 prosenttiyksikköä. Tässä mallissa arvioidaan, että varustetasoltaan puutteellisissa tai tuntemattomissa asunnoissa asuvien osuus vähenee tulevaisuudessa 0,3 prosenttiyksikön vuosivauhtia. Arviointimallia varten tehdään oletus, että viisi prosenttia heistä tarvitsee tavallista palveluasumista.
- **Hissittömät talot**  
Saatavilla ei ole tilastotietoa hissittömyydestä kärsivistä 75 vuotta täyttäneistä. Sen vuoksi hissittömyyden aiheuttama palvelutarve on selvitettävä ja otettava huomioon kunnissa. Jos muita mahdollisuuksia ongelman ratkaisemiseksi ei ole, on mietittävä tavallisen palveluasumisen tarvetta.

<sup>8</sup> Stakesin asiantuntijakannanotto palveluiden järjestämisestä.



## 5. 65–74-vuotiaiden palveluasumisen tarve

Palveluasumisen tarvetta 65–75-vuotiaiden keskuudessa arvioidaan nykytilanteen mukaan. Tehostetun palveluasumisen piirissä oli tästä ikäryhmästä 2 085 henkilöä, joka on 0,5 prosenttia ikäluokasta.

Edellä mainituista tekijöistä on valtakunnallisia arvioita olemassa. Seuraavista niitä ei ole saatavilla. Tekijät ovat muutoinkin enemmän paikkakuntakohtaisia. Ne ovat asioita, joihin vaikuttavat monet tekijät, ja on tärkeää huomata, että niillä on vaikutusta palveluasumistarpeeseen.

## 6. Psykososiaaliset syyt palveluasumistarpeen osoittajana

Palveluasumiseen tulon syistä osa aiheutuu psyko-sosiaalisista tekijöistä kuten yksinäisyydestä, sosiaalisten verkostojen puutteesta ja turvattomuudesta<sup>9</sup>. Määrällistä tietoa on kuitenkin vain yksinasuvista. Suomessa asuu 75 vuotta täyttäneistä henkilöistä 179 963 (45,7 % ikäryhmästä) yhden hengen asutokunnissa. Arviointimallia varten tehdään oletus, että 2 % yksin asuvista ikäihmisistä tarvitsee tavallista palveluasumista. Ikäihmisten yksinäisyyden lieventämiseksi on olemassa monia muitakin keinoja kuten päivätoiminta, yhteistyö järjestöjen ja seurakunnan jne. kanssa.

## 7. Kunnan olosuhteet ja toimintatavat

Kuntien olosuhteet, toimintatavat ja palvelurakenteet vaihtelevat. Siksi arviointilaskelmaa tulee täydentää kuntakohtaisella tiedolla. Seuraavat tekijät otetaan huomioon joko palvelutarvetta lisäävänä tai vähentävänä palvelutarvearviota tehtäessä:

- Palvelujen etäisyys  
Jos välimatkat ovat kunnan sisällä pitkiä, lisää se palveluasumisen tarvetta.
- Senioritalojen ja vanhusten vuokra-asuntojen määrä  
Näillä asumismuodoilla on merkitystä erityisesti tavallisen palveluasumisen vaihtoehtoina.
- Ikääntyneiden terveydentilan ja toimintakyvyn kehitys  
Kuntouttavat ja toimintakykyä edistävät toimintamallit kunnissa tukevat ikäihmisten itsenäistä elämää ja vähentävät palveluasumisen tarvetta. Järjestön kanssa tehtävä yhteistyö on tärkeää esimerkiksi virkistystoiminnassa.
- Asiakkaiden odotukset  
Myös asiakkaiden toiveet palvelumuodosta otetaan mahdollisuuksien mukaan huomioon.

Palveluasumistarve lasketaan edellä kuvatut palveluasumisen tarpeeseen vaikuttavat tekijät huomioon ottaen seuraavalla tavalla:

Lasketaan yhteen palveluasumista tarvitsevien osuudet seuraavista ryhmistä:

1. Keskivaikeasti ja vaikeasti dementoituneet (tehostettu palveluasuminen)
2. Fyysisestä toimintakyvyn vajeista kärsivien osuus (tavallinen ja tehostettu)
3. Vuodeosastolta siirtyvät (tehostettu palveluasuminen)
4. Puutteellisesti varustetuissa asunnoissa asuvat (tavallinen palveluasuminen)
5. Palveluasumista tarvitsevat 65–74-vuotiaat (tehostettu)
6. Psyko-sosiaaliset syyt (erityisesti tavallinen palveluasuminen)
7. Kuntakohtaiset tekijät.

Tehostetun ja tavallisen palveluasumisen kokonaistarve lasketaan vuosina 2007, 2015 ja 2025.

<sup>9</sup> Stakesin hoitoilmoitusrekisteri.

## Arviointimalli

### *Palveluasumisen tarpeen kuntakohtaisen arviointimallin osatekijät*

Väestörakenne ja sen muutokset

65–74

75–84

85+

Määrälliset taustatiedot:

- Dementoituneiden määrä
- Yksinasuvien määrä
- Puutteellisesti asuvien määrä

### *Tavallinen palveluasuminen\**

2. Fyysiset syyt
4. Asumisolot
6. Sosiaaliset syyt

### *Tehostettu palveluasuminen\**

1. Vaikea tai keskivaikea dementia
2. Huono fyysinen toimintakyky
3. Vuodeosastolta siirtyvät
5. 65–74-vuotiaat, jotka tarvitsevat tehostettua palveluasumista

\* numero viittaa edellä olevaan kunkin tekijän kuvaukseen

# PALVELUASUMINEN KUUDESSA KUNNASSA

## Tapaustutkimuksen aineistot ja toteutus

Tutkimukseen mukaan otettavien kuntien valinta tehtiin ohjausryhmän ensimmäisessä kokouksessa lokakuussa 2006. Valinnasta keskusteltiin Valtion asuntorahaston vuoden 2006 asuntomarkkinakyselyn pohjalta. Asuntomarkkinakyselyssä kunnat ilmoittavat näkemyksiään mm seuraavista kysymyksistä:

- Onko kunnassa tehty vanhusten asuntojen kehittämistä koskeva ohjelma?
- Vanhusten ARA-palveluasuntojen hakijaruokakuntien määrä.
- Vanhusten palveluasuntojen määrä, niistä ARA-vuokra-asuntoja, vapaarahoitteisia vuokra-asuntoja, vapaarahoitteisia omistusasuntoja.
- Palveluasuntojen lisätarve keskimäärin/vuosi.
- Peruskorjaus ja muutostöiden tarve asuntoa/vuosi.

Selvitykseen valittiin kuntia, jotka ilmoittivat kyselyssä palveluasuntojen lisätarpeesta. Muina kriteereinä valinnassa oli kunnan sijainti ja koko. Mukaan otettiin eri kokoisia kuntia eri puolilta Suomea.

Kunnissa haastateltiin vanhusten palveluista ja erityisesti vanhusten palveluasumisesta vastaavia henkilöitä. Ensimmäiseksi otettiin yhteyttä yhdelle henkilölle kunnassa ja hänen kanssaan keskustellen päätettiin haastatteluun sopivista henkilöistä. Kun haastatteluun tulevat oli sovittu, he saivat sähköisesti hanketta esittelevän kirjeen. Haastattelut toteutettiin ryhmähaastatteluna haastateltavien työpaikalla sosiaalivirastossa. Yksi haastatteluista tehtiin palvelutalossa ja yksi kaupungin virastotalossa.

TAULUKKO 7. Haastatellut

Hämeenlinna	liitti	Joensuu	Tampere	Sodankylä	Vihti
Kotihoidon koordinaattori Vanhustenhuollon kehittämisyksikön hankevastaava Vanhuspalvelut-projektin johtaja	Koti- ja asumispalvelujohtaja (kuntayhtymä) Koti- ja asumispalvelupäällikkö (liitti)	Vanhustenhuollon johtaja Vanhustenhuollon kehittämishankkeen projektipäällikkö Sosiaalityöntekijä Sairaanhoitaja	Suunnittelupäällikkö Vastaava asiakasohjaaja Vanhusten asutusprojektin vetäjä	Kotihoidon osastonhoitaja Vanhushankkeen vetäjä Geriatrri Vs. vanhustyön johtaja Sosiaali- ja terveysjohtaja	Vanhustyön ohjaaja Yliääkäri

Ryhmähaastattelu on tehokas tiedonkeruun menetelmä, jolla saadaan tietoa yhtä aikaa usealta henkilöltä. Haastateltavat täydentävät toisiaan ja tutkittavasta asiasta saadaan eri näkökulmia esiin. Haastatteluissa käytettiin teemarunkoa, jossa kysymykset liittyivät palveluasumisen nykytilanteeseen: kunnan palvelurakenne, palveluasumisen riittävyys, kohderyhmät, tilat jne. ja näkemyksiä ja suunnitelmia tulevaisuudesta. Haastattelut onnistuivat hyvin, ja kaikkia teemoja käsiteltiin, mutta oli huomattavissa, ettei tulevaisuuden hahmottaminen ollut helppoa, vaan sitä koskevat pohdinnat jäivät melko niukoiksi. Enemmän oli puhetta kilpailutuksessa, joka oli useassa kunnassa vireillä. Siitä oli vaihtelevia kokemuksia, mutta ne eivät ole tämän tutkimuksen aihe.

Monissa kunnissa ja palvelutaloissa haastattelua täydennettiin myös kirjallisella materiaalilla, josta oli paljon hyötyä tiedon keräämisessä. Tutkija perehtyi mukaan tulleiden kuntien vanhuspoliittisiin strategioihin ja niiden palvelurakenteeseen internetissä olevan esittelyn pohjalta.

Tutkimuskuntia tarkastellaan haastattelujen ja asiakirjojen perusteella. Tulokset esitetään teemoittain. Teemat olivat toisaalta niitä, jotka ohjasivat haastatteluja, mutta ne myös muotoutuivat haastattelujen myötä.

Analyysin ensimmäinen vaihe oli *teemojen kokoava nimeäminen* haastattelujen sisältöä analysoimalla. Tässä jaksossa käytetään *tekstikatkelmia* teemojen elävöittämiseen. Useimmat nimetyt teemat olivat usealle kunnalle yhteisiä, mutta mukana on myös vain yksittäisessä kunnassa esiintulleita asioita. Näin tulee esiin sekä eroja että yhtäläisyyksiä kuntien välillä.

Teemojen nimeämisen jälkeen teemoja tiivistettiin. Nämä *teemojen tiivistykset* (väliotsikot 1–4) ovat niitä tekijöitä, joiden pohjalta arviointitarpeen arviointimallia kehitettiin. Muita arviointimalliin vaikuttavia tekijöitä olivat kunnan demografiset tekijät, palvelurakenne ja asuminen.

Ryhmähaastattelujen analysointia seurasi palveluasumisen arviointimallin kehittäminen, joka esiteltiin edellisessä luvussa.

## Tutkimuskuntien esittely

### Kunnat tilastojen valossa

Kaikissa tutkimuksen kunnissa ikääntyneiden määrä oli kasvussa. Ikääntyneiden osuus kunnan tämän hetkisestä väestöstä vaihtelee ja myös tulevaisuuden ennustekäyrä on kunnilla erilainen. Vuonna 2006 75+ väestön osuus oli suurin Iitissä ja pienin Vihdissä. Vihdissä ennustetaan ikääntyneiden osuuden kunnan väestöstä olevan vuonna 2025 edelleen selvästi alle koko maan tason, mutta Sodankylässä ja Iitissä prosenttiosuus on huomattavasti korkeampi kuin koko maassa. Myös Hämeenlinnassa ja Joensuussa yli 75-vuotiaiden osuuden ennustetaan oleva suurempi kuin koko maassa.

TAULUKKO 8. 65+ väestö koko maassa ja tapaustutkimuskunnissa 2006–2040, %

	2006	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
<b>Koko maa</b>	<b>16,3</b>	<b>17,4</b>	<b>20,5</b>	<b>22,8</b>	<b>24,6</b>	<b>26,1</b>	<b>26,8</b>	<b>26,6</b>
Hämeenlinna	18,1	19,0	22,1	24,5	26,2	27,8	28,7	28,6
Iitti	21,7	23,4	27,6	31,2	33,5	35,0	35,5	34,8
Joensuu	15,0	16,3	19,9	23,0	25,5	27,2	27,8	27,3
Sodankylä	18,6	20,8	26,8	31,7	35,9	39,1	39,7	38,4
Tampere	15,3	16,1	18,6	20,2	21,6	22,8	23,4	23,4
Vihti	11,5	12,6	16,0	18,1	19,7	21,3	22,4	22,8

Taulukko 8. osoittaa ns. ikähuipun eli yli 65-vuotiaiden suurimman määrän asettuvan vuoden 2035 paikkeille. Aivan tuoreimmat Tilastokeskuksen väestöennusteet osoittavat, että ikääntyneiden määrä pysyy korkealla tasolla vielä vuoteen 2050 asti<sup>10</sup>. On kuitenkin huomattava suuret alueelliset erot.

Esimerkiksi Sodankylässä ja Vihdissä ikähuippu saavutetaan eri aikoina, Sodankylässä 2030-luvun alkupuolella, kun taas Vihdissä vasta vuoden 2040 paikkeilla.

Tutkimuskunnissa ikääntyneiden osuus kunnan tämän hetkisestä väestöstä vaihtelee ja myös tulevaisuuden ennustekäyrä on kunnilla erilainen. Iitti ja Sodankylä poikkeavat selkeimmin muista, Hämeenlinna, Joensuu, Tampere ja Vihti ovat lähempänä toisiaan.

Sodankylässä yli 65-vuotiaiden määrä kasvaa vuoteen 2015 jyrkästi 18 prosentista 27 prosenttiin kunnan väkiluvusta ja vuoteen 2025 se nousee ennusteen mukaan 36 prosenttiin. Iitissä nykytilanne on korkeampi, 22 prosenttia, vuonna 2015 lähellä Sodankylän prosenttia eli 26 prosenttia ja vuonna 2025 se on 34 prosenttia.

Hämeenlinnan, Joensuun ja Tampereen nykytilanne on 15 ja 18 prosentin välillä ja nousee vuoteen 2015 välille 18 ja 22 prosenttia ja vuoteen 2025 nousu jatkuu niin, että silloin määrä on 22 ja 26 prosentin välillä. Vihdissä on nuorempia asukkaista ja yli 75-vuotiaiden nykyinen määrä on selvästi pienempi, vain 11 prosenttia. Määrä saavuttaa 20 prosentin rajan vuonna 2025.

Kuntien palvelurakenteet vaihtelivat. Liittetaulukossa 1. esitetään yli 65-vuotiaiden palvelujen käyttö kunnittain. 75+ on kuitenkin se ikä, jolloin palvelutarpeet kasvavat ja kunnat pyrkivät kehittämään palvelurakennettaan niin, että asiakkaat olisivat ”oikeissa paikoissa”. Nämä 75+ tiedot tulevat esiteltyä kunnittaisissa tuloksissa.

## Palveluasuminen kuntien näkökulmasta

Hankkeeseen valitut kuusi kuntaa edustavat suomalaista kuntakenttää monipuolisesti. Mukana on erikokoisia kuntia eri puolilta maata ja niiden vanhusmäärät ja palvelurakenteet vaihtelevat. Kuntia esitellään ensin erityisesti niiden vanhuspoliittisten strategioiden perusteella. Kun ensimmäinen vanhustenhuollon laatusuositus annettiin vuonna 2001 (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto 2001), siinä suositeltiin, että jokaisessa kunnassa on oltava ajantasainen vanhuspoliittinen strategia. Strategian tulee sisältää palvelurakenteen kehittämisohjelma. Parhailaan (syksy 2007) on ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen uudistamistyö käynnissä. Monien kuntien strategiat uusitaan lähiaikoina.

### Hämeenlinna

Hämeenlinnan asukasluku vuoden 2006 lopussa oli 47 895, yli 65-vuotiaita heistä oli 8 452. Kunnassa lapsiperheiden määrä on pienessä laskussa ja ikääntyneiden määrä kasvaa. Kuntaan muuttaa enemmän ihmisiä kuin sieltä pois. Hämeenlinnassa ennustetaan vuonna 2020 olevan yli 50 000 asukasta.

Hämeenlinnan vanhuspoliittisen strategian (visio 2020) ja palvelujen kehittämisohjelman vuosille 2002–2007 mukaan tavoitteena on, että Hämeenlinna on hyvä kaupunki ikäihmiselle. Tämä merkitsee, että valtaosa ikäihmisistä asuu itsenäisesti eikä käytä säännöllisesti sosiaali- ja terveyspalveluja. Ikääntyneiden terveydentilan uskotaan vuonna 2020 olevan nykyistä parempi.

Palvelurakenteen ongelmaksi strategia-asiakirjassa mainitaan avohoidon riittämättömyys. Ikäihmiset asuvat Hämeenlinnassa usein yksin. Asuntojen muutostöitä on tehty määrätietoisesti

<sup>10</sup> Tilastokeskus korostaa, että näin pitkä aika sisältää paljon epävarmuustekijöitä. Esimerkiksi kuolleisuuden ennustaminen on osoittautunut hyvin vaikeaksi, minkä takia vanhimpien ikäluokkien todellinen väestökehitys on mennyt eri lailla kuin on ennustettu. Viime vuosina myös syntyvyys ja nettomaahanmuutto ovat kehittyneet eri tavalla kuin on oletettu, mikä vaikuttaa kaikkien ikäryhmien prosenttiosuuksiin.

useiden vuosien ajan ja puutteellinen asuminen onkin vähentynyt. Keskustan vanhojen kerrostalojen hissittömyys todetaan ongelmana.

Dementiaa sairastavista valtaosa asuu nykyisin kotona. Valtakunnallisiin arvioihin perustuen strategiassa arvioidaan, että vuonna 2020 dementiaa sairastavia on kaupungissa 42 prosenttia enemmän kuin nyt (1 330/760). Kaikkien yli 65-vuotiaiden määräksi arvioidaan 11 561, eli 27 prosenttia enemmän kuin nyt. Strategia korostaa palveluasumista ja asettaa sen määrälliseksi tavoitteeksi 5 % vuoteen 2020 mennessä.

Palveluasumista lisäämällä ja tehostamalla voidaan reagoida nopeasti ja joustavasti palvelutarpeiden muutoksiin. (Hämeenlinnan kaupungin... 2001.)

Hämeenlinnassa on käynnistetty vanhuspoliittisen strategian uudistaminen. Vuoden loppuun mennessä laadittava strategia koskee vuosia 2008–2015.

Tulevaisuuden ennakointiin on vuoden 2007 aikana tullut mukaan uusi osa: Hämeenlinna, Tuulos, Hauho, Kalvola ja Renko ovat päättäneet yhdistyä vuonna 2009. Uuden Hämeenlinnan alueella asui vuonna 2005 yhteensä 58 659 henkilöä. Kuntaliitoksella tulee olemaan merkitystä palveluasumisenkin kannalta.

### Hämeenlinnan yli 75-vuotiaiden palvelujen palvelurakenne vuonna 2005

Säännöllinen kotihoito	12,3 prosenttia	522
Tavallinen palveluasuminen	5,7 prosenttia	243
Tehostettu palveluasuminen	3,7 prosenttia	156
Vanhainkotien asukkaat	4,8 prosenttia	201
Terveyskeskus	1,5 prosenttia	62

### *Iitti*

Iitin asukasluku vuoden 2006 lopussa oli 7 231. Asukkaista 1 538 oli yli 65-vuotiaista. Ikäihmisten määrä on kasvussa ja lapsiperheiden määrä laskee. Vuoden 2007 alusta aloitti toimintansa Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijäyhtymä, joka otti hoitaakseen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisen Artjärven, Hartolan, *Iitin*, Myrskylän, Nastolan, Orimattilan, Pukkilan ja Sysmän kunnissa. Henkilöstö siirtyi yhtymän työntekijöiksi ja palvelujen toiminnallinen koordinointi siirtyi kunnilta peruspalvelukeskuksen vastuulle.

Iitissä on laadittu vanhuspoliittinen ohjelma vuosille 2003–2010. Siinä korostetaan esteettömän ja turvallisen liikkumisympäristön, rakennetun ympäristön ja lähipalvelujen merkitystä ikääntyneiden turvallisuuden takaajina. Avopalveluita korostetaan ja tässä tärkeä on palvelukeskus Koivulehto, jossa on myös palveluasuntoja. Ongelmiksi kunnassa koetaan pitkät välimatkat ja henkilöstön riittämättömyys. Iitissä kotihoidon kattavuus yli 75-vuotiaiden kohdalla on 30 prosenttia ja sitä pidetään hyvänä tasona myös tulevaisuudessa. Kotihoidon henkilöstöä tulee kuitenkin lisätä.

Palveluasumista vanhuspoliittinen ohjelma käsittelee vain vähän. Se toteaa, että dementiaa sairastavien määrä kasvaa ja tällä on vaikutusta palveluasumisen tarpeeseen. Kunnan määrälliset palveluasumisen tavoitteet ovat tehostetussa palveluasumisessa (huom. sisältää laitoshoidon) kuusi prosenttia 75 vuotta täyttäneistä ja tuetussa palveluasumisessa neljä prosenttia.

**Itin yli 75-vuotiaiden palvelujen palvelurakenne vuonna 2005**

Säännöllinen kotihoito	6,4 prosenttia	48
Tavallinen palveluasuminen	7,0 prosenttia	53
Tehostettu palveluasuminen	2,6 prosenttia	20
Vanhainkotien asukkaat		
Terveyskeskus	6,2 prosenttia	47

**Joensuu**

Vuoden 2006 alussa Kiihtelysvaara, Tuupovaara ja Joensuu liittyivät yhteen Joensuun kaupungiksi. Joensuun väkiluku oli vuoden 2006 lopussa 57 797. Kunnassa ikäihmisten määrä on kasvussa ja lapsiperheiden määrä pysynee nykyisellään.

Joensuussa on laadittu vanhuspolitiikan strategia- ja palvelurakenteen kehittämisohjelma vuosille 2002–2006. Tulevaisuutta siinä hahmotetaan vuoteen 2015. Strategia korostaa kotihoidon kehittämistä ja se merkitsee mm. henkilökunnan lisäämistä. Palveluasumista tarvitaan lisää nelisenkymmentä paikkaa lisää vuoteen 2015. Asiakirjassa annetaan seuraavat määrälliset palvelulupaukset: noin 90 prosenttia yli 75-vuotiaista asuu kotona, kotihoidon palveluja saa 22–23 prosenttia yli 75-vuotiaista, tehostettua palveluasumista kolme prosenttia ja tavallista palveluasumista 5–7 prosenttia yli 75-vuotiaista. Pitkäaikaisen laitoshoidon hoitopaikkoja ikäryhmälle varataan 6–7 prosenttia ja lyhytaikaisen eli vuorohoidon paikkoja 3–4 prosenttia.

Joensuun vanhuspolitiikan strategia toteaa, että dementiaoireisten laitoshoidon ei voida kasvattaa oleellisesti, vaan on keskityttävä varhaiseen toteamiseen, avopalveluihin, omaisten tukemiseen ja jossain määrin myös tehostetun palveluasumisen lisäämiseen.

Palveluasumisen kriittisiksi kohdiksi mainitaan nykyisten palveluasuntojen heikko taso, tehostetun palveluasumisen, hoivakotien ja ryhmäasuntojen riittämättömyys ja liian alhainen henkilökuntamitoitus.

Vanhuspoliittinen strategia tultaneen uusimaan kunhan uusi, yhdistynyt kunta pääse toiminnassaan alkua pidemmälle. Kuntaliitoksia on odotettavissa alueella lisää. Joensuun, Enon, Kontiolahden, Polvijärven ja Pyhäselän kunnat selvittävät parhaillaan kuntaliitoksen mahdollisuutta osana PARAS-hanketta.

**Joensuun yli 75-vuotiaiden palvelujen palvelurakenne vuonna 2005**

Säännöllinen kotihoito	10,7 prosenttia	434
Tavallinen palveluasuminen	6,5 prosenttia	265
Tehostettu palveluasuminen	1,6 prosenttia	70
Vanhainkotien asukkaat	1,8 prosenttia	74
Terveyskeskus	4,2 prosenttia	170

**Sodankylä**

Sodankylän väkiluku on laskussa ja ikääntyneiden osuus kasvaa nopeasti. Vuoden 2005 lopussa Sodankylässä oli 9 216 asukasta. Kunnan erityispiirteitä ovat sen laaja alue ja harva asutus.

Sodankylän vanhustenhuollon kehittämissuunnitelma koskee vuosia 2005–2015. Siinä todetaan, että palveluasuntojen määrää lisätään ja muutetaan olemassa olevia palvelutaloja tehostetun palveluasumisen taloiksi, jolloin huomioidaan henkilömitoitus, turvallisuus ja valvonta. Vanhustyön kehittämisohjelman mukaan laitospainotteisuudesta siirrytään avohuoltopainotteisuuteen. Syrjäkyläien ikäihmisten hoivan turvaaminen siten, että heidän haluaan asua kotona mahdollisimman pitkään kuullaan, on vaativa tehtävä.

**Sodankylän yli 75-vuotiaiden palvelujen palvelurakenne vuonna 2005**

Säännöllinen kotihoito	24,2 prosenttia	151
Tavallinen palveluasuminen	2,4 prosenttia	15
Tehostettu palveluasuminen	2,2 prosenttia	14
Vanhainkotien asukkaat	6,9 prosenttia	43
Terveyskeskus	1,9 prosenttia	12

*Tampere*

Tampere on Suomen kolmanneksi suurin kaupunki, sen asukasmäärä on 204 337. Vuosittaisen asukasmäärän kasvun arvioidaan olevan yli kahden tuhannen. Ikäihmisten määrän kasvu on huomattavan suurta. Ihmiseltä ihmiselle – arki mahdollisuutena on vanhusten palvelustrategia vuosille 2003–2012. Strategia korostaa kotona asumisen tukemista. Visiossa 2012 kirjoitetaan: Vuonna 2012 ikääntyvä tamperelainen saa kotiinsa tarvitsemansa tiedon ja avun sekä hoidon, kuntoutuksen ja hoivan, joita hän tarvitsee... Nykytilanteesta todetaan, että kotihoitoa ja tehostettua palveluasumista pyritään tarjoamaan eniten apua tarvitseville. Sekä strategia-asiakirjasta että vanhusten palvelujen vuosikatsauksen (2005) mukaan vanhusten palveluista on kaupungissa puutetta. Laitoshoidossa on paljon asukkaita, mikä selittyy suurelta osalta Koukkuniemen suuren yksikön laajalla palvelutarjonnalla. Kustannukset laitoshoitossa ja kotihoidossa ovat maan keskiarvoja korkeammat.

Tampereella asumispalveluista käytetään kolmea käsitettä: tuettu asuminen, palveluasuminen ja tehostettu palveluasuminen. Tuetussa asumisessa pyritään edistämään vanhuksen mahdollisuutta jatkaa itsenäistä elämää palveluiden, virkistys-, kuntoilu- ja askartelumahdollisuuksien turvin. Palveluasuminen tulee kysymykseen, jos vanhus tarvitsee apua, tukea ja hoivaa päivittäin. Tehostetussa palveluasumisessa vanhus tarvitsee jatkuvasti apua, jolloin henkilökuntaa on käytössä ympäri vuorokauden.

Kun Tampereella on siirrytty tilaaja-tuottajamalliin, vanhustenhuollon strategiaa sovelletaan palvelujen hankintasuunnitelmassa. Ikäihmisten palvelujen kokonaisuudesta vastaa ikäihmisten palvelujen lautakunta, jonka palvelujen hankintasuunnitelma siis on laatusuositusten ikäpoliittisen strategian mukainen. Kaupungin painopiste on vanhusten kotona asumisen tukeminen. Tähän pyritään tiedottamisella, yksilöllisellä neuvonnalla ja ohjauksella, asuinympäristön parantamisella ja lisäämällä liikunta- ja kulttuuripalvelujen käyttöä.

**Tampereen yli 75-vuotiaiden palvelujen palvelurakenne vuonna 2005**

Säännöllinen kotihoito	10,0 prosenttia	1 469
Tavallinen palveluasuminen	4,7 prosenttia	689
Tehostettu palveluasuminen	1,8 prosenttia	260
Vanhainkotien asukkaat	6,9 prosenttia	1 004
Terveyskeskus	2,3 prosenttia	333

*Vihti*

Vihti on Etelä-Suomen muuttovoittokunta ja ainoa tutkimuksen kunnista, joissa lapsiperheiden määrä kasvaa voimakkaasti. Myös ikäihmisten määrä on kasvussa. Asukkaita Vihdissä on noin 26 500 asukasta. Vihdin vanhustenhuollon strategia ja lähivuosien kehittämissuunnitelma ovat vuodelta 2001. Sen mukaan Vihti on vuonna 2020 viihtyisä, turvallinen ja esteetön asuin- ja elinympäristö, joka edistää ikääntyvien ihmisten toimintakyvyn säilymistä sekä tukee omatoimisuutta ja kotona asumista mahdollisimman pitkään.



Vihdin strategian mukaan kunnassa ei ole palveluasumisen lisärakentamistarvetta lähivuosi-na. Sen sijaan se tukeutuu yksityiseen laitoshoidon korvaavaan palveluasumiseen. Palveluasumista on kunnassa runsaasti ja niissä asuu runsaasti myös hyväkuntoisia asukkaita. Palveluasumisen kehittämistarpeiksi luetaan sen sisällön, henkilöstörakenteen ja työkäytäntöjen kehittäminen vastamaan entistä paremmin vanhuspalvelujen oikeaa hoidon porrastusta. Dementiayksiköitä tarvitaan kuitenkin lisää ja niitä on tarkoitus saada nykyisten palvelutalojen toimintoja suuntaamalla.

Kunnan laitospaikkojen ja laitosmaisten palveluasumispaikkojen käsitteet eivät ole selkeitä. Strategiassa puhutaankin palvelutaloissa toteutettavasta laitosmaisesta hoidosta, joka tarkoittaa ympärivuorokautista valvontaa ja palvelua.

Vihti on osallistunut ns. Hiita-hankkeessa sosiaali- ja terveydenhuollon seudullisen yhteistyön selvitykseen yhdessä Karjalohjan, Karkkilan, Lohjan, Nummi-Pusulan, Sammatin ja Siuntion kanssa. Tavoitteena oli perusterveydenhuollon, vanhustenhuollon ja perustason erikoissairaanhoidon yhdistäminen. Organisaatioiden yhdistymistä ei toteutettu vaan päätettiin ryhtyä toiminnalliseen yhteistyöhön.

### Vihdin yli 75-vuotiaiden palvelujen palvelurakenne vuonna 2005

Säännöllinen kotihoito	7,0 prosenttia	83
Tavallinen palveluasuminen	9,2 prosenttia	108
Tehostettu palveluasuminen	6,4 prosenttia	76
Vanhainkotien asukkaat		
Terveyskeskus	3,0 prosenttia	35

## Kuntakäyntien tulokset teemoittain

### a) Palveluasumisen määrä – liian vähän, liian paljon

*”Meillä on palveluasumista enemmän kuin suositukset ohjaa.”*

Tutkimuksen kunnista Hämeenlinnassa ja Vihdissä todettiin, että palveluasumista on paljon, jopa liikaa. Kunnissa todettiin, että 3,0 prosentin taso ylittyy. Valtakunnallisten tietojen mukaan 3,0 prosenttia yli 65-vuotiaista asuu palveluasunnoissa ja yli 75-vuotiaista vastaava prosenttiluku on 5,4 (Ikääntyneiden..., 2007).

Toisaalta palveluasumisen liian suuri määrä tarkoitti myös sitä, että palveluasunnoissa asuu ”liian hyväkuntoisia asukkaita”. Tämä merkitsee sitä, että palvelutalossa, jossa on ympärivuorokauden henkilökuntaa paikalla, saattoi asua henkilöitä, jotka tarvitsivat ja käyttivät palveluja vain ehkä yhden kerran viikossa päiväaikaan.

*”Meillä ei oikein ole sellaista kevyempää palveluasumista, sellaistaikin tarvittaisiin. Usia asukkaita otetaan vain, kun on selkeä hoidon tarve [tehostettuun].”*

*”Meillä on aika paljon palveluasumista, mutta meillä puuttuu dementiaaikoja”*

Tutkimuskuntien vanhustenhuollon palvelurakenne ei useinkaan ollut haastateltavien mielestä ihanteellisessa mallissa. Lisääntyvä palvelujen tarve aiheutti jatkuvaa pohdintaa. Tehostettua palveluasumista tarvitaan lisää kaikkien tutkimukseen osallistuneiden kuntien mukaan. Tarpeen odotetaan kasvavan erityisesti dementiaa sairastavien määrän kasvun myötä. Myös jo tehty kuntaliitos Joensuun seudulla, jossa Kiihtelysvaara ja Tuupovaara liittyivät Joensuuhun, vaikutti

siihen, etteivät palveluasumisen tarve ja määrä olleet täysin uuden kunnan hallinnassa, vaikka palveluasumisen määrää pidettiin sinänsä riittävänä. Ei joensuulaiselle ikäihmiselle ole helppo hyväksyä palveluasuntoa, joka hänelle tarjotaan Kiihtelysvaarasta.

Sodankylän haastattelussa tuli esiin, että palveluasumisen määrittely oli kirjavaa. Kaupungin vanhustenhuollon strategiassa todettiin, että hoitopaikkaa jonottavien ikäihmisten hoito on järjestettävä. Kyseessä oli ikäihmisiä, joilla oli tarvetta joko vanhainkotipaikkaan tai palvelutaloon. Sodankylässä todettiin, että dementian aiheuttama tehostetun palveluasumisen tarve on kasvussa. Näin ajateltiin myös Iitissä ja Tampereella, jossa todettiin toisaalta myös, että tavallistakin palveluasumista tarvitaan. Tampereella ei ole kaupungin omaa palveluasumista vaan kaikki palveluasuminen ostetaan ulkopuolisilta palveluntuottajilta.

Tampereella haastattelussa korostettiin, ettei huomio saisi olla ”seinissä” ja ”uusien seinien rakentamisessa” vaan pitää lähteä ikääntyneen arjesta ja katsoa se palvelu, mitä hän tarvitsee. Tampereella todettiin myös, että heillä on paljon laitospaikkoja verrattuna muihin suuriin kaupunkeihin (kuusikkokunnat).

## *b) Palveluasuntoja vanhainkotien ja vuodeosastojen rinnalle vai tilalle?*

Kunta-aineiston valossa on selvää, että palveluasumista tarvitaan – ja tulevaisuudessa nykyistä enemmän. Ryhmäkodit ovat yksi toimiva ratkaisu dementiaoireisten kotina ja hoivan paikkana. Myös tavallista palveluasumista tarvitaan: puutteellinen asuminen, itsenäisen suoriutumisen ongelmat, fyysinen kunnan heikentyminen aiheuttavat palveluasunnon tarvetta. Kunnissa todettiin myös, että esimerkiksi paljon päihteitä käyttäneillä vanhuksilla on usein sellaisia vaikeuksia arkielämänsä sujuvuudessa, joihin palvelutalo ja sen yhteisöllisyys ovat oikea ratkaisu. Joensuussa, Iitissä ja Sodankylässä on edelleen jonkin verran sellaista puutteellista asumista, joka yhdistyneenä syrjäiseen sijaintiin, aiheuttaa palveluasumisen tarvetta. Tampereella ja Hämeenlinnassa taas keskustan hissittömät kerrostalot ovat ongelma, jonka ratkaiseminen edistyy hitaasti.

Palveluasumisen merkitystä on korostanut se asiantuntijakeskustelu, jossa todetaan, ettei terveyskeskusten vuodeosasto ole oikea paikka vanhan ihmisen pitkäaikaishoitoon. Sairaalahoidossa pitäisi hoitaa vanhusten akuutit sairaudet, mutta pitkäaikaishoito ja -hoiva tulisi toteuttaa muualla. Terveyskeskusten tulisi tarjota oikea-aikaista akuuttihoitoa ja kuntoutusta, mutta sairaala ei olisi vanhan ihmisen koti. Esimerkiksi Tampereella tämä todettiin haastattelussa. Näin ajateltiin myös muissa tutkimuskunnissa. Eri toimijoilla on erilaisia näkemyksiä, poliitikot haluavat monesti laitoksia, koska he eivät tunne kotihoidon mahdollisuuksia ja toisaalta myös jotkut sairaalalääkärit saattavat korostaa sairaalahoitoa. Vanhuspalvelujen asiantuntijat haluavat siirtää laitoshoidossa olevia vanhuksia tehostettuun tai tavalliseen palvelutaloon. Tämä edellyttää enemmän panostusta kuntoutukseen.

*”Laitoslinjan tie on kuljettu loppuun, kaikki lisätarve hoidetaan palvelutaloilla, hoivakodeilla, ryhmäkodeilla ja sitten tietenkin kotiin vietävällä palvelulla.”*

Vanhainkotien roolista kuntien palvelurakenteessa keskusteltiin myös. Joensuussa todettiin selkeästi, että nykymuotoinen vanhainkoti-toimintatapa ei vastaa tarpeita. ”Vanhainkodit ovat tulleet tiensä päähän”, esimerkiksi tilat olivat nykyaikaisiin tarpeisiin sopimattomia.

Toisaalta kuntien näkemykset vanhainkodin ja tehostetun palveluasumisen erosta olivat epävarmoja. Uusia asukkaita sijoitettaessa ero on lähes hävinnyt, melko samankuntoisia asiakkaita sijoitetaan kumpaankin. Ongelmaksi nähtiin asiakasmaksut – ei asiakasmaksun erilaisuus voi olla ainoa ero.

*”Aina riippuu siitä, miten sitä ideologiaa toteutetaan, oli sitten vanhainkoti, hoitokoti tai tehostettu palveluasuminen. Toimintatapa on tärkeä. Meillä on kyllä se näkemys, että vanhainkoti on aikansa elänyt instituutio. Ainakin siinä muodossa, kun se meillä on toteutettu.”*

Neljässä kunnassa kuudesta oli esillä asiakasmaksut ja laitoshoidon/avohoitoproblematiikka. Näissä keskusteluissa todettiin, että kunnille ja asiakkaille on kohtuuttomia ne erilaiset ratkaisut, joita Kansaneläkelaitoksen paikallistoimistot tekevät asiakkaan etuuskien suhteen. Henkilömitoitus saatetaan tulkita ainoaksi määrääväksi tekijäksi ja kun mitoitus nousee sellaiselle tasolle, joka takaa hyvän hoidon tason tehostetussa palveluasumisessa Kela tulkitsee sen laitoshoidoksi. Lääninhallitus taas edellyttää korkeaa henkilömitoitusta uudelta palvelutalolta, jotta se saa luvan toimia.

### *c) Palveluasuntoon muutetaan, kun ei enää pärjätä kotona*

Vanhat ihmiset halusivat asua kotona niin pitkään kuin mahdollista. Yksinasuminen ja siihen liittyvä turvattomuus ovat kuitenkin tekijöitä, jotka saavat ikäihmiset haluamaan palveluasuntoon. Puutteellinen ja syrjäinen asuminen voi vaikeuttaa kotona selviytymistä ja pakottaa harkitsemaan muuttoa. Nämä eivät ole kuitenkaan ensisijaiset syyt palveluasumiseen siirryttäessä vaan toimintakyvyn lasku. Ihmisten valinnat ja selviytyminen on silti yksilöllistä. Siinä missä toinen väsyä ja kokee turvattomuutta, toinen ei halua edes keskustella muuttamisen mahdollisuudesta vaan haluaa selviytyä kotona.

Tampereella todettiin, että palveluasumiseen on ja ei ole jono. Usein palveluasunnon hakijan tilanne on sellainen, että hän miettii palveluasumista, koska hän tuntee itsensä yksinäiseksi ja olonsa turvattomaksi. Sitten kun palveluasuntoa hänelle tarjotaan, hän saattaakin perua aikeensa ja oma koti tuntuu sittenkin paremmalta vaihtoehdolta. Jos kunnan käytäntö on se, että jonoon voi ilmoittautua ilman, että palveluasumisen tarvetta on arvioitu, niin silloin jonoissa on ihmisiä myös ”varmuuden vuoksi”. Ikäihmiset saattavat olla tyytyväisiä asumisoloihinsa, mutta halusivat lähemmäs palveluja. Jos kuntaan rakennetaan palvelutalo hyvälle paikalle palvelujen läheisyyteen, niin kysyntää syntyy. ”Keskeisellä paikalla oleviin kohteisiin halukkuutta on paljon” todettiin Joensuussa.

Valtakunnallinen linjaus kotihoidon ensisijaisuudesta on omaksuttu kuntien toimintapolitiikkana, mutta tähän mennessä käytännön toteutus ei ole tyydyttävä. Kaikissa tutkimuskunnissa korostettiin, että kotihoidon kattavuutta ja henkilökuntamäärää tulee lisätä, jotta ikääntyneet voivat asua kotona pidempään.

Kotihoidon puutteet kuten niukka henkilökuntamäärä, johtamisen ja organisoinnin ongelmat aiheuttavat kunnissa palveluasumisen tarvetta.

*”Kotona on paljon apua tarvitsevia, että kyllä se työllistää, mutta toisaalta, kyllä pitää miettiä, että eikö sen pidäkin olla mahdollista, että voi asua turvallisesti.*

*Kotona toimintakyky säilyy paremmin. Mutta pitäisi olla aikaa enemmän [henkilökunnalla] ja tehdä niitä kevyempiäkin kotikäyntejä. Paljon keskustelua siitä, kenelle kotihoitoa pitäisi tarjota. Ettei vaan sitten, kun jo kovin huonokuntoisia.”*

Rinnan tämän kotona asumista korostavan retoriikan kanssa kulki toinen keskustelu: yhtenä tekijänä palveluasumistarpeen arvioinnissa käytettiin kotihoidon käyntien määrää. Jos käyntimäärät kasvoivat suuriksi, katsottiin, että on parempi, että asukas saa palveluasunnon. Kotihoidon henkilökunta saattoi suositella muuttoa ja usein asukas oli siihen silloin halukas. Vastentahtoisia muuttoa ei kunnissa myönnetty tehtävän. Toisaalta palveluasumisen arveltiin olevan kunnalle edullisempää kuin useat päivittäiset kotikäynnit, toisaalta kerrottiin myös kotihoitohenkilöstön

ajattelumallista, joka suosi palveluasuntoon muuttoa, jotta kotihoito ei joutuisi hoitamaan liian raskashoitoisia henkilöitä.

*”[Kotihoidon] henkilökunnan mielipide voi olla, että jos on huonokuntoisempi asiakas, niin pitäisi saada palveluasumiseen, pois kotihoidon piiristä. Ei katso omia toimintatapoja, että miten voisimme tehdä enemmän asiakkaan hyväksi. Mitä muuta se ihminen tarvitsis, että selviytyy – kotihoito haluaa rajata.”*

*”Mutta kyllä nykyään alkaa myös olla esimerkkejä, että me järjestetään niin paljon palvelua kotiin, ettei siinä lasketa taloudellisuutta, vaan sitä, ettei pakoteta ketään muuttamaan.”*

Sodankylään palkattu geriatri (vanhuslääketieteen erikoislääkäri) on selvittänyt, että terveyskeskuksen vuodeosastolla on ikääntyneitä henkilöitä, joille pitäisi löytää muu asumisvaihtoehto. Vuodeosastolla hoito ei ole kuntouttavaa. Sen sijaan kun vanhus on siirtynyt vuodeosastolta vanhainkotiin, hänen kuntoutuksensa on saattanut onnistua hyvin. Kunnassa tehtiin lista hakijoista ja selkiytettiin hoito- ja palveluketjut. Näiden perusteella kunnassa on painetta saada lisää erityisesti tehostettua palveluasumista. Myös päihdeongelmaisten ja mielenterveys sairauksista kärsivien palveluasumista tarvitaan. Kotihoidon mahdollisuudet tukea esimerkiksi omaishoitajia syrjäkylillä ovat vähäiset. Nämä tekijät ja myös siivousavun puute ajavat ihmisiä palveluasumiseen.

#### *d) Valintaprosessista, kriteereistä...*

Tutkimukseen osallistuneissa kunnissa oli viime vuosina selkiytetty palveluasumiseen hakeutuvien asukkaiden valintaprosessia. Takana on aika, jolloin yksityiset palvelutalot valitsivat itse asiakkaansa ja kunta teki sitten ostopalvelusopimuksen palvelutalon kanssa. Vanhuspalvelujen sijoitusryhmät eli SAS-ryhmät (selvitä-arvioi-sijoita) ovat miettineet toimintatapansa ja päätöksentekoprosessinsa tarkemmiksi ja systemaattisemmiksi.

Vihdissä on vuonna 2005 laadittu selkeät kirjalliset soveltamisohjeet asumispalvelupaikan myöntämiseen. Siinä erotellaan asumispalvelumuodot seuraavasti: 1. Ei-ympärivuorokautinen asumispalvelu 2. Ympärivuorokautinen asumispalvelu 3. Hoivaosasto/raskas asumispalvelu 4. Dementiayksikkö. Näiden soveltuvuus erilaisille asiakkaille kuvataan ja eritellään myös RaVan pistein. Lisäksi todetaan ryhmä Muu asumispalvelu, joka tarkoittaa tuettua asumista päihde- ja mielenterveyskuntoutujille. Sijoittaminen perustuu kirjalliseen hakemukseen ja palvelutarve arvioidaan SAS-ryhmässä hoidollisten ja sosiaalisten syiden perusteella. Arvioinnissa huomioidaan myös avoimuuden palvelujen käyttö. Prosessin kuvaus on selkeä. Avoimuuden ohjaaja ottaa vastaan hakemuksen, jos hakemus koskee kotona asuvaa henkilöä. Hän tekee kotikäynnin ja valmistelee esityksen SAS-ryhmälle. Laitoshoidossa olevan henkilön hakemuksen ottaa vastaan sosiaalityöntekijä.

Vihdin palveluntuottajat ilmoittavat vapautuvista paikoista SAS-ryhmän sihteerille ja neuvottelevat paikkojen täytöstä sihteerin kanssa. Asiakas saa ilmoituksen, kun hän pääsee sijoituslistalle ja odottaa sitten vapautuvaa paikkaa. Myös kielteisestä päätöksestä ilmoitetaan asiakkaalle, jolla on muutoksenhakuoikeus perusturva-asteeseen.

*”Jämäköitettiin sas-ryhmän toimintaa. Kun hakemus tulee, tehdään kotikäynti (palveluohjaus) tai osastolla sosiaalityöntekijä. Selvitetään asiakkaan tilanne ja arvio palvelutarpeesta, ja esitellään asiakkaalle talovaihtoehtoja ja maksuja jne”*

*”Meillä on selkeät hakukriteerit, ensin katsotaan otetaanko jonoon ja sitten tarjotaan asuntoa kun vapautuu”*

Sodankylässä on selvitetty vanhustenhuollon hoito- ja palveluketjuja. Työssä käytiin läpi palveluketjut asiakkaiden ja eri työmuotojen näkökulmista. Siinä todettiin SAS-ryhmän uusi rooli: se arvioi kaikki palvelutarpeessa olevat asukkaat, jotka eivät enää suoriudu kotona. Ryhmä arvioi ja tekee sijoituksesta päätökset. Ikäihmisten hoidon ja huolenpidon tarpeen arvioinnissa käytettävät mittarit luetellaan, mutta samalla todetaan, että päätökset tehdään yksilöllisesti eikä pelkästään mittareiden perusteella. Myös muut (fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset) tilanteeseen vaikuttavat asiat huomioidaan. Selvitys tarkastelee myös eri asumisvaihtoehdot ja laitoshoidon paikkatilanteen. Näin pyritään saamaan asukasvalinta ja oikea hoidon ja hoivan porrastus kuntoon.

RaVa -mittari oli käytössä kaikissa tutkimuksen kunnissa. Kaikissa myös korostettiin, ettei se yksinään ole riittävä, vaan tarvitaan kokonaisvaltaista arvioita henkilön fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta toimintakyvystä ja tilanteesta. Joskus tehostetun palveluasumisen paikan tarve tulee hyvin nopeasti, ja tässä kuntien reagointikyky vaihtelee. Ainakin Joensuussa todettiin, että ”niille joille paikka on ehdottomasti löydettävä, se löytyy”.

### Tiivistys kunnissa tehdyistä ryhmähaastatteluista

Kehityssuuntia:

- Terveyskeskusten vuodeosastolta vanhainkotiin tai tehostettuun palveluasumiseen.
- Joissakin kunnissa myös vanhainkodit katsottiin aikansa eläneiksi, varsinkin jos tilat epäkäytännöllisiä ja monen hengen huoneet käytössä.
- Dementiayksiköitä tarvitaan lisää.
- Tehostettua palveluasumista halutaan lisätä.
- Kotihoitoon halutaan panostaa, mutta resurssit ovat niukat.
- Suunnitteilla myös suuria yksiköjä, joissa monenlaista asumista (senioriasuntoja, dementia-koti, tehostettua palveluasumista) ja erilaisia hallintamuotoja. Palvelukeskus näiden kaikkien käytössä ja palveluja myös kotona asuville.

Heikkouksia:

- Kotihoidon niukkuus.
- Jos kotikäyntien määrä asiakkaan luona kasvaa suureksi, kotihoito ohjaa/kannustaa palveluasuntoon – palveluketju hukassa.
- Tavallista palveluasumisessa on tällä hetkellä jonkin verran liian hyväkuntoisia. Epäselvyys, kenelle tavallinen palveluasuminen on tarkoitettu.

## Arviointimallin soveltaminen – kuntien palveluasumisen nykytila ja tulevaisuusnäkymät

Edellä on esitelty tutkimuskunnissa tehtyjen ryhmähaastattelujen tuloksia neljän haastatteluista koostetun teeman avulla. Ryhmähaastattelujen antia oli erityisesti kuntien näkemykset palveluasumisen merkityksestä ja asemasta kunnan palvelurakenteessa, nykytilan erittely sekä niiden *taustatekijöiden* esiin tuleminen, jotka vaikuttavat tulevaisuuden palveluasumiseen tarpeeseen ja määrään.

Tutkimuksen tavoitteena oli kuitenkin konkreettisempien tulevaisuuden näkymien haaroittaminen. Miten palvelurakennetta aiotaan suunnata? ja Kuinka paljon palveluasumista tarvitaan? Näihin kysymyksiin vastaamista helpottamaan kehiteltiin arviointimalli eli hyvä käytäntö.

Arviointimallin soveltaminen tuotti kunnille uutta määrällistä tietoa palveluasumistarpeen arvioimiseksi. Seuraavassa esitetään mallin mukaiset laskelmat kunnittain sekä kuntien palautetta arviointimalliin siltä osin kuin sitä on saatu. Ensin esitetään laskelma A eli ajopuu, sitä seuraa B eli laatusuosituksen perustuva laskelma ja sitten viimeisenä C eli palvelutarpeen arviointi eri osatekijöiden valossa -laskelma.

## Hämeenlinna

<b>A. Ajopuu</b>	<b>2005</b>	<b>2015</b>	<b>2025</b>
Säännöllinen kotihoito	522	567	823
<i>Tavallinen palveluasuminen</i>	243	263	381
<i>Tehostettu palveluasuminen</i>	156	230	247
Vanhainkodit	201	221	321
Vuodeosasto	69	69	100

<b>B. Laatusuositus</b>	<b>2006</b>	<b>2015</b>	<b>2025</b>
<i>Tehostettu palveluasuminen</i>	210	230	334

<b>C. Arviointimalli</b>	<b>2006</b>	<b>2015</b>	<b>2025</b>
a) Väestörakenne ja sen muutokset			
65–74	4 408	6 257	6 589
75–84	3 212	3 314	5 208
85+	995	1 300	1 488
75+	4 207	4 614	6 696
b) Yksinasuvien määrä 75+	1 638	2 353	3 414
c) Puuttellisesti asuvat 75+	201	200	200
d) Dementiaa sairastavat	700	819	1092

Lähde:

a) Tilastokeskus

b) Sotkanet

c) Tilastokeskus

d) 11 % 75–84 vuotta täyttäneiden määrästä  
35 % 85 vuotta täyttäneiden määrästä

<b>Tavallinen palveluasuminen</b>	<b>2006</b>	<b>2015</b>	<b>2025</b>
Fyysiset syyt	40	46	66
Sosiaaliset syyt	32	47	68
Asumisolot	10	10	10
	<b>82</b>	<b>103</b>	<b>144</b>

<b>Tehostettu palveluasuminen</b>	<b>2006</b>	<b>2015</b>	<b>2025</b>
Dementian vaikutus	233	272	363
Fyysiset syyt	75	83	120
Vuodeosastolta siirtyvät		21	41
65–74-vuotiaat	22	32	32
	<b>330</b>	<b>408</b>	<b>556</b>

### *Havainnot Hämeenlinnan palveluasumistarpeesta*

*Vanhustenhuollon johtajan palaute arviointimallista:* Dementian suuri merkitys palvelutarvetta lisäävänä tekijänä tulee hyvin esiin. Tämä on mallin tärkeä tulos. Sen sijaan vanhusten tavallisen palveluasumisen kasvattaminen mallilaskelman tapaan ei ole järkevää, vaan tulee tehostaa muita avohuollon palveluja, jolla vastataan ikääntyneiden tarpeisiin.

Kaupungissa on valmisteilla uusi Ikäpoliittinen strategia 2008-2015. Siinä asetetaan tehostetun palveluasumisen kattavuustavoitteeksi 6 prosenttia yli 75-vuotiaista.

Hämeenlinnassa halutaan vähentää vanhainkodeissa ja terveyskeskuksen vuodeosastolla olevien vanhusten määrää. Kotihoitoa kaupungissa halutaan lisätä.

Hämeenlinnan kotihoidon ja palveluasumisen osuus yhteensä vastaa laatusuosituksen ehdotamia määriä, jopa ylittää ne eikä kaupungissa ole palveluasumisen lisäämisen tarvetta vuoteen

2015 mennessä, kun Keinusaari valmistuu (2008) ja olemassa olevien palvelutalojen toimintatapa muuttuu tehostetun palveluasumisen suuntaan. Laitoshoidon vähentämisen edellyttämät korvaavat tehostetun palveluasumisen paikat löytyvät kaupungista, kyse on henkilökunnan riittävydestä. Keinusaaren rakentuu 24 ryhmäkotiä ja 56 muuta tehostetun palveluasumisen asuntoa ja lisäksi vapaasti haettavia tavallisia palveluasuntoja 52 sekä ns. senioritalo.

Tehostetussakin palveluasumisessa on hyvin erilaisia vanhuksia. Ympäri vuorokauden on käytettävissä henkilökuntaa, mutta kaikki eivät tarvitse yhtä paljon palvelua.

Dementiaoireisten määrä yli 85-vuotiaiden keskuudessa arvioidaan Hämeenlinnassa olevan noin 23 prosenttia ja vasta yli 90-vuotiaiden kohdalla 35 prosenttia (valtakunnallinen arvio 35 %, Hämeenlinnan luku Tampereen yliopiston tutkimuksen mukaan). Asiakasmaksulakia pidetään kaupungissa ongelmallisena, asiakkaat joutuvat eriarvoiseen asemaan, kun tehostetun palveluasumisen ja vanhainkodin raja on niin epämääräinen ja häilyvä ja kuitenkin maksut määräytyvät eri tavalla.

## litti

<b>A. Ajopuu</b>	<b>2005</b>	<b>2015</b>	<b>2025</b>
Säännöllinen kotihoito	48	52	67
<i>Tavallinen palveluasuminen</i>	53	57	78
<i>Tehostettu</i>	20	21	29
Vanhainkoti	1		
Vuodeosasto	62	65	85

<b>B. Laatusuositus</b>	<b>2006</b>	<b>2015</b>	<b>2025</b>
<i>Tehostettu palveluasuminen</i>	38	40	52

<b>C. Arviointimalli</b>	<b>2006</b>	<b>2015</b>	<b>2025</b>
a) Väestörakenne ja sen muutokset			
65–74	800	1 087	1 158
75–84	592	581	798
85+	166	232	254
75+	758	813	1052
b) Yksinasuvien määrä	341	367	475
c) Puutteellinen asuminen	108	105	102
d) Dementiaa sairastavat	123	145	176

Lähde:

a) Tilastokeskus

b) Sotkanet

c) Tilastokeskus

d) 11 % 75–84 vuotta täyttäneiden määrästä  
35 % 85 vuotta täyttäneiden määrästä

<b>Tavallinen palveluasuminen</b>	<b>2006</b>	<b>2015</b>	<b>2025</b>
Fyysiset syyt	8	8	10
Sosiaaliset syyt	7	7	9
Asumisolot	5	5	5
	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>24</b>

<b>Tehostettu palveluasuminen</b>	<b>2006</b>	<b>2015</b>	<b>2025</b>
Dementian vaikutus	41	48	59
Fyysiset syyt	13	15	19
Vuodeosastolta siirtyvät		16	31
65–74-vuotiaat	4	4	5
	<b>58</b>	<b>83</b>	<b>114</b>

## Havaintoja litin palveluasumistarpeesta

Iitin kunnasta ei annettu palautetta arviointimallin laskelmaan. Kunta on mukana isossa muutoksessa, kun uusi Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijä on aloittanut vuoden alussa. Kunnassa painotetaan tehostettua palveluasumista ja dementoituneiden määrän kasvua. Iitissä myös todettiin, ettei kaikki vuodeosastohoidoksi tilastoitu ikäihmisten hoito ole sitä, vaan on osaltaan tehostettua palveluasumista tai vanhainkotihoitoa. Tämä jäi kuitenkin tarkentumatta.

Palvelukeskus Koivulehto on saneerattu ja näin saatu lisää palveluasumista eli hoivayksikkö, joka otetaan käyttöön vielä vuoden 2007 aikana.

## Joensuu

<b>A. Ajopuu</b>	<b>2005</b>	<b>2015</b>	<b>2025</b>
Säännöllinen kotihoito	434	539	791
<i>Tavallinen palveluasuminen</i>	265	327	481
<i>Tehostettu palveluasuminen</i>	70	100	148
Vanhainkodit	74	91	133
Vuodeosasto	170	211	311

<b>B. Laatusuositus</b>	<b>2006</b>	<b>2015</b>	<b>2025</b>
<i>Tehostettu palveluasuminen</i>	197	252	370

<b>C. Arviointimalli</b>	<b>2006</b>	<b>2015</b>	<b>2025</b>
a) Väestörakenne ja sen muutokset			
65–74	4 658	6 724	7 530
75–84	3 115	3 569	5 541
85+	834	1 472	1 860
75+	3 949	5 041	7 401
b) Yksinasuvien määrä	1 982	2 530	3 715
c) Puutteellinen asuminen	230	223	216
d) Dementiaa sairastavat	634	907	1 260

Lähde:

a) Tilastokeskus

b) Sotkanet

c) Tilastokeskus

d) 11 % 75–84 vuotta täyttäneiden määrästä  
35 % 85 vuotta täyttäneiden määrästä

<b>Tavallinen palveluasuminen</b>	<b>2006</b>	<b>2015</b>	<b>2025</b>
Fyysiset syyt	39	50	74
Sosiaaliset syyt	40	50	74
Asumisolot	11	11	10
	<b>90</b>	<b>111</b>	<b>158</b>

<b>Tehostettu palveluasuminen</b>	<b>2006</b>	<b>2015</b>	<b>2025</b>
Dementian vaikutus	211	302	420
Fyysiset syyt	71	90	133
Vuodeosastolta siirtyvät		57	113
65–74-vuotiaat	23	33	38
	<b>305</b>	<b>482</b>	<b>704</b>



## Havaintoja Joensuun palveluasumistarpeesta

Joensuu ei antanut suoranaisesti palautetta arviointimallin tuottamasta laskelmasta. Kaupungissa käytetään tulevaisuuden palvelutarpeen ennakointiin laatusuosituksen esittämiä määrällisiä arvioita. Dementia näyttää Joensuussakin edellyttävän runsaasti nykyistä enemmän tehostettua palveluasumista. Vanhuspalvelujen johtaja kertoi, että kaupungin ikääntyneiden palvelurakenne on liian laitოსvaltainen ja sitä halutaan muuttaa. Kotihoito on kasvava alue ja myös omaishoitoa halutaan lisätä.

Joensuussa on käynnistetty suunnittelu, jossa tarkoituksena on rakentaa uudella toimintaidealla senioritaloja, ryhmäkoti tehostetun palveluasumisen tarpeisiin ja myös muuta ikääntyneille soveltuvaa asumista. Tämä uusi keskus tarjoaisi yksityisiä ja kunnallisia palveluja myös ympäröivälle asutukselle.

## Sodankylä

<b>A. Ajopuu</b>	<b>2005</b>	<b>2015</b>	<b>2025</b>
Säännöllinen kotihoito	151	217	302
<i>Tavallinen palveluasuminen</i>	15	21	30
<i>Tehostettu palveluasuminen</i>	14	20	27
Vanhainkodit	43	55	78
Vuodeosasto	12	16	23
<b>B. Laatusuositus</b>	<b>2006</b>	<b>2015</b>	<b>2025</b>
<i>Tehostettu</i>	32	45	62
<b>C Arviointimalli</b>	<b>2006</b>	<b>2015</b>	<b>2025</b>
a) Väestörakenne ja sen muutokset			
65–74	1 036	1 277	1 440
75–84	533	703	968
85+	108	197	292
75+	641	900	1 260
b) Yksinasuvien määrä 75+	252	354	496
c) Puutteellisesti asuvat 75+	97	94	91
d) Dementiaa sairastavat	97	146	208

Lähde:

a) Tilastokeskus

b) Sotkanet

c) Tilastokeskus

d) 11 % 75–84 vuotta täyttäneiden määrästä  
35 % 85 vuotta täyttäneiden määrästä

<b>Tavallinen palveluasuminen</b>	<b>2006</b>	<b>2015</b>	<b>2025</b>
Fyysiset syyt	6	9	13
Sosiaaliset syyt	5	7	10
Asumisolot	5	4	4
	<b>16</b>	<b>20</b>	<b>27</b>
<b>Tehostettu palveluasuminen</b>	<b>2006</b>	<b>2015</b>	<b>2025</b>
Dementian vaikutus	32	49	69
Fyysiset syyt	2	3	4
Vuodeosastolta siirtyvät		4	8
65–74-vuotiaat	5	6	7
	<b>39</b>	<b>62</b>	<b>88</b>

## Havaintoja Sodankylän palveluasumistarpeesta

Sodankylästä arviointimallista antoivat palautetta geriatri ja vanhustyönjohtaja. Heidän mielestään arvio oli erityisen hyödyllinen dementian vaikutuksen arvioinnissa. Kaupungin erityispiirteet kuten pitkät välimatkat aiheuttavat erityispohdintaa. Tavoitteena Sodankylässä on, että vuoteen 2025 mennessä terveyskeskuksen vuodeosastolla ei ole pitkäaikaispaikoilla ikäihmisiä ja vanhainkodin saneerausta tehostetun palveluasumisen käyttöön suunnitellaan.

Sodankylässä vanhustenhuollon kehittämiseksi ja palveluasumisen lisäämiseksi on tehty suunnitelma vuoteen 2015, joka on konkreettinen ja selkeästi toteuttamiseen tähtäävä (ei vain strateginen).

Toimenpiteen, joihin Sodankylässä ollaan ryhtymässä:

- Kunnan vanhainkodin paikkoja on lisätty. Tämä lisäys auttaa saamaan terveyskeskuksen pitkäaikaispaikoilta pois sellaisia ikäihmisiä, jotka eivät sinne kuulu.
- Kahden ns. vanhustentalon muuttaminen selkeästi tehostetun asumisen palvelutaloksi. Tämä merkitsee henkilökunnan lisäystä (mitoitus) ja turvajärjestelyjen ajan tasalle saattamista. Taloissa asuu jo nyt paljon apua tarvitsevia ikäihmisiä, joiden hoivasta kunnan kotihoito on huolehtinut. Toisessa niistä on käytössä hoitajakutsujärjestelmä lisäturvaa tuomassa. Henkilömitoitukset ovat tällä hetkellä alhaiset.
- Geriatriin palvelut kerran viikossa palvelutalossa.
- Kotihoidon henkilömäärän nostaminen ja palvelutarjonnan kattavuuden nostaminen 25 % tasolle.

Kunnassa on myös yksityinen dementia koti, joka lasketaan tehostetuksi palveluasumiseksi. Sen henkilömitoitus on kuitenkin alhainen.

Lisääntyvään dementiaoireisten hoivan tarpeeseen vastaa rakenteilla oleva 33-paikkainen ryhmäkoti, joka on nimenomaisesti dementoituneille suunniteltu, tehostetun palveluasumisen 26-paikkainen yksikkö.

Sodankylässä yli 75- ja erityisesti yli 85-vuotiaiden määrä kasvaa erittäin paljon vuoteen 2025 mennessä. Kaupungin kehittämissuunnitelma vastaa toteutuessaan määrällisesti melko hyvin laatusuosituksen ehdotuksia tehostetun palveluasumisen osalta. Sen sijaan, jos dementiaoireisten tehostettuun palveluasumiseen panostettaisiin laskelman 2 mukaisesti ja tavallista palveluasumista tarjottaisiin viidelle prosentille yli 75-vuotiaista, tarvittaisiin lisää paikkoja. Kunnan erityisen laaja alue, hajanainen asutus sekä saamelaisasukkaiden omat kulttuuriset perinteet vaikuttavat siihen, kuinka paljon tavallista palveluasumista kunnassa tarvitaan.

## Tampere

<b>A. Ajopuu</b>	<b>2005</b>	<b>2015</b>	<b>2025</b>
Säännöllinen kotihoito	1 469	2 048	3 156
<i>Tavallinen palveluasuminen</i>	<i>689</i>	<i>795</i>	<i>1 141</i>
<i>Tehostettu palveluasuminen</i>	<i>260</i>	<i>305</i>	<i>437</i>
Vanhainkodit	1 004	1 168	1 675
Vuodeosasto	333	389	558
<b>B. Laatusuositus</b>	<b>2006</b>	<b>2015</b>	<b>2025</b>
<i>Tehostettu</i>	<i>734</i>	<i>846</i>	<i>1213</i>

<b>C. Arviointimalli</b>	<b>2006</b>	<b>2015</b>	<b>2025</b>
a) Väestörakenne ja sen muutokset			
65–74	16 797	23 270	24 003
75–84	11 261	12 308	18 733
85+	3 428	4 624	5 546
75+	14 689	16 932	24 279
b) Yksinasuvien määrä 75+	7 344	8 466	12 139
c) Puutteellisesti asuvat 75+	672	650	630
d) Dementiaa sairastavat	2 439	2 972	4 000

Lähde:

a) Tilastokeskus

b) Sotkanet

c) Tilastokeskus

d) 11 % 75–84 vuotta täyttäneiden määrästä  
35 % 85 vuotta täyttäneiden määrästä

<b>Tavallinen palveluasuminen</b>	<b>2006</b>	<b>2015</b>	<b>2025</b>
Fyysiset syyt	146	169	243
Sosiaaliset syyt	146	169	485
Asumisolot	33	32	31
	<b>325</b>	<b>370</b>	<b>759</b>

<b>Tehostettu palveluasuminen</b>	<b>2006</b>	<b>2015</b>	<b>2025</b>
Dementian vaikutus	813	990	1 333
Fyysiset syyt	264	304	437
Vuodeosastolta siirtyvät		111	222
65–74-vuotiaat	84	116	120
	<b>1 161</b>	<b>1 521</b>	<b>2 112</b>

## *Havainnot ja Tampereen tilanteesta*

Tampereelta laskelmia kommentoi suunnittelupäällikkö tilaajayksiköstä, joka on nimeltään Ikäihmisten hyvinvoinnin ylläpitäminen. Kaupungin strategiset painotukset ja vanhustenhuollon visio korostavat ikäihmisten kotona asumista ja sen tukemista. Palvelutarpeisiin palveluasumisessa vaikuttaa jatkossa kotona asumista tukevan strategian toteuttamisen onnistuminen. Mikäli fyysiseltä toimintakyvyltään heikentyneitä ikäihmisiä voidaan hoitaa nykyistä pitempään kotona, kohdistuu palveluntarve palveluasumisessa jatkossa dementiaoireisille asiakkaille suunnattuun tehostettuun palveluasumiseen.

Kotitori-hanke palvelee ikääntyneiden palvelujen tehostamistavoitetta. Siinä tavoitteena on palvelujen integrointi, jossa asiakkaan lähtökohdista ja näkökulmasta yhdistetään julkinen, yksityinen ja kolmannen sektorin palvelutuotanto yhdestä pisteestä saatavaksi. Kotitori kokoaa palvelut, toimii palveluohjaajana ja tuotantoverkoston ohjaajana.

PARAS-hankkeessa on päätetty järjestää Tampereen ja kehyskuntien päiväkotihoidon, perusterveydenhuollon, *vanhusten asumis- ja laitos-* ja perusopetuksen palveluja seudullisesti. Tampereen kehyskunnat ovat Kangasala, Lempäälä, Nokia, Orivesi, Pirkkala, Vesilahti ja Ylöjärvi.

Kaupungin vanhustenhuollon linjauksia ovat a) laitoshoidon osuuden pienentäminen. Tässä ovat apuna kaksi kaupunkiin perustettavaa kotiutustiimiä b) kotihoidon vahvistaminen, c) kuntouttavan työn lisääminen (päivätoiminta ja lyhytaikahoito) ja d) asiakkaiden odotuksien entistä parempi huomioiminen.

Tampereella painotetaan sitä seikkaa, että aina ei tarvitse rakentaa uusia rakennuksia vaan olemassa olevan rakennuskannan hyväksikäyttäminen ja esim vanhaan kerrostaloon voi rakentaa

palvelukodin. Tästä on Tampereella jo hyviä esimerkkejä. Laatusuositukseen perustuva malli ohjaa vanhustyötä johtavien henkilöiden mielestä hyvin kuntia omissa ratkaisuisaan.

Tampereella on paljon vanhusten laitoshoidon paikkoja ja palveluasuntojen tarjonta taas on niukkaa. Tämä ilmenee myös kuuden suurimman kaupungin (Kuusikko-työryhmän) vanhusten sosiaali- ja terveyspalvelujen vertailussa. Kuusikko-työryhmään kuuluvat Helsinki, Espoo, Vantaa, Turku, Tampere ja Oulu. Raportti vuodelta 2005 jakaa vanhusten palveluasumisen keskiraskaaseen ja tehostettuun palveluasumiseen. Kuusikko-työryhmän tarkastelussa yhdistetään ympärivuorokautinen hoiva -käsitteeseen tehostettu palveluasuminen, vanhainkotihoito ja terveyskeskuksen pitkäaikaishoito. Tässä vertailussa Tampereen runsas vanhainkotipaikkojen määrä erottuu. Koukkuniemi on suuri vanhainkoti, siellä oli ympärivuorokautisessa hoidossa keskimäärin 818 henkilöä, joista 89 prosenttia oli yli 75-vuotiasta. Tehostettua palveluasumista on vähän.

Tampereella vuosittaisen tehtävän vanhusten palvelukatsauksen mukaan kaupungissa oli laitospaikkoja 1828 vuonna 2005. Tästä luvusta 616 on geriatria ja psykiatria sairaala-paikkoja, 858 vanhainkoti- ja hoivaosastopaikkoja, 214 yksityisten vanhainkotien paikkoja sekä Koukkuniemen 140 sairaalapaikkaa. Laitospaikka riittäisi näin 12,5 prosentille 75 vuotta täyttä-neistä (Vanhusten palvelut..., 2005).

*Arviointimallin laskelman ja Tampereelta saatujen tietojen perusteella Tampereen tilanne:* Vuonna 2005 palveluasunnoissa, joissa oli ympärivuorokauden henkilökuntaa paikalla, asui noin 460 henkilöä. Laatusuosituksen tavoitteisiin verrattuna Tampereen vanhustenhuollon palvelurakenne on laitosvaltainen. Laitosvaltaisuuden vähentäminen ja kotihoidon kattavuuden parantaminen ovat vaativa tehtävä. Laitospaikoista suuri osa on Koukkuniemessä, joten ratkaisevaa on sen tulevaisuus.

Tampereella yli 75-vuotiaiden määrän vuonna 2015 ennustetaan olevan noin 17 000 ja noin 24 000 vuonna 2025. Näistä luvuista laskettuna laatusuosituksen esittämä tavoite, että tehostettua palveluasumista tarjottaisiin silloin viidelle prosentille näistä henkilöistä merkitsisi, että tehostetun palveluasumisen asuntoja kaupungissa olisi vuonna 2015 noin 850 (lisäys noin 400) ja vuonna 2025 noin 1 200 (vielä noin 400 lisää).

Jos Tampereella valittaisiin tehostettua palveluasumista painottava malli (laskelma 2), merkitsisi se vuoteen 2015 lisäystä 150 tehostetun palveluasumisen asuntoa ja vuoteen 2025 edelleen 100 asunnon lisäystä. Dementiaa sairastavien määrän kehityksen ennakoiminen ja lisääntyvään hoidon tarpeeseen vastaaminen näyttäisi olevan Tampereelle erittäin suuri haaste.

## Vihti

<b>A. Ajopuu</b>	<b>2005</b>	<b>2015</b>	<b>2025</b>
Säännöllinen kotihoito	83	110	194
<i>Tavallinen palveluasuminen</i>	<i>108</i>	<i>146</i>	<i>255</i>
<i>Tehostettu palveluasuminen</i>	<i>76</i>	<i>101</i>	<i>177</i>
Vanhainkodit	0	0	0
Vuodeosasto	35	35	35
 <b>B. Laatusuositus</b>	 <b>2006</b>	 <b>2015</b>	 <b>2025</b>
<i>Tehostettu</i>	<i>60</i>	<i>79</i>	<i>138</i>

<b>C. Arviointimalli</b>	<b>2006</b>	<b>2015</b>	<b>2025</b>
a) Väestörakenne ja sen muutokset			
65–74	1 755	2 925	3 161
75–84	931	1 193	2 222
85+	282	391	550
75+	1 213	1 584	2 772
b) Yksinasuvien määrä 75+	517	681	1191
c) Puutteellinen asuminen 75+	162	160	155
d) Dementiaa sairastavat	200	268	436

Lähde:

a) Tilastokeskus

b) Sotkanet

c) Tilastokeskus

d) 11 % 75–84 vuotta täyttäneiden määrästä  
35 % 85 vuotta täyttäneiden määrästä

<b>Tavallinen palveluasuminen</b>	<b>2006</b>	<b>2015</b>	<b>2025</b>
Fyysiset syyt	12	16	28
Sosiaaliset syyt	10	14	24
Asumisolot	8	8	8
	<b>30</b>	<b>38</b>	<b>60</b>

<b>Tehostettu palveluasuminen</b>	<b>2006</b>	<b>2015</b>	<b>2025</b>
Dementian vaikutus	66	89	145
Fyysiset syyt	21	28	50
Vuodeosastolta siirtyvät		12	23
65–74-vuotiaat	9	14	16
	<b>96</b>	<b>143</b>	<b>234</b>

### *Havainnot Vihdin tilanteesta*

Vihdissä väestö on nuorempaa kuin muissa tutkimuksen kunnissa. Sillä on sen vuoksi enemmän aikaa varautua väestön ikääntymiseen. Kunnassa on melko runsaasti tavallista palveluasumista, jota ollaan muuttamassa tehostetun suuntaan asukasvalintaa tehostamalla. Vanhustyön ohjaajan huomioita laskelmista: Kotikuntalain mahdollinen muuttaminen merkitsee valinnanvapauden ja omaisten merkityksen kasvua. Tulevaisuudessa palvelutalot ehkä erikoistuvat erilaisille väestöryhmille.

Kunnassa on myös käynnissä uuden terveyskeskuksen suunnittelu. Sen yhteyteen rakennetaan myös tiloja esimerkiksi dementiaoireisille, mutta tarkempaa tietoa ei vielä ole käytettävissä.

## YHTEENVETO JA POHDINTAA

Tässä tutkimuksessa on tarkasteltu palveluasumisen määrällisiä tarpeita eri näkökulmista. Palveluasumisen tarvetta arvioitiin ensinnäkin valtakunnallisesti skenaarioiden avulla. Skenaarioiden tehtävänä oli esittää vaihtoehtoja ja niiden ennakoitavissa olevia seurauksia. Skenaariot laskettiin 75 vuotta täyttäneiden määrän kehityksen perusteella. Ensimmäinen skenaario (ajopuuskenaario) perustui oletukseen, että palvelurakenne ei muutu ikääntyneiden määrän kasvaessa. Toinen skenaario esitti palvelurakenteen muutoksia, ja sisälsi näin ajatuksen, että pelkkä ikääntyneen väestön määrän huomioiminen ei ole riittävä eikä mahdollinen tapa arvioida palveluasumisen tulevaisuutta. Palvelurakennetta tulee kehittää avopalveluja suosivaan suuntaan.

### Kaksi skenaariota ja arviointimalli

Ajopuuskenaarion mukainen palveluasuntojen tarve yli 75-vuotiaille vuonna 2025 on 38 000, josta 24 000 olisi tehostettua palveluasumista ja 14 000 tavallista palveluasumista. Toinen skenaario, jossa ikääntyneiden pitkäaikaishoito terveyskeskuksissa loppusi ja kaikki palveluasuminen olisi tehostettua, tuottaa tuloksen, että tehostettua palveluasumista tarvitaan yli 39 000 vuonna 2025. Keskeinen huomio skenaarioissa on, että dementian vaikutus palvelurakenteessa on toistaiseksi ali-arvioitu. Dementoivat sairaudet ovat ikäihmisillä tärkeimpiä palvelutarvetta lisääviä tekijöitä.

Palveluasumisen tarve ei kuitenkaan kasva välttämättä samassa suhteessa kuin ikääntyneiden määrä. Skenaarioiden ajanjaksolla, noin 20 vuodessa, voi tapahtua myös tarvetta vähentäviä muutoksia. Nämä huomioimalla arvioidaan, että vuonna 2025 tavallista palveluasumista 75 vuotta täyttäneille tarvitaan noin 6 000 asuntoa ja tehostettua palveluasumista noin 24 000 asuntoa. Koska jonkin verran palvelutarvetta on myös nuoremmilla, 65–74-vuotiailla, lisätään arvioon 5 000 asuntoa. Näin päästään lukuun 35 000 palveluasuntoa vuonna 2025. Tämä merkitsee noin 10 000:n palveluasunnon lisäystä nykyiseen määrään verrattuna.

Palveluasumistarpeen arviointimalli kunnille kehitettiin sen vuoksi, että kuntien on tärkeää tehdä määrällisiä ja laadullisia arvioita palvelutarpeesta ja esittää kuntalaisille, miten palvelut aiotaan tulevaisuudessa hoitaa. Tämä on erityisen keskeistä ja haasteellista nyt, kun ikääntyneiden ennustettu määrällinen kasvu on toteutumassa. Määrällisen tarpeen arviointimalli menee kunnittain syvemmälle kuin ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus, joka esittää palvelun määrälle valtakunnallisen suosituksen. Jäsentynyt, yksityiskohtaisempi malli vaatii kuntia ottamaan arviossa huomioon oman kuntansa eri tekijät, jotka ovat palvelutarpeen taustalla. Kuntien on tehtävä arviointia sekä palvelurakenteen kannalta että investointien näkökulmasta. Palvelurakenteet vaihtelevat kuntien välillä ja monissa kunnissa niitä halutaan uudistaakin, sillä nykytilannetta ei aina pidetä tyydyttävänä. Usein kuntien pitkän aikavälin arviointi palvelutarpeesta on melko yleispiirteistä, jos arviointi ylipäättään on tehty. Jakautumista tavalliseen ja tehostettuun palveluasumiseen on myös käsitelty vain vähän.

Tapaustutkimus kuudessa kunnassa tuo esiin kuntien pohdintaa palveluasumisen paikasta palvelurakenteessa. Tehostettua palveluasumista tarvitaan lisää ja asiakkaiden oikeaan sijoittamiseen kiinnitetään kunnissa huomiota aikaisempaa enemmän.

Kunnissa tarvitaan poliittisia linjauksia. Ratkaistavia kysymyksiä ovat esimerkiksi

- mitä tapahtuu terveyskeskusten vuodeosastoille, luovutaanko niistä ikääntyneiden pitkäaikaishoidon paikkoina.
- suunnataanko palveluasuminen tulevaisuudessa vain tehostettuun palveluasumiseen ja dementoituneille tai muille vaativaa hoitoa tarvitseville vai on tulevaisuudessakin myös tavallista palveluasumista.

Tutkimuksessa ei oteta kantaa siihen, kuinka paljon palveluasumista kunnissa pitäisi tulevaisuudessa olla. Kysymys on palvelurakenteen kokonaisuudesta, jossa muita tärkeitä osia ovat kotihoito, tukipalvelut ja omaishoidon tuki. Näiden keskinäiset suhteet ja kunnan painotukset ovat ratkaisevia myös palveluasumisen tarpeen arvioinnissa. Kysymys on myös palvelun sisällöstä ja laadusta. Tutkimuksessa ei ole käsitelty esimerkiksi kysymystä siitä, ovatko pienet yksiköt parempia kuin suuret kokonaisuudet. Organisoinnin (kunta, yhdistys vai yritys) ja rahoituksen kysymykset jäävät myös tutkimuksen ulkopuolelle.

## Arviointimallin testaus

Tutkimushankkeessa kehitettyä arviointimallia testattiin tapaustutkimuksen kuudessa kunnassa. Arviointilaskelman tekeminen ja erityisesti kuntien siitä antama palaute osoittivat, että kunnat eivätkä ole kovin halukkaita lähtemään suunnitteluun vain tarvearvioinnin suunnasta. Kysymystä lähestytään tarjonnan kautta eli nykyisten tilojen, rakenteiden ja paikkatarjonnan kannalta eikä asiakas- ja tarvelähtöisesti. Tämä nykytarjonnasta lähtevä tarkastelutapa tuottaa tulokseksi sen, että kasvavaan tarpeeseen ei reagoida riittävän tehokkaasti ja nopeasti, vaan ratkaistaan vain lähitulevaisuuden ongelmia. Se, että lähtökohtana olisi selkeästi se, mikä ikäihmisille olisi paras ratkaisu heidän tilanteessaan, voi jäädä sivuun. Kuitenkin tutkimuskuntien antaman palautteen mukaan dementian merkitys palvelutarvetta lisäävänä tekijänä tuli arviointimallin esittämisellä selkeästi esille. Tätä pidettiin mallin parhaana ominaisuutena.

## Lopuksi

Tutkimuksessa on tarkasteltu palveluasumista, joka on yksi osa sosiaalipalveluita. Toisaalta tutkimuksen ytimessä on asuminen, joka on kaikkien ihmisten perustarve. Ikääntyneetkin asuvat valtaosin kotona. Yhteistä eri ikäisille on, että asumisessa halutaan yksilöllisyyttä, viihtyisyyttä ja itsellisyyttä. Ikääntyneille tärkeää on esteettömyys, liikenneyhteydet ja palvelut, mutta myös hyvä ympäristö ja kuuluminen naapurustoon.

Omaehtoinen ikääntyminen sisältää oman elämäntyylin ja arvomaailman huomioimisen, elämäntavat ja asumistoiveet. Asunnon vaihto voi vaikuttaa negatiivisesti ikääntyneen terveyteen. Asumisessa arvotetaan pysyvyyttä, ennustettavuutta ja järjestystä. Oma hallinnan tunne säilyy tällaisessa ympäristössä. (Välikangas 2006, Özer-Kemppainen 2005.)

Näiden asumiseen liittyvien perustarpeiden tulisi toteutua myös palveluasumisessa. Palvelut täydentävät itsenäistä suoriutumista ja kun toimintakyky heikkenee, niiden merkitys kasvaa. Tehostetussa palveluasumisessa asukas on ympärivuorokautisen avun ja hoiva tarpeessa, mutta silti hän on edelleen (myös) asukas.

Kuten jo monesti on todettu, dementiaoireisten ja muita muistisairauksia sairastavien määrä kasvaa, kun ikääntyneiden määrä kasvaa. Hyvän, turvallisen asumisen ja hoidon mahdollistavat hyvin suunnitellut ryhmäkodit, jotka ovat yksi muoto tehostettua palveluasumista tai yksi hoivakodin muoto.

Voidaan sanoa, että palveluasuminen on kotona asumista, koti vain on vaihtunut asukkaan ikääntyessä ja tarpeiden muuttuessa. Palveluasuntoon muuttaminen on usein itsenäisen valinnan tulos, mutta myös suostumista ratkaisuun, jota muut ehdottavat. Silloin kun tavallinen palveluasuminen nähdään yhtenä asumismuotona, ihmisten kotina, se merkitsee, että tarvittavat sosiaalipalvelut tai hoiva voidaan järjestää samalla tavalla kuin muillekin kotona asuville. Se, että ikäihmiset haluavat asua talossa, jossa on yhteisiä tiloja virkistystoimintaan, ruokailumahdollisuus ja muita palveluja, merkitsee palveluasumista, mutta kunnallinen tai yksityinen kotihoito voi olla sen hoivapalvelujen tarjoaja. (vrt esim. Helsinki ja Joensuu, joissa luovuttu käsitteenä tavallisesta

palveluasumisesta.) Tämä edellyttää kuitenkin, että näitä palveluja on kohtuuhintaan riittävästi saatavilla ja että ikäihmisiä autetaan palvelujen hankkimisessa tiedottamalla ja ohjaamalla.

Tehostettu palveluasuminen edellyttää toisenlaista ajattelua ja toimintatapaa. Ikääntyneet, jotka tarvitsevat paljon apua, kuten ympärivuorokauden hoivaa, kuuluvat kunnallisen sosiaalipalvelun piiriin ja heidän hoivapalvelunsa kuuluu kunnan järjestämisvastuun piiriin. Toki ikäihminen tai hänen omaisensa voi itsekin järjestää tämän niin halutessaan.

Kysymys on myös vanhuskäsityksestä: Vanhuskuva ei muodostu vain vanhojen ihmisten toimintakykyä tai terveydentilaa koskevista käsityksistä, vaan sitä muokkaavat myös sosiaali- ja terveyspolitiikalle kulloinkin asetetut vaatimukset (Rintala 2003). Se, korostetaanko elämänlaatua vai tehokasta hoitoa, tuottaa erilaisen palvelujärjestelmän. Vanhuuden medikalisaation voidaan arvioida jopa nostavan kustannuksia.

Samanaikaisesti, kun tehostettua palveluasumista tarvitaan nykyistä enemmän erityisesti yli 80-vuotialle dementiaoireisille, halutaan hoidon ja hoivan laatua parantaa vähentämällä ikääntyneiden pitkäaikaishoitoa vuodeosastoilla. Tämä merkitsee suurta muutostarvetta ja huolellista toteutusta. Tässä muutoksen tilanteessa olisi mahdollista ja hyödyllistä ottaa käyttöön hoivakodin käsite. Hoivakoti voisi tarkoittaa samaa, mitä nyt ymmärretään tehostetulla palveluasumisella tai se voisi olla siitä eroava, vielä selkeämmin hoidon tarpeesta lähtevää. Tällöin terveyskeskusten pitkäaikaisosastot ja vanhainkodit muutettaisiin hoivakodeiksi (Vaarama & Voutilainen 2002; Stakesin asiantuntijakannanotot..., 2006). Hoivakoti on asumispalvelua, johon liittyy riittävä henkilöstömäärä huolehtimaan asukkaiden vaativasta ja suuresta hoidon tarpeesta.

Kuntien on välttämätöntä arvioida palvelutarvetta. Jos päätetään lisärakentamisesta, se vie aikaa. Liikkeellä pitää olla riittävän ajoissa. Tätä painottavat kaikki, kuntien ei ole mahdollista toimia hyvin, jos ne eivät katso tulevaisuuden. Asiat eivät ratkea sillä, että reagoidaan vain nykyhetken pulmiin ja toivotaan, että aika hoitaa tulevaisuuden pulmat.

## Suosituksat jatkotutkimukseksi

Palveluasumisen tutkimista on syytä jatkaa. Tutkimustietoa tarvitaan kuntien palvelurakenteen uudistuessa, yksityisten palveluntuottajien kasvattaessa osuuttaan ja, kuten monesti todettu, väestörakenteen muuttuessa. Kunnissa tarvitaan kattavaa asumispolitiikka, jonka osa on myös palveluasuminen.

Teemoja, joista tarvitaan tutkittua tietoa ikäpolitiikan tueksi, ovat esimerkiksi:

- tavallisten palvelutalojen asema palvelurakenteessa
- senioritalojen rooli ja tulevaisuus
- määrittelyt ja palvelutarpeen kriteerit: mitä kaikkea tarvitaan? palvelutaloja, vanhainkoteja, hoivakoteja.

Uusi palvelukonsepti voisi olla edellä mainittu hoivakoti, joka tarkoittaa asumispalvelua keski- vaikeasti tai vaikeasti dementiaoireisille ja muille vaativaa hoitoa tarvitseville. Hoivakodin ominaisuuksia olisivat asuminen ryhmäasunnossa tai omassa huoneessa (vuokra- tai omistusasunto) ja riittävät palvelut (myös hoidon) mahdollistava henkilöstön määrä ja rakenne. Tilojen täytyy soveltua sekä asumiseen että hoidon ja hoivan tarjoamiseen.



## Lähteet

- Aromaa, Arpo & Koskinen, Seppo (toim.) (2002). *Terveys ja toimintakyky Suomessa: Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset*. Helsinki: Kansanterveyslaitos.
- Erkinjuntti, Timo; Rinne, Juha; Alhainen, Kari & Soinen, Hilkka (2002). *Muistihäiriöt ja dementia*. Helsinki, Duodecim.
- Finne-Soveri, Harriet & Nurme, Pia (2007). *Tehostetun palveluasumisen asukasvalinta ja palveluohjauksen kriteerihdotus Porvoossa*. Työpapereita 28/2007. Helsinki: Stakes.
- Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelut 2005. SVT Sosiaaliturva 2007. Helsinki: Stakes.
- Hellsten, Katri; Kalliomaa-Puha, Laura; Komu, Merja & Sakstin, Maija (2006). *Suomalaisen hoivan monet muodot*. Kelan tutkimusosasto, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 55/2006. Helsinki.
- Hyvinvointi 2015 -ohjelma. Sosiaalialan pitkän aikavälin tavoitteita. Sosiaali- ja terveysministeriö 2007:3. Helsinki.
- Hyvään palveluasumiseen (1989). Sosiaalhallitus. Opas 1/1989. Helsinki.
- Karjalainen, Elisa & Kivelä, Sirkka-Liisa (1994). *Vanhusten palveluasuminen Suomessa*. Oulun Yliopisto. Kansantervystieteen ja yleislääketieteen laitos. Tutkimuksia 2/1994. Oulu.
- Klemola, Annukka (2006). *Omasta kodista hoitokotiin. Etnografia keskipohjalaisten vanhusien siirtymävaiheesta*. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 138. Kuopio.
- Kyttä, Marketta & Kahila, Maarit (2006). *PehmoGis Elinympäristön koetun laadun kartoittajana. Teknillinen korkeakoulu. Yhdyskuntasuunnittelun tutkimus- ja koulutuskeskus*. Espoo.
- Laiho, Ulla-Maija (1997). *Palvelutalojen tilojen käytön tehostaminen ja toiminnan kehittäminen*. Raportti paikallisesta kehittämishankkeesta. Ympäristöministeriö, Yrjö ja Hanna -säätiö. Helsinki.
- Larsson, Kristina (2006). *Kvarboende eller flyttning på äldre dagar – en kunskapsöversikt. Rapport/ Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2006:9. Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum*.
- Laurinkari, Juhani; Poutanen, Veli-Matti; Saarinen, Anja & Laukkanen Tuula. (2006). *Senioritalo ikääntyneen asumisvaihtoehtona. Kysely- ja haastattelututkimus Joensuussa, Kuopiossa ja Tampereella*. Suomen Ympäristö 815/2006. Helsinki, Edita Prima Oy.
- Leivo, Juhani (1996). *Vanhusten palvelutalojen kiinteistönpito ja palvelutuotanto*. Vanhustyön keskusliitto ry, ITUJA vanhustyöhön. Vanhustyön keskusliiton raportteja nro 3/1996.
- Myrskylä, Pekka (toim.) (2005). *Tallella ikä eletty... Ikääntyminen tilastoissa*. Tilastokeskus. Elinolot 2005. Helsinki.
- Noro, Anja; Finne-Soveri, Harriet; Björkgren, Magnus & Vähäkangas, Pia (toim.) (2005). *Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus – Rai-järjestelmä vertailukehittämisessä*. Helsinki: Stakes.
- Parikka, Jarmo & Luostarinen, Pertti (1998). *Raportti viiden keskisuomalaisen palvelutalon kehittämisprojektista*. Ympäristöministeriö, Yrjö ja Hanna -säätiö. Helsinki.
- Päivärinta, Eeva (1995). *Palvelutalojen elämänlaatu etsimässä – palveluasuminen asiakkaiden kuvaamana*. Raportteja 198. Helsinki: Stakes.
- Rintala, Taina (2003). *Vanhuskuvat ja vanhustenhuollon muotoutuminen 1850-luvulta 1990-luvulle*. Tutkimuksia 132. Helsinki: Stakes.
- Seppälä, Timo & Pekurinen, Markku (2007). *Laatupainotetut elinvuodet lisääntyneet*. CHESS ONLINE 1/2007. Helsinki.
- Sirén, Risto (1994). *Järjestöt palveluasumisen kehittäjinä*. Vanhusten palveluasumisen kehittämisprojekti VASARAN loppuraportti. Vanhustyön keskusliitto ry, ITUJA vanhustyöhön. Vanhustyön keskusliiton monistesarja Nro 4/1994.
- Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto (2001). *Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus*. Oppaita 4. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2006a). *Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015*. Julkaisuja 12. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2006b). *Ikäihmisten toimintakyvyn selvittäminen osana palvelurakenteen arviointia sosiaalihuollossa*. Kuntatiedote 5/2006. Helsinki.
- Stakesin asiantuntijoiden vastauksia kysymyksiin vanhustenhuollosta ja hoitotakuusta. Työpapereita 23/2006. Helsinki: Stakes.
- Tuppurainen, Yrjö (toim.) (vuosiluku). *Tulevaisuuden senioriasuminen. (TSA) -hanke Loppuraportti*. Oulun yliopisto, Arkkitehtuurin osasto. Julkaisu AO / A37. Oulu.
- Vaarama, Marja & Voutilainen, Päivi (2002). *Kaksi skenaariorit vanhusien hoivapalvelujen kehityksestä ja resurssitarpeista ajalla 1999–2030*. Yhteiskuntapolitiikka Vol.67 4/2002. Helsinki: Stakes.
- Vaarama, Marja (2004). *Ikääntyneiden toimintakyky ja palvelut – Nykytila ja vuosi 2015*. Teoksessa: *Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5*. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 22/2004. Helsinki.
- Vanhustenhuollon Uudet Tuulet 2/2006 Teema: *Ikäihmisten asuminen ja palvelut*.
- Voutilainen, Päivi (toim.) (2007). *Laatua laatusuosituksella? Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen seuranta ja arviointi*. Helsinki: Stakes.
- Voutilainen, Päivi (2004). *Hoitotyön laatu ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa*. Tutkimuksia 142. Helsinki: Stakes.
- Väläkangas, Katarina (2006). *Kuntien toiminta ikääntyneiden kotona asumisen ja palvelujen kehittämisessä*. Suomen Ympäristö 21/2006. Helsinki. Edita Prima Oy.
- Åkerblom, Satu & Åkerblom, Ralf (1994). *Palveluasuminen. Tausta – toteutus – tulevaisuus*. Ympäristöministeriö. Tutkimusraportti 3. Helsinki.
- Özlem-Kemppainen, Özlem (2006). *Alternative housing environments for the elderly in the information society*. Faculty of Technology, Department of Architecture, University of Oulu.

## Liite 1. Palveluasumisen määrittelyjä (kirjallisuuskatsaus)

Tässä esitellään kotimaisia 1990-luvun ja sitä myöhempiä tutkimuksia, artikkeleja, raportteja ja selvityksiä, joissa palveluasumista on määritelty, kehitetty tai tutkittu.

Julkaisuista nostetaan esiin neljä teemaa:

1. Miten palveluasumista määritellään?
2. Kehittämishankkeiden ja tutkimusten tuloksiin.
3. Mitä suosituksia julkaisu antaa?
4. Tietoja asukkaiden kokemuksista.

### *Hyvään palveluasumiseen. Sosiaalihuollitus. Opas 1/1989.*

1.

Opas määrittelee palveluasumista seuraavasti:

Palveluasuminen on jokaisessa kunnassa lakisääteisesti järjestettävää sosiaalipalvelua, johon kuuluu sekä asunto että asumiseen liittyvät jokapäiväiselle suoriutumiseksi välttämättömät palvelut.

Palveluasunto on itsenäinen asunto, joka voi sijaita palvelutalossa, palveluasuntoryhmässä tai hajautettuna muun asutuksen joukkoon. Palveluasunto voi olla yksityiskäyttöinen tai ryhmä-asunto.

Palveluasunnon tulisi olla vammaismitoitettu tai helposti vammaiselle muunneltava.

Palveluasuminen on tarkoitettu paljon apua tarvitseville vanhuksille ja vammaisille sekä muille, jotka puutteellisen toimintakyvyn vuoksi tarvitsevat jatkuvaa apua ja tukea omatoimisen asumisen mahdollistamiseksi.

Palveluasuminen on vaihtoehto silloin, kun henkilö tarvitsee itsenäiseen asumiseensa ja päivittäiseen selviytymiseensä kiinteästi tukea, mutta ei laitoshoidoa. Myös yksinäisyys ja eristäytyneisyys, asunnon syrjäinen sijainti yms. sosiaaliset seikat voivat aiheuttaa palveluasumisen tarvetta.

Palveluasuminen ei ole tavallista vuokra-asumista, vaan palvelumuoto sisältää sekä asunnon että asukkaan tarvitsemat yksilölliset palvelut. Palvelut ovat jatkuvasta, tarvittaessa ympärivuorokauden saatavissa. Peruspalvelut ovat ateria- ja hygieniapalvelut, siivousapu, asiointiapu ja välitön avunsaantimahdollisuus (turvapalvelu). Palvelujen käyttö perustuu asukkaan omaan valintaan. Vuokraan ei sisällytetä maksuja palveluista, vaan asiakas maksaa niiden käytön mukaan.

Sosiaalihuoltolain mukaan: kunnan käyttöön on perustettava, hankittava tai muutoin varattava paikallista tarvetta vastaava määrä palvelu- ja tukiasuntoja sekä laitospaikkoja. (27 § 1987)

Muutettu vuonna 1992 muotoon: Kunta voi perustaa, hankkia tai muutoin varata...

3.

Suosituksia:

Vanhusten palveluasuntojen tarve vuoteen 1991 on noin 10 000 (Vähimmäisnormi 1,5 %:lle 65 vuotta täyttäneistä – Sosiaalihuollon valtakunnallinen suunnitelma 1989–1993, ohjeet 2.1.17 ja 2.1.19.) ja vuoteen 2000 noin 22 500.

Palveluasuminen on osa kunnan paikallista palvelujärjestelmää. Kuntien tulee laatia vanhustenhuollon kehittämissuunnitelma. Laitospaikkoja voidaan muuttaa palveluasunnoiksi. Palveluasuminen halutaan saada osaksi muuta asuinyhteisöä, keskustoihin lähellä muita yhdyskunnan palveluja hyvien liikenneyhteyksien varrelle.

Tilojen suunnittelun tulee lähteä käyttötarkoituksesta: väljyys, hissi, yhteistiloja. Yhden hengen asunto 42–45 m<sup>2</sup>, kahdelle hengelle noin 60 m<sup>2</sup>. Ryhmäasunnot hyviä esim. dementiaoireisille. Kunta vastaa hankkeen toteuttamisesta tai järjestö, säätiö tai muu yleishyödyllinen yhteisö vastaa palveluasumisen järjestämisestä ja kunta tukee toimintaa yleisavustuksin, ostopalvelusopimuksin tai kohdentamalla kotipalveluhenkilöstöä vastaamaan palveluasuntojen asukkaiden palveluita.

Kolmas vaihtoehto on sekatalojen rakentaminen – suositeltavaa että sekä omistus- että vuokra-asuntoja. Voidaan myös muuttaa vanhainkoti tai osa siitä palveluasunnoiksi.

Suositus henkilöstömitoituksesta: henkilöstöksi suositellaan kotipalveluhenkilöstöä. Mitoitus 1–3 kotipalveluhenkilöä kymmentä asukasta kohti sekä 1/10 muuta henkilöä. Omaa yövalvontahenkilökuntaa ei tarvita, vaan valvonta hoidetaan turvapalveluilla. Dementoituneiden palveluasumiseen voidaan tarvita enemmän henkilökuntaa.

Tilat: turvallinen ympäristö,  
 pienet yksiköt, rivitalot,  
 yhteistilat,  
 muunneltavuus,  
 huoneissa tilaa apuvälineillä liikkuvalla ja hoitotoimenpiteille,  
 eteinen,  
 tilava ja turvallinen wc.

Palvelutalossa on oltava turvapalvelu, hälytysjärjestelmä, ympärivuorokautinen apu tarvittaessa ja kotipalvelua joustavasti. Terveyspalvelut asukas saa kunnan omasta terveyskeskuksesta Rahoitusta järjestetään valtion asuntolainoina, SVOL:n mukaisina valtionosuuksina tai Raha-automaattiyhdistykseltä anottavina avustuksina yhteisöille.

### *Karjalainen Elisa, Sirkka-Liisa Kivelä. Vanhusten palveluasuminen Suomessa. 1994*

Raportti määrittelee:

Palveluasuminen on lakisääteinen sosiaalipalvelu. Siihen kuuluvat asunto ja asuntoon kiinteästi liittyvät sellaiset palvelut, jotka ovat välttämättömiä asukkaan suoriutumiseksi jokapäiväisistä toiminnoista. Palveluasumisen välttämättömät peruspalvelut ovat ateriapalvelu, hygieniapalvelu, siivousapu, asiointiapu sekä välitön avunsaannin mahdollisuus kaikkina vuorokauden aikoina (turvapalvelut). Palveluasumisella huolehditaan vanhuksen asumisturvallisuus.

Lomakekysely (N = 443) Lomakkeella määrittely: ”Palvelutalolla tarkoitamme kunnan, säätiön, yhdistyksen tai yksityisen tahon omistamaa taloa, jossa asunnot ovat vanhuksille tarkoitettuja vuokra- tai omistusasuntoja ja jossa vanhuksilla on yhteisiä tiloja ja palveluita.”

2.

Raportti muistuttaa myös tavoitteesta tarjota palveluja suhteellisen edullisesti. Palveluasuminen saattoi olla kuntien työntekijöille selkiytymätön. Joissakin kunnissa palveluasumiseksi kutsutaan tavalliseen vuokra-asumiseen kuuluvaa asumista. Arvio oli, että 1988 palveluasuntoja olisi 10 000, joista kolmasosa ei vastaa palveluasumisen laatutasoa.

Aineisto jakautui kolmeen ryhmään:

1. Ne jotka täyttivät sosiaalihuollituksen määritelmän.
2. Ne, jotka täyttivät muuten paitsi ei turvapalveluiden osalta.
3. Ne, jotka eivät kumpaankaan → poistettiin aineistosta.

Raportissa käytettiin myös käsitettä 'itsenäiset palvelutalot' korostamaan että palvelutilat olivat rakennettu pääasiassa palvelutilojen yhteydessä olevassa palvelutalossa asuvien vanhusten käyttöön erotuksena 'muiden yksiköiden yhteydessä sijaitsevista palveluasumisyksiköistä'. Muiden yhteydessä olevat olivat vanhainkodin, itsenäisen palvelukeskuksen, terveyskeskuksen, hoivaosaston tai sairaalan yhteydessä. Myös käsite 'dementiaryhmäasunnolla varustettu palvelutalo' oli käytössä.

Tulokset esitettiin, eri tyypittelyiden perusteella muodostettujen ryhmien osalta: sijainti, omistus, rakennukset ja tilat, palvelutilat, palvelut, henkilökunta, asukkaat, kustannukset, muutostarpeet otsikoilla. Kustannuksien osalta tuloksia oli niukasti.

### 3.

Huomioita ja suosituksia:

Käsitteen sekavuus kunnissa, myös luottamushenkilöillä.

Yksityiset yrittäjät omistavat vain hyvin vähän.

Palvelutilojen määrä ei kuvaa niiden käyttöä - siis tilat sinänsä eivät kuvaa toimintaa.

Dementiaryhmäkodin käsittävien palvelutalojen palveluja tulisi voida tarjota muillekin ikääntyneille monipuolisina ja hyvätasoisina.

Palveluita, joita tarjottiin tavallisten tukipalveluiden lisäksi, olivat vaatehuolto, harrastusryhmätoiminta, kampaaja- ja parturipalvelut ja jalkojenhoito, kuljetuspalvelut, lääkärin palvelut. Monin paikoin näitä palveluita tarjosivat yksityisyrittäjät ja ne olivat muidenkin käytettävissä.

Kyselyyn vastanneiden arvion mukaan noin viidesosa asiakkaista oli liian huonokuntoisia tiloihin nähden. Kolmasosa tutkimuksessa mukana olleista palvelutaloista pystyi järjestämään kuolevan potilaan hoidon.

## *Risto Sirén. Järjestöt palveluasumisen kehittäjinä – VASARAN (1988–1993) loppuraportti. 1994*

### 1.

Kun Ray vuonna 1967 myönsi avustusta ensimmäisten kuuden järjestön palvelutalon rakentamiseen, se perusteli: Tarkoituksena oli saada aikaan palvelutaloja, joissa vanhukset voivat järjestää elämänsä itsenäisesti palvelujen varassa. 1990-luvulla avustustoimintaa perusteltiin sillä, että haluttiin tukea vanhustenhuollon palvelujärjestelmän laitosvaltaisuuden purkamista avustamalla huonokuntoisten vanhusten palveluasumis- ja palvelukeskushankkeita ja kotipalvelukokeiluita. VASARA-projektin taustalla oli mm. vanhusten asuntojen heikko varustetaso maaseudulla ja mm. hissittömyys kaupungeissa sekä palvelurakenteen laitospainotteisuus. Tavoitteet liittyivät Vanhustyön keskusliiton jäsenjärjestöjen ylläpitämien vanhainkotien ja vanhusten asuintalojen muuttamista palvelutaloiksi ja palveluasunnoiksi, innostaa järjestöjä suunnittelemaan, rakentamaan ja ylläpitämään uusia vanhusten muuntuviin tarpeisiin soveltuvia palvelutaloja ja palveluasuntoja sekä tehostaa palvelujen järjestämistä vanhusten asuntoihin.

### 2.

VASARAN keinoja muun muassa

- paikallisten hankkeiden tukeminen, motivointi ja neuvonta.
- koulutus ja konsultointi.
- toiminnan kehittäminen – uusia työtapoja.
- erityisryhmien asumisesta kurssi arkkitehdeille.
- palvelutalojen johtajien tukeminen.
- tiedotus.

- tutkimus, haastattelututkimus viidessä paikallishankkeessa.
- materiaalin tuottaminen, opas, RT-kortti.
- opinto- ja tutustumismatkat.

Projektin aikana avustus- ja lainoituskäytäntö muuttui.

Palvelutoiminnan sisältökysymykset korostuivat. Tärkeinä pidettiin selkeää toimintaideaa, palvelusuunnitelmiin perustuvaa palvelutoimintaa ja kehitysmuotoista työyhteisöä.

3.

- Palveluasuntoja tarvitaan lisää, jotta voidaan taata turvallinen elinympäristö.
- Huonokuntoisille, erityisesti dementiaa sairastaville tarvitaan asumisyksikköjä.
- Palveluasumisen järjestämisen tueksi tarvitaan tutkimustietoa.
- Peruskorjausta tulee lisätä.
- Hissittömien kolme- tai useampikerroksisten asuinkerrostalojen peruskorjauksia lisättävä+ hissi.
- Järjestöille edelleen mahdollisuuksia toiminnan kokeiluihin.
- Suunnittelussa on kuultava entistä enemmän työntekijöitä ja asukkaita.

Palveluasumiseen liittyvät oleelliset koti- ja tukipalvelut. Palvelukeskusten palveluja tulisi tarjota myös ulkopuolisille. Kunnan ja järjestöjen yhteistyötä pidettiin välttämättömänä.

### *Juhani Leivo. Vanhusten palveluasuntojen kiinteistönpito ja palvelutuotanto. 1996*

Raportti määrittelee palveluasumisen:

Palveluasunto on tuotettu kansalaisten asumisuralle vaihtoehdoksi joko pääteasuntona tai vaiheeksi kodin ja laitosasumisen välille. Asuminen palvelutalossa perustuu huoneenvuokralain mukaiseen vuokrasuhteeseen. Käyttämistään palvelutalon palveluista vanhus maksaa erikseen. Palveluasuminen on asumismuoto vanhuksille, jotka puutteellisen toimintakyvyn ja asumisturvallisuuden vuoksi tarvitsevat päivittäistä tukea ja apua. Palveluasumisen erityispiirteitä ovat asunnon rakenteelliset ratkaisut ja tarjolla olevat turva- ym. palvelut. (Vanhuspolitiikka 1994)

2.

Raportissa selvitetään

- tularahoituksen riittävyttä, kunnan osuutta ostopalvelun ja toiminta-avustuksen muodossa sekä vanhusten palveluasumisen yksikkökustannukset mk/henkilö/vrk.
- asukkaiden kokemuksia.

### *Ulla-Maija Laiho. Palvelutalojen tilojen käytön tehostaminen ja toiminnan kehittäminen. 1997*

1. -

2.

3.

4.

Asukkaat:

Muuton syynä maaseudulla puutteellinen asunto, kaupungissa hissittömyys. Varustetasoltaan hyvässä omakotitalossa saattoi kiinteistön hoitaminen olla käynyt liian raskaaksi. Vanhukset halusivat

päästä lähelle palveluja. Palvelutalo-käsite luo mielikuvaa palveluista ja turvallisuudesta. Asukkaille tärkeitä ovat asukkaat ja henkilökunta, tiloihin he kiinnittävät vähemmän huomiota.

Toisaalta arvostetaan tilojen esteettömyyttä, ympäristön turvallisuutta, asunnon varustetasoa ja yhteisten tilojen olemassaoloa. Arvostelua herättävät ilta- yö- ja viikonloppupalvelujen puuttuminen, laitosmaisuus tiloissa ja toiminnoissa sekä palvelujen hinta.

### *Marja-Liisa Kunnas. Palvelutalo vai vanhainkoti. Vanhustenhuollon Uudet Tuulet 2/2006*

1.

Artikkelin mukaan kuntien määrittelyissä on ongelmia. Koko palvelutalo voidaan nimetä tehostetun asumisen paikaksi, vaikka asukkaiden kunto on hyvä ja henkilöstörakenne vastaa normaalia palveluasumista. Osassa kuntia vain ryhmäkodit ovat tehostettua palveluasumista. Joistakin löytyy ryhmäkotiasumista, erillistä tehostettua palveluasumista ja palveluasumista. Käytännöt kunnissa ovat eriytyneitä. Entä vanhainkoti (laitoshoidtoa) ja hoivakoti?

Palvelutalojen luonne edellyttää yhteisöllisyyttä ja yhteisöllisyys edellyttää yhteistiloja. Palvelutalon pitää olla esteetön, muunneltava. Riittävät palvelut ja riittävä henkilökunta. (Satu Heimonen YH-Suomi)

3.

”Ilman arviointikeskustelua laitoshoidon ja palveluasumisen sisällöistä, henkilöstörakenteesta ja asiakkaita palvelutalot profiloituvat vanhainkodeiksi palveluasumisen resursseilla.” (Kunnas 2006)

Virikkeellisyys, yhteisöllisyys, toiminnallisuus  
Vuorovaikutuksellinen asumisympäristö.

Jokaisella palvelutalolla on oma kulttuurinsa, jota pitää kehittää (johtamisella) (Perheentupa)  
Laitostaminen voi ilmetä myös ylihuolehtimisena.

Laki yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta edellyttää palvelujen tuottajalta mm, että tilat ja toimintavarustus vastaavat aina hoidettavien hoidontarvetta. Pelastuslaki edellyttää vahinkojen ennalta ehkäisyä ja varautumista riskeihin. (Mäntykoti Oulussa)

Uusi rahoitus (Raha-automaattiyhdistykseltä Valtion asuntorahastolle) ei mahdollista samantyyppisiä palvelutaloja kuin ennen. Avustuksen pieneneminen palvelutilojen osalta tuntuu. Yhteistilat pienenee (yhteistilat aiheuttavat myös käyttökustannuksia, jotka jonkun on maksettava) (Heimonen)

### *Raportti viiden keskisuomalaisen palvelutalon kehittämiprojektista. 1998*

1.

2.

Hankkeessa kartoitettiin tilojen käyttöön ja toimintaan liittyvät ongelmat. Ei-käyttäjien mielipiteitä palvelutaloista : kotipalvelua tai kotihoitoa mieluummin tai hyviähän ne on olemassa. Asukkaiden mielestä toimintojen säännöllisyys luo turvallisuutta ja rohkaisee tulemaan. He eivät olleet kiinnostuneita itse järjestämään toimintaa.

Yhtenäinen (ikääntyneet, huonokuntoiset) asukasrakennekanta teki laitospäisen vaikutelman ”ulospäin”. Hintoja kritisoitiin. Palveluasumisen toivottiin helpottavan yksinäisyyttä, mutta tämä ei välttämättä toteutunut.

3.

Imago ja toiminannan kehittäminen ovat haastavia: ”liian” hieno rakentaminen voi aiheuttaa kielteistä suhtautumista. Vaikka toimintaa tunnettaisiinkin jonkin verran ulkopuolella, on eikäyttäjien pelkona itsemääräämisoikeuden väheneminen. Turvallisuutta arvostettiin.

Palvelupäivät todettiin hyväksi konseptiksi avautua ulospäin. Keinona ehdotettiin esimerkiksi asukkaiden ja ympäristön asukkaiden yhteistä viriketoimikuntaa. Vapaaehtoistyöntekijöiden merkitystä korostettiin.

4.

Raportissa oli kiinnostava näkökulma: miten palvelutalo avautuu ympäristöön ja palvelee koko kunnan palvelurakennetta: palvelutalojen arkipäivän kehittäminen osana koko kunnan sosiaali- ja terveystoimen palvelurakennetta. Keinoina mainittiin asukkaiden mukaan ottaminen kehittämiseen ja eri kunnissa olevien palvelutalojen verkottaminen

### *Satu Åkerblom & Ralf Åkerblom. Palveluasuminen. Tausta – toteutus – tulevaisuus. 1994*

1.

Palveluasuminen on asumismuoto, joka tarjoaa vanhuksille, jotka toimintakykynsä tai puutteellisen asumisturvallisuutensa takia tarvitsevat päivittäistä tukea tai apua. Asumispalvelut ovat eräs sosiaalihuoltolain määräämä sosiaalipalvelun muoto. Asumispalveluilla tarkoitetaan palvelu- ja tukiasumisen järjestämistä.

Vanhenevan ihmisen tulee voida vanheta asunnossaan ilman pohdintaa: Kuinka kauan pärjään tässä asunnossa...pärjäänkö vielä huomenna? Näin ymmärrettynä: palveluasumisen piiriin tulee kuulua toimintakyvyltään erilaisia vanhoja ihmisiä. Palvelut tuottaa kotipalveluhenkilöstö (kunnallinen tai yksityinen) tai ne tuotetaan palvelutalon yhteisissä toimintatiloissa. Asuminen perustuu vuokra- tai omistussuhteeseen. Palvelut asiakas valitsee itse ja maksaa niistä käytön mukaan.

Ei vain palveluasumista huonokuntoisille vaan myös ”mahdollisuus tulla huonoksi palveluasumisen turvissa”.

2.

3.

Palveluasumisratkaisujen toteuttamiseen kehittynyt palvelutalo (ainoa malli, jota tällä hetkellä rahoitetaan) on yksi malli, mutta muita vaihtoehtoja tarvitaan esim. asumiseen ja asuntojen läheisyydessä oleviin yhteistiloihin perustuvia ratkaisuja, joita myös tulisi rahoittaa.

4.

## Yhteenveto

Palveluasuminen toteutuu parhaimmillaan niin, että palvelujen käyttö perustuu asukkaan omiin valintoihin, palvelut tukevat asukkaan omatoimisuutta, asukkaan turvallisuudesta huolehditaan ja käytössä on yhteisiä tiloja, jotka mahdollistavat yhteisöllisyyden syntymistä. Yhteinen toiminta ja oleilu vähentävät yksinäisyyttä ja turvattomuutta. Palvelutaloissa tulisi voida asua, vaikka asukkaan terveydentila ja palvelutarve muuttuisivat. Toimintakyvyltään erilaisten ihmisten asuminen samassa palvelutalossa on usein toivottava mahdollisuus. Yhtenäinen asukasrakenne aikaansaa helposti laitosmaisuuksia tuottaessaan yhtenäisiä hoidosta lähteviä päivärytmejä ja aikatauluja. Myös puolison kanssa asuminen tulisi olla palvelutalossa mahdollista.

Ensimmäinen määritelmä ei mainitse yhteisiä tiloja, mutta se on sosiaalihuollon op-  
paasta, jossa toki tilojen suunnittelu saa paljon huomiota. Oppaan mukaan palveluasumista  
voitiin järjestää hankkimalla ryhmä palveluasuntoja esim. päiväkeskuksen, vanhainkodin tai  
muun palvelupisteen vierestä tai yhteydestä. Palveluasuntoryhmällä oli yhteisiä tiloja oleskelua  
ja ryhmätoimintaa sekä harrastuksia varten. Tai sitten palveluasuminen toteutui palvelutalossa.  
Opas korosti palvelutalon yhteisessä käytössä olevia ruokailu-, palvelu-, harrastus- ja hoitotiloja,  
jotka voivat olla myös muiden lähistöllä asuvien käytössä. (Sosiaalihuolto 1986.) Yhteiset tilat ja  
palvelutalon avautuminen myös muiden ikäihmisten käyttöön ovat edelleen hyvälle palvelutalolle  
tyypillisiä piirteitä. Tilat sinänsä eivät kuvaa toimintaa eikä palvelutilojen määrää niiden käyttöä.  
Tätä on syytä korostaa: aina on kysymys toimintatavoista. Yhteisille tiloille on oltava käyttöä  
ja niitä on käytettävä, ei riitä, että arkkitehti on ne taloon suunnitellut ja rakentaja rakentanut.  
Palvelutalolla tulee olla selkeä toimintaidea ja -suunnitelma ja palvelutoiminnan on perustuttava  
hoito- ja palvelusuunnitelmiin.

Nykyaikainen palveluasuminen edellyttää, että asukkaalla on oma huone, jos hän ei itse halua  
toisin. Tilojen esteettömyys ja turvallisuus ovat tärkeitä hyvän palveluasunnon piirteitä. Alusta  
alkaen on myös korostettu, että palveluasuntojen tulisi olla keskustoissa lähellä muita palveluja  
ja hyvien liikenneyhteyksien varrella.

Kun sosiaalihuollon asumispalvelusta lähtevä palveluasumisen käsite tarkoittaa yleensä  
sitä, että asukkaiden saatavilla on sosiaalipalveluja, voisi olla tarpeen miettiä hoivakoti -mallia,  
joka toisi näkyviin sairaanhoidon tarpeet (esim. dementia) ja samalla kuitenkin olisi asukkaan  
kodista kysymys. Tähän suuntaanhan tehostettu palveluasuminen on jo mennyt ja menee edel-  
leen kovaa vauhtia.



# Liitetaulukko 1. Tietoja ikääntyneiden palvelurakenteesta vuonna 2005

65 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12., lkm ja % 65 vuotta täyttäneistä												
	Omaishoidon tuki		Säännöllinen kotihoito		Ikääntyneiden palveluasuminen		Siitä tehostettu palveluasuminen		Vanhainkodit		Terveyskeskusten pitkäaikahoito	
1990	13 196	2,0	..	..	..	..	..	..	25 659	3,8	11 311	1,7
1995	11 294	1,5	53 293	7,3	13 990	1,9	..	..	22 546	3,1	12 255	1,7
2000	14 355	1,8	..	..	21 205	2,7	6 799	0,9	20 630	2,7	12 164	1,6
2001	15 920	2,0	52 353	6,6	21 658	2,8	9 055	1,2	20 092	2,6	12 136	1,5
2002	17 025	2,1	..	..	22 758	2,8	10 646	1,3	20 132	2,5	11 718	1,5
2003	17 868	2,2	51 323	6,3	24 068	3,0	12 091	1,5	19 395	2,4	11 194	1,4
2004	18 650	2,2	..	..	24 584	3,0	13 551	1,6	19 424	2,3	11 102	1,3
2005	19 796	2,4	54 316	6,5	24 982	3,0	15 639	1,9	18 898	2,2	11 198	1,3
75 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12., lkm ja % 75 vuotta täyttäneistä												
	Omaishoidon tuki		Säännöllinen kotihoito		Ikääntyneiden palveluasuminen		Siitä tehostettu palveluasuminen		Vanhainkodit		Terveyskeskusten pitkäaikahoito	
1990	9 326	3,3	..	..	..	..	..	..	22 180	7,8	9 608	3,4
1995	8 041	2,7	41 294	13,8	10 197	3,4	..	..	19 535	6,5	10 312	3,4
2000	10 300	3,0	..	..	17 226	5,1	5 857	1,7	18 093	5,3	10 360	3,0
2001	11 340	3,2	42 231	12,1	17 911	5,1	7 791	2,2	17 755	5,1	10 362	3,0
2002	12 270	3,4	..	..	19 015	5,3	9 127	2,6	17 786	5,0	10 024	2,8
2003	12 938	3,5	41 962	11,4	20 270	5,5	10 393	2,8	17 212	4,7	9 640	2,6
2004	13 531	3,6	..	..	20 900	5,5	11 760	3,1	17 246	4,5	9 602	2,5
2005	14 517	3,7	45 037	11,5	21 310	5,4	13 554	3,4	16 878	4,3	9 758	2,5
85 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12., lkm ja % 85 vuotta täyttäneistä												
	Omaishoidon tuki		Säännöllinen kotihoito		Ikääntyneiden palveluasuminen		Siitä tehostettu palveluasuminen		Vanhainkodit		Terveyskeskusten pitkäaikahoito	
1990	3 454	6,6	..	..	..	..	..	..	9 910	19,1	4 239	8,2
1995	3 369	5,0	14 923	22,3	3 872	5,8	..	..	10 301	15,4	5 257	7,8
2000	4 158	5,3	..	..	7 830	10,0	2 856	3,6	9 863	12,6	5 478	7,0
2001	4 455	5,6	16 943	21,3	8 227	10,3	3 825	4,8	9 703	12,2	5 482	6,9
2002	4 653	5,7	..	..	8 848	10,9	4 522	5,6	9 769	12,1	5 195	6,4
2003	4 845	5,9	17 112	20,7	9 514	11,5	5 094	6,2	9 451	11,4	4 954	6,0
2004	4 750	5,7	..	..	9 749	11,7	5 703	6,9	9 305	11,2	4 859	5,8
2005	5 286	6,0	18 478	20,9	10 191	11,5	6 668	7,5	9 214	10,4	5 023	5,7

## Liitetaulukko 2. Tutkimukseen osallistuneiden kuntien palvelurakenne

Säännöllinen kotihoito 30.11., 65 vuotta täyttäneet																		
	Hämeenlinna		%	litti		%	Joensuu		%	Sodankylä		%	Tampere		%	Vihti		%
	Lkm			Lkm			Lkm			Lkm			Lkm			Lkm		
1995	639	7 505	8,5	46	1 403	3,3	503	6 374	7,9	139	1 194	11,6	1 400	27 091	5,2	116	2 230	5,2
1997	640	7 659	8,4	93	1 415	6,6	392	6 633	5,9	125	1 244	10,0	1 032	27 857	3,7	110	2 287	4,8
1999	501	7 747	6,5	63	1 439	4,4	413	6 886	6,0	152	1 334	11,4	1 028	28 411	3,6	106	2 382	4,5
2001	532	7 891	6,7	75	1 466	5,1	387	7 185	5,4	111	1 410	7,9	1 099	29 059	3,8	115	2 508	4,6
2003	493	8 212	6,0	59	1 505	3,9	445	7 460	6,0	188	1 530	12,3	1 126	29 857	3,8	110	2 662	4,1
2005	608	8 452	7,2	60	1 538	3,9	515	8 653	6,0	201	1 628	12,3	1 754	30 932	5,7	106	2 812	3,8
Omaishoidontuki, 65+ asiakkaita vuoden aikana																		
	Hämeenlinna		%	litti		%	Joensuu		%	Sodankylä		%	Tampere		%	Vihti		%
	Lkm			Lkm			Lkm			Lkm			Lkm			Lkm		
1995	28	7 505	0,4	14	1 403	1,0	79	6 374	1,2	19	1 194	1,6	106	27 091	0,4	29	2 230	1,3
1997	53	7 659	0,7	13	1 415	0,9	87	6 633	1,3	22	1 244	1,8	175	27 857	0,6	23	2 287	1,0
1999	84	7 747	1,1	15	1 439	1,0	57	6 886	0,8	21	1 334	1,6	217	28 411	0,8	33	2 382	1,4
2001	88	7 891	1,1	23	1 466	1,6	75	7 185	1,0	41	1 410	2,9	325	29 059	1,1	40	2 508	1,6
2003	132	8 212	1,6	42	1 505	2,8	73	7 460	1,0	71	1 530	4,6	320	29 857	1,1	64	2 662	2,4
2005	162	8 452	1,9	41	1 538	2,7	106	8 653	1,2	81	1 628	5,0	286	30 932	0,9	66	2 812	2,3

<b>Vanhusten palveluasuminen, yli 65-vuotiaat asiakkaat as. 31.12.</b>																			
65+		Hämeenlinna			litti			Joensuu			Sodankylä			Tampere			Vihti		
1995	91	7505	1,2	35	1 403	2,5	102	6 374	1,6	33	1 194	2,8	314	27 091	1,2	16	2 230	0,7	
1997	177	7659	2,3	37	1 415	2,6	106	6 633	1,6	14	1 244	1,1	559	27 857	2,0	125	2 287	5,5	
1999	156	7747	2,0	47	1 439	3,3	131	6 886	1,9	15	1 334	1,1	683	28 411	2,4	148	2 382	6,2	
2001	179	7891	2,3	54	1 466	3,7	203	7 185	2,8	20	1 410	1,4	601	29 059	2,1	127	2 508	5,1	
2003	169	8212	2,1	65	1 505	4,3	218	7 460	2,9	16	1 530	1,0	831	29 857	2,8	155	2 662	5,8	
2005	283	8452	3,3	67	1 538	4,4	351	8 653	4,1	16	1 628	1,0	753	30 932	2,4	132	2 812	4,7	
<b>Tehostettu palveluasuminen, 65 v. täyttäneet asiakkaat 31.12.</b>																			
109		142			167			758			837			927					
Hämeenlinna		litti			Joensuu			Sodankylä			Tampere			Vihti					
1999	26	7 747	0,3		1 439	0,0	2	6 886	0,0	15	1 334	1,1	9	28 411	0,0	29	2 382	1,2	
2001	25	7 891	0,3	17	1 466	1,2	38	7 185	0,5	14	1 410	1,0	164	29 059	0,6	112	2 508	4,5	
2003	175	8 212	2,1	23	1 505	1,5	33	7 460	0,4	16	1 530	1,0	299	29 857	1,0	100	2 662	3,8	
2005	199	8 452	2,4	29	1 538	1,9	27	8 653	0,3	18	1 628	1,1	369	30 932	1,2	119	2 812	4,2	

Vanhainkotien asiakkaat 31.12., 65 v. täyttäneet																		
109			142				167			758			837			927		
Hämeenlinna			litti				Joensuu			Sodankylä			Tampere			Vihti		
1995	221	7 505	2,9	0	1 403	0,0	165	6 374	2,6	48	1 194	4,0	1 005	27 091	3,7	35	2 230	1,6
1997	226	7 659	3,0	0	1 415	0,0	125	6 633	1,9	44	1 244	3,5	930	27 857	3,3	37	2 287	1,6
1999	243	7 747	3,1	0	1 439	0,0	101	6 886	1,5	45	1 334	3,4	950	28 411	3,3	13	2 382	0,5
2001	232	7 891	2,9		1 466	0,0	68	7 185	0,9	48	1 410	3,4	1 047	29 059	3,6	7	2 508	0,3
2003	225	8 212	2,7		1 505	0,0	50	7 460	0,7	47	1 530	3,1	1 045	29 857	3,5		2 662	0,0
2005	215	8 452	2,5		1 538	0,0	86	8 653	1,0	53	1 628	3,3	1 079	30 932	3,5		2 812	0,0
Terveyskeskusten pitkäaikaishoito, 65+ asiakkaat 31.12.																		
109			142				167			758			837			927		
Hämeenlinna			litti				Joensuu			Sodankylä			Tampere			Vihti		
1995	109	7 505	1,5	46	1 403	3,3	148	6 374	2,3	8	1 194	0,7		27 091	0,0	49	2 230	2,2
1997	101	7 659	1,3	43	1 415	3,0	179	6 633	2,7	6	1 244	0,5	323	27 857	1,2	50	2 287	2,2
1999	86	7 747	1,1	47	1 439	3,3	158	6 886	2,3	8	1 334	0,6	521	28 411	1,8	57	2 382	2,4
2001	78	7 891	1,0	42	1 466	2,9	135	7 185	1,9	14	1 410	1,0	504	29 059	1,7	48	2 508	1,9
2003	68	8 212	0,8	47	1 505	3,1	164	7 460	2,2	11	1 530	0,7	349	29 857	1,2	36	2 662	1,4
2005	69	8 452	0,8	49	1 538	3,2	196	8 653	2,3	15	1 628	0,9	401	30 932	1,3	39	2 812	1,4

## RAPORTTEJA-sarjassa aiemmin ilmestyneet

2007

Olga Sakharova, Isaac Gurovich, Kristian Wahlbeck: Mental Health Indicators in Russia. A Study of the Availability of European Indicators for the MINDFUL Project  
Reports 13/2007 Tilausno R13/2007

Annika Forsander: International Practice and Policy Trends in International Labour Immigration  
Raportteja 12/2007 Tilausno R12/2007

Antti Parpo: Työllistymisen esteet  
Raportteja 11/2007 Tilausno R11/2007

Maarit Outinen, Outi Räikkönen, Tupu Holma, Liisa-Maria Voipio-Pulkki: Laadunhallinta sosiaali- ja terveyspalveluorganisaatioissa 2004 ja vertailu vuoteen 1999  
Raportteja 10/2007 Tilausno R10/2007

Hanna Harju, Päivi Lindberg, Anna-Leena Välimäki. Päivähoidon hallinto kunnissa 2006  
Raportteja 9/2007 Tilausno R9/2007

Marja Jylhä, Sanna Helminen, Miia Artama, Tiina Luukkaala, TamELSA-tutkijaryhmä: Iäkkäiden tampere-laisten elämäntilanne ja terveys. TamELSA-tutkimuksen tuloksia vuosilta 1979, 1989, 1999 ja 2006  
Raportteja 8/2007 Tilausno R8/2007

Sarianna Reinikainen: Läheisneuvonpito lapsinäkökulmasta.  
Raportteja 7/2007 Tilausno R7/2007

Kaija Hänninen, Ilse Julkunen, Riitta Hirsikoski, Stina Högnabba, Ilkka Paananen, Henna Romo, Tarya Thomasén: Asiakkaat oppimisen käynnistäjinä. Raportti BIKVA-arviointimenetelmän oppimisen kehistä  
Raportteja 6/2007 Tilausno R6/2007

Tero Tammisalo: Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden tietoturvan hallinnointi. Periaatteet ja menetelmät  
Raportteja 5/2007 Tilausno R5/2007

Kerttu Perttilä, Minna Uusitalo (toim.): Terveyden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen. TEJO-hankkeen väliraportti 2003–2005  
Raportteja 4/2007 Tilausno R/2007

Maarit Sulavuori: Kehittämistyöllä pallo haltuun. Kehittämisprojektin avulla ideoita lastensuojeluun ja voimavaroja työssä jaksamiseen  
Raportteja 3/2007 Tilausno R3/2007

Päivi Voutilainen (toim.): Laatu laatusuosituksella? Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen seuranta ja arviointi  
Raportteja 2/2007 Tilausno R2/2007

Päivi Hämäläinen, Jarmo Reponen, Ilkka Winblad: eHealth of Finland. Check point 2006  
Report 1/2007 Tilausno R1/2007