

1894

TOIMINTAKYKY OSANA VANHUSTEN -
HUOLLON SUUNNITELMAA

TARJA HUTTUNEN

Gerontologian ja
kansanterveyden
pro gradu-tutkielma
Jyväskylän yliopisto
Terveystieteiden laitos
Syksy 1999

Toimintakyky osana vanhustenhuollon suunnitelmaa

Tarja Huttunen

Gerontologian ja kansanterveyden pro gradu-tutkielma
Jyväskylän yliopisto, Terveystieteiden laitos, syksy 1999

TIIVISTELMÄ

Tutkielman tarkoituksena on ollut selvittää, miten kunnat ottavat huomioon ikäihmisten toimintakyvyn vanhustenhuollon suunnitelmissaan. Aineistoksi valittiin neljä kuntaa ja niiden tekemät vanhustenhuollon suunnitelmat. Valitut kunnat olivat Keuruu, Äänekoski sekä Jämsä ja Jämsänkoski, joilla oli yhteinen suunnitelma.

Tutkielman menetelmänä on käytetty sisällön analyysiä, diskurssianalyysiä ja teemoittelu. Siinä kuvattiin ja analysoitiinkuntien tekemiä suunnitelmia kolmen tutkimustehtävän avulla: 1) miten vanhustenhuollon suunnitelmissa otetaan huomioon kunnassa asuvien vanhusten toimintakyky, 2) miten suunnitelma on laadittu, ketkä sitä on olleet tekemässä ja mitä tietoa on käytetty sekä 3) mitkä ovat vanhusten toimintakyvyn ylläpitämisen kannalta merkittävimmät tavoitteet.

Toimintakyky mainitaan käsitteenä jokaisessa tutkielmassa mukana olleessa suunnitelmassa, mutta sitä käytetään vielä pinnallisesti ja sen sisältöä tarkemmin määrittelemättä, kun otetaan huomioon sen keskeinen merkitys iäkkäiden ihmisten itsenäiseen selviytymiseen.

Toimintakyky on moniulotteinen ja laaja käsite, ja se tulisi määritellä yksityiskohtaisesti. Tutkielman teoriaosassa toimintakyky on rajattu fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn, jotta käsitteen laaja-alaisuus selventyisi.

Kunnista Jämsä/Jämsänkoski ja Keuruu ovat tutkineet vanhusten toimintakykyä ja kiinnittävät siihen myös huomiota, mutta suunnitelmassa sitä ei ole tarkemmin rajattu eikä määritelty. Äänekoski ei vielä suunnitelmassaan ole ottanut huomioon vanhusten toimintakykyä siinä määrin kuin muut edellä mainitut kunnat. Maininta toimintakykytarkastuksista kyllä löytyy.

Suunnittelutyöryhmät ovat lähes kokonaan sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoista koottuja työryhmiä, joista puuttuu toimintakyvyn ylläpitämisen tai edistämisen kannalta merkittäviä sektoreita kuten liikunta- ja kulttuuritoimet.

Vanhusten toimintakyvyn kannalta merkittävimpiä tavoitteita ovat Jokilaaksossa iäkkäiden ihmisten ikäryhmille suunnatut terveystarkastukset, Keuruulla toimintakykytutkimukset sekä ennaltaehkäisevän vanhustyön kehittäminen ja Äänekoskella omassa asunnossa asumisen tukeminen.

Toimintakyvyn suhteen vanhustenhuollon suunnitelmat eivät ole ajantasalla. Suomessa alkaa olla saatavilla gerontologista asiantuntemusta ja tutkimustietoa. Kuntien käyttämät tiedot ovat vielä liian kapea-alaisia, ja tähän tulisikin kunnissa tulevaisuudessa kiinnittää huomiota. Kunnissa tulisi kiinnittää huomiota itse suunnittelutyöhön ja lisätä tietotasoa koulutuksen avulla sekä edistää käytännön kehitystyötä toimintakyvyn eri aspektien esillesaamiseksi.

Avainsanat: toimintakyky, vanhustenhuolto, suunnitelma

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	IÄKKÄIDEN IHMISTEN TOIMINTAKYKY.....	7
	2.1 Toimintakyky käsitteenä.....	7
	2.1.1 Fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky.....	7
	2.1.2 Päivittäistoiminnot.....	11
	2.2 Suomalaisten iäkkäiden ihmisten toimintakyky..	12
	2.3 Toimintakyvyn ylläpitämisen lähtökohdat.....	14
3	VANHUSTENHUOLLON SUUNNITTELU SUOMESSA.....	18
	3.1 Vanheneminen ja vanhustenhuolto.....	18
	3.2 Suunnitelma ja suunnittelu.....	18
	3.3 Vanhustenhuollon suunnittelu.....	21
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	24
	4.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät.....	24
	4.2 Tutkimusaineisto ja menetelmät.....	25
5	TUTKIMUSAINIESTON SISÄLLÖNKUVAUS JA ANALYYSI.....	26
	5.1 Analyysin rakenne.....	26
	5.2 Aineiston sisällönkuvaus.....	26
	5.2.1 Jämsä ja Jämsänkосki.....	26
	5.2.2 Keuruu.....	32
	5.2.3 Äänekосki.....	38
	5.3 Suunnitelmien keskeiset teemat.....	43
	5.3.1 Jämsä ja Jämsänkосki.....	43
	5.3.2 Keuruu.....	50
	5.3.3 Äänekосki.....	56
6	JOHTOPÄÄTÖKSET.....	59
	6.1 Yhteenvedo tutkielman analyyseistä.....	59
	6.2 Analyysin arviointi.....	61

7	POHDINTA.....	63
	7.1 Toimintakyky vanhustenhuollon suunnitelmissa	63
	7.2 Vanhustenhuollon suunnitelmat kunnissa.....	65
	7.3 Johtopäätökset.....	66
	LÄHTEET.....	68

1 JOHDANTO

Ikääntyneiden ihmisten määrä kasvaa nopeasti tulevien vuosikymmenten aikana. Yhteiskunnalliset palvelut kuten myös ikääntyneiden ihmisten tarpeet ovat muuttuneet. Vanhuspoliittisiin strategioihin tulisi kiinnittää entistä enemmän huomiota ja tulevaisuuteen tulisi varautua jo nyt. (Vanhuspolitiikkaa vuoteen 2001.)

Vanhuspoliittisissa ratkaisuissa on päävastuu nykyään kunnilla, jotka suunnittelevat ja järjestävät eri palvelut. Valtiovalta vastaa oikeuksista ja ohjaa vanhustenhuollon suunnittelua vuosittain julkaistavilla sosiaali- ja terveydenhuollon suunnitelmilla, jotka ovat vain ohjeellisia. Valtioneuvosto osoittaa näin keskeiset tavoitteet ja toimintalinjat kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiselle. (Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet ja toimintaperiaatteet 1994.) Hyvällä vanhuspolitiikalla voidaan lisätä sekä yleistä että yksityistä hyvinvointia sekä hillitä kustannusten kasvua.

Suomen vanhuspoliittisen tavoite- ja strategiatoimikunnan mietinnössä yhdeksi keskeiseksi tekijäksi on nostettu toimintakyvyn ylläpitäminen. (Vanhuspolitiikkaa vuoteen 2001.) Toimintakyky luo perustan sille, miten ihminen pystyy elämään ja osallistumaan omassa elinpiirissään. Sen avulla voidaan lisätä elämänlaatua, pitkittää laitoshoidon joutumista ja elää omaa itsenäistä, toisista riippumatonta elämää. Ikääntyneiden ihmisten toimintakykyyn ja sen ylläpitoon tulisi kuntatasolla kiinnittää entistä enemmän huomiota.

Tämän tutkielman tarkoituksena oli selvittää, miten kunnat ottavat huomioon ikääntyneiden ihmisten toimintakyvyn vanhustenhuollon suunnitelmissa? Onko käsite jo omaksuttu niin hyvin, että se tuodaan selkeästi suunnitelmissa esille, ja onko kunnissa varauduttu iäkkäiden ihmisten määrän kasvuun kehittämällä toimintakykyä ylläpitäviä ja edistäviä toimia.

2 IÄKKÄIDEN IHMISTEN TOIMINTAKYKY

2.1 Toimintakyky käsitteenä

Käsite toimintakyky on monikerroksinen ja moniulotteinen. Se sisältää sekä fyysisen, psyykkisen että sosiaalisen ulottuvuuden. Nämä yhdistyvät toiminnan tasolla ihmisen fyysiseksi, psyykkiseksi ja sosiaalisiksi resursseiksi, jotka mahdollistavat tavoitteiden luomisen ja joilla voidaan kehittää toimintatapoja myös toimintakyvyn ylläpitäiseksi. (Heikkinen 1990a, Pohjolainen ja Huuhka 1997).

Toinen tutkimustraditio perustuu ADL-käsitteen (activities of daily living) alaisuuteen, jolloin tutkimuksen tavoitteena on ikääntyneiden ihmisten toimintakyvyn kuvaaminen päivittäisten toimintojen, arkirutiinien selviämisen sekä kuntoutustarpeiden ja -mahdollisuuksien kannalta. (Heikkinen 1990a, Heikkinen 1997).

2.1.1 Fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky

Fyysistä toimintakykyä määriteltäessä on perusteena suoritettut tutkimukset ja niissä käytetty mittaustekniikka. Fyysistä kapasiteettia voidaan arvioida monelta eri kannalta kuten lääketieteellisesti, toiminnallisesti ja subjektiivisesti. Toiminnallisia terveyden indikaattoreita voidaan puolestaan tarkastella sosiaalisten roolien ylläpitämisen, liikkumiskyvyn, itsehoitoisuuden ja toiminnanvajaavuuden kannalta. (Liang ja Whitelaw 1990).

Jyväskylässä käynnistyi vuonna 1985 laaja Ikivihreät-tutkimusohjelma, jonka avainkäsitteenä on iäkkäiden ihmisten terveys ja toimintakyky. Projektissa oli tavoitteena jyvskyläläisen eläkeikäisen väestön fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ja terveyden kuvaaminen sekä ylläpitäminen ja edistäminen. (Ruoppila, Heikkinen 1992).

Ikivihreät-projektissa fyysistä toimintakykyä kartoitettiin polkupyöräergometritestillä, jonka avulla pyrittiin tutkittavien maksimaalisen suorituskyvyn mittaamiseen. Maksimaalinen isometrinen lihasvoima mitattiin viidessä eri lihasryhmässä, joita olivat käden puristusvoima, kyynärvarren koukistusvoima, polven ojennusvoima ja vartalon ojennus- ja koukistusvoima. Lisäksi tutkittiin tuki- ja liikuntaelimistön toimintakykyä askelmatestin, maksimaalisen kävelynopeuden ja nivelliikkuvuuden avulla. Havaintomotoriikasta ja aistitoiminnoista mitattiin kuuloa, näköä, tasapainoa ja vibraatiotuntoherkkyyttä. (Era 1992).

Savolainen (1991) on tutkinut fyysistä toimintakykyä ja sen vaikutusta ystävyys-suhteisiin. Tässä tutkimuksessa fyysisellä toimintakyvyllä viitataan kroonisista sairauksista johtuviin liikkumista ym. fyysistä ponnistelua koskeviin vaikeuksiin, jotka haittaavat selviytymistä jokapäiväisistä toiminnoista. Pohjolainen ja Huuhka (1997) puolestaan tutkivat fyysistä toimintakykyä liikunnallisen kuntoutuksen kautta. Heidän tutkimuksessaan fyysinen toimintakyky mitattiin hengityselimistön uloshengityksen huippuvirtauksen ja vitaalikapasiteetin avulla, tuki- ja liikuntaelimistöä olkanivelen liikkuvuuden, tuolilta nousun, porrastestin ja maksimaalisen kävelynopeude sekä sydän- ja verenkiertoelimistön (paikallaan kävely) testeinä. Tutkimuksessa mitattiin myös tasapainoa ja psykomotorisia ominaisuuksia. (Pohjolainen ja Huuhka 1997).

Psyykkinen toimintakyky on yleensä määritelty tutkimuksissa käytettyjen mittausmenetelmien avulla operationaalisesti. Usein sen määrittelyyn sisältyy kognitiivisten toimintojen eli tiedonkäsittelytoimintojen, kuten havaitsemisen, muistin, oppimisen, ajattelun ja verbaalisen kyvykkyyden arviointia, metakognitioiden eli omien kognitiivisten toimintojen tason itsearviointia sekä joidenkin persoonallisuuden käsitteen piiriin kuuluvien alueiden arviointia. (Salminen ym. 1990.)

Henkinen ja älyllinen toimintakyky tai sen vajaus käsittää yhteyden erilaisten tehtävien suorittamiseksi sekä riittävät taidot ja motivaation niiden suorittamiseksi. Siihen kuuluu sekä kognitiiviset että emotionaaliset lähtökohdat. (Verbrugge 1990.)

Ikivihreät-projektissa psyykkisen toimintakyvyn käsitteeseen oli sisällytetty eri ilmiöitä. Keskeisessä asemassa olivat kognitiiviset eli tiedonkäsittelytoiminnot, kuten muisti, oppiminen, ajattelu, kielelliset taidot ja havaintotoiminnot. Kognitiivisten toimintojen arviointimenetelminä käytettiin tutkittavien itsearviointeja muististaan, oppimiskyvystään ja henkisestä vireydestään sekä haastattelijoiden arviointeja tutkittavien kognitiivisista kyvyistä. (Suutama, Ruoppila ja Kuikka 1992.)

Psyykkistä toimintakykyä voidaan tarkastella myös psyykkisen hyvinvoinnin tasolla. Ikääntyminen tuo mukanaan menetyksiä ihmissuhteissa ja niihin usein liittyvät muutokset luovat iäkkäille vaikeitakin sopeutumishaasteita ja koettelevat varsinkin psyykkistä hyvinvointia. Ikivihreät-projektissa arvioitiin mielialaongelmien esiintyvyyttä mielialakyselyn ja CES-D asteikon avulla sekä psykososiaalista hyvinvointia ja sosiaalista suoriutumista niitä varten luoduilla asteikoilla. (Heikkinen 1992).

Pohjoismaissa tehdyssä NORA-projektissa kogntiivista tilaa mitattiin käyttäen muisti- ja älykkyystestejä sekä itsearviointia. Tulosten mukaan koetut muistiongelmat olivat vahvasti yhteydessä väsymiseen ja vaikuttavat sitä kautta myös suorituskykyyn päivittäisissä toiminnoissa. (Avlund ym. 1997). NORA-projektiin osallistui kolme kaupunkia pohjoismaista: Glostrup Tanskasta, Göteborg Ruotsista ja Jyväskylä Suomesta.

Tutkituista suuri osa ilmoittaa selviävänsä kuitenkin riittävän hyvin päivittäisistä toiminnoista, ja näyttäisi siltä, että apua haetaan vasta kun kognitiivinen vaurio selvästi haittaa itsenäistä selviytymistä. (Avlund ym. 1997.)

Ympäristön yksilölle asettamat vaatimukset ja odotukset ovat aina suhteessa yksilön psyykkiseen toimintakykyyn. Tunnettaessa yksilön elämisen keskeiset puitetekijä (asuin- ja elinympäristö, julkinen ja yksityinen sosiaalinen verkko), jotka tukevat yksilön selviytymistä päivittäisistä elämän asettamista vaatimuksista, voidaan parhaiten arvioida psyykkistä toimintakykyä. Silloin painottuvat yksilön voimavarat ja se, miten niiden avulla selviydytään elämän vaatimuksista. (Salminen ym. 1990.)

Sosiaalinen toimintakyky käsittää vuorovaikutuskyvyn ja kyvyn toimia. Se muotoutuu ihmisen kehittymisen ja kasvun myötä erilaisten yhteisöllisten ja yhteiskunnallisten ehtojen vallitessa. Puhuttaessa sosiaalisesta toimintakyvystä, siihen on sisällytettävä kaksi näkökulmaa:

1) ihminen vuorovaikutussuhteissaan ja 2) ihminen aktiivisena toimijana ja osallistujana. Hyvään sosiaaliseen toimintakykyyn kuuluu myös kognitiivisia ja emotionaalisia valmiuksia. Sosiaalinen aktiivisuus ja osallistuminen riippuvat siitä, mitkä ovat osallistumismahdollisuudet ja palvelujen tarjonta sekä kulttuuriset tavat. (Heikkinen 1990b.)

Vanhenemisprosessin edetessä, sekä avun ja huolenpidon tarpeen lisääntyessä, kasvaa myös iäkkäiden tarve pitää yhteyttä läheisiin ihmisiin. Ihmisen sosiaalista toimintaa rajaa eletty elämä ja sen perusteella rakentunut mahdollisuuksien kenttä, nykyinen sosiaalinen asema ja sen sitoumukset. (Heikkinen 1990b.)

Keski-Suomessa toteutetussa 75-84-vuotiaiden keskuudessa tehdystä tutkimuksesta todettiin, että kotona asuvien fyysinen ja sosiaalinen toimintakyky oli yleisesti ottaen melko hyvä tai ainakin tyydyttävä, mutta laitoksissa asuvilla se oli selvästi huonompi. Tässä tutkimuksessa sosiaalista toimintakykyä tarkasteltiin sosiaalisista kontakteista sekä ajankäytöstä ja harrastuksista saatujen tietojen perusteella. Harrastustoimintoja selviteltäessä, neljäsosa tutkituista oli esittänyt osallistumisen perusteluiksi sosiaaliset kontaktit. Merkittäväksi tekijäksi nousi myös virkistys ja vaihtelunhalu. Naiset painottivat enemmän sosiaalisia kontakteja kuin miehet. Kontaktien vähäinen määrä tai lisätarve ja osallistumattomuus viralliseen sosiaaliseen toimintaan kuten kerhoihin, järjestö- ja yhdistystoimintoihin, eivät välttämättä kuitenkaan kerro henkilön sosiaalisesta toimintakyvystä. Syynä voi olla myös osallistumismahdollisuuksien vähäisyys. (Suutama ym. 1988).

2.1.2 Päivittäistoiminnot

Activities of daily living (ADL) käsittää päivittäiset perustoiminnot (PADL, physical activities of daily living) ja asioiden hoitamisen (IADL, instrumental activities of daily living). Päivittäisiä perustoimintoja ovat syöminen, WC-toiminnot, siirtymiset (sänkyyn/sängystä jne.), liikkuminen sisällä ja ulkona, peseytyminen ja pukeutuminen. (Sakari-Rantala ym. 1995.)

IADL-toimintoihin kuuluva asioiden hoitaminen sisältää taas monimutkaisempia itsestä ja kodista huolehtimiseen liittyviä asioita kuten ruoanlaitto, siivoaminen ja raha-asioiden hoito sekä asiointi kodin ulkopuolella. (Sakari-Rantala ym. 1995.)

2.2 Suomalaisten iäkkäiden ihmisten toimintakyky

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemassa Vanhuusbarometrissä (1994) suomalaiset ikääntyneet ovat toimintakyvyltään jonkin verran EU-maiden samanikäisiä heikompia. Toimintakyvyllä tarkoitetaan tässä yhteydessä ADL-toimintoja, joita on kartoitettu kyselemällä avuntarpeen määrää. Vanhuusbarometrin mukaan kotona asuvista yli 60-vuotiaista kolmasosa saa säännöllistä apua asioiden hoitamisessa tai kotitöissä. (Vanhuusbarometri 1994).

Erot EU-maiden ja Suomen välillä voivat johtua erilaisista tulkintatavoista pitkäaikaissairauksien ja toimintakyvyn rajoitusten suhteen. Noin puolella kotona asuvista yli 60-vuotiaista ja kahdella kolmasosalla yli 75-vuotiaista on jokin pitkäaikaissairaus, vamma tai muu vaiva, joka rajoittaa toimintakykyä. (Vanhuusbarometri 1994).

Helsingissä toteutetussa vanhustutkimuksessa (HEVA) kartoitettiin 75-, 80- ja 85-vuotiaiden kotona asuvien henkilöiden toimintakykyä ja avuntarvetta. Tässä tutkimuksessa toimintakykyä selvitettiin postikyselyn, strukturoidun haastattelun ja lääkärintarkastuksen avulla. Toimintakykyisyyttä arvioitiin strukturoitua haastattelulomakkeistoja käyttäen, ja lisäksi lääkäri esitti arvionsa tutkittavien toimintakyvystä ja avuntarpeesta. (Valvanne ym. 1991.)

Toimintakykyä kartoitettiin myös liikuntakyvyn, yläraajojen käytön, kotitöiden ja ADL-toimintojen sujuvuuden suhteen. Tutkimuksessa ilmeni, että toimintakyvyn häiriöt ovat tavallisia kotona asuvilla 75-, 80- ja 85-vuotiailla helsinkiläisillä ja ongelmat korostuvat siirryttäessä vanhempiin ikäryhiim. Päivittäisissä toiminnoissa vaikeuksia oli eniten 85-vuotiailla. (Valvanne ym. 1991.)

Keski-Suomessa on vertailtu Jyväskylän kaupungin sekä Keuruun kaupungin ja Multian kunnan 75-vuotiaan väestöryhmän toimintakykyä ja terveyttä. Tutkimus oli osa Jyväskylän yliopiston ja Jyväskylän kaupungin yhteistä Ikivihreät-projektia. (Sakari-Rantala ym. 1995.)

Tutkimuksessa arvioitiin toimintakykyä ADL-toimintojen avulla. Muita tutkittavia asioita olivat maksimaalinen kävelynopeus, askelmatesti, yläraajojen toimintatesti, maksimaalinen isometrinen lihasvoima, hengitystoiminnot, kehon rasvaprosentti, kuulo, näkö, silmänpaineet, reaktioaika ja käden liikenoisuus sekä seisomatasapaino.

Tutkimuksissa arvioitiin myös muistitoimintoja ja kognitiivisia kykyjä. Tutkimuksessa tehtiin laboratoriotutkimusten lisäksi rasisergometritesti, näkökenttätutkimus, neuropsykologinen tutkimus, mitattiin vibraatiotuntoherkkyys ja kantaluun mineraalitiheys, kartoitettiin sekä raajojen että vartalon lihasvoimaa, määriteltiin rasvakudoksen määrä ja sosiaalinen joustavuus. (Sakari-Rantala ym. 1995.)

Tässä tutkimuksessa tulokset olivat eri paikkakunnilla hyvin samansuuntaiset ja jatkotutkimuksia vaativia ongelmia havaittiin lähes yhtä paljon. Merkittävimmät erot, joita ilmeni esimerkiksi kognitiivisissa testeissä, selittyvät tutkittujen koulutuseroilla. (Sakari-Rantala ym. 1995)

Päivittäisistä perustoiminnoista selviytymisessä oli ryhmien välillä jonkin verran eroja siten, että keuruulaiset naiset tarvitsivat lähes säännömukaisesti useammin apua kuin jyvaskyläläiset naiset. (Sakari-Rantala ym. 1995.)

Pohjoismaissa tehdyssä NORA-tutkimuksen mukaan jyvaskyläläiset yksinasuvat 75-vuotiaat naiset saavat enemmän apua sosiaalisilta verkostoilta ja heillä on enemmän sosiaalisia kontakteja kuin miehillä. Suurin osa Pohjoismaissa asuvista ikääntyneistä henkilöistä elää erossa lapsistaan ja muista sukulaisista, mutta tästä huolimatta heillä on myös paljon muita sosiaalisia kontakteja. (Avlund ym. 1997.)

Kaikissa kolmessa kaupungissa, jossa NORA-tutkimusta on tehty, naiset kärsivät vähemmän muistiin liittyvistä häiriöistä kuin miehet. Muistiin liittyvät suurimmat ongelmat ikääntyneillä on nimien muistaminen. Erityisesti juuri jyvaskyläläiset miehet ilmoittivat muistiongelmistaan. Mielialalla tuntuisi olevan vaikutusta muistiin; masentunut mieli on yhteydessä muistiongelmiin. Kahdessa muussa kaupungissa: Glostrupissa (Tanska) ja Göteborgissa (Ruotsi) osallistujat ilmoittivat Jyvaskylään verrattuna vähemmän muistiin liittyviä ongelmia. (Fromholt ja Berg 1997.)

2.3 Toimintakyvyn ylläpitämisen lähtökohdat

Iäkkäiden ihmisten määrän lisääntyessä ja keskimääräisen eliniän kohotessa olisi otettava huomioon, että toimintakyvyn heikkenemisen alkamista olisi pystyttävä viivyttämään nopeammin kuin elivuosien määrä kasvaa. (Sakari-Rantala ym. 1995.)

Ikääntyvään väestöön kohdistuvat laaja-alaiset terveys- ja toimintakykytarkastukset auttavat löytämään mahdollisia ongelmia ja siten auttavat asiaan puuttumisen jo silloin, kun toimintakyvyn heikkeneminen saattaisi vielä olla ehkäistävissä. (Sakari-Rantala ym. 1995.)

Ikivihreät-projektin seurantatulokset kertovat, että sairaudet ja niiden oireet lisääntyvät 75- ja 80-vuotiailla miehillä ja naisilla. Avun tarve päivittäisissä toiminnoissa kasvaa, selvimmin vanhimpaan ikäryhmään kuuluneilla naisilla. (Laukkanen ym. 1998.)

Tutkijoiden mielestä hyvin onnistunut preventio ja toiminnanvajauksien ilmenemisen lykkääminen riippuu sekä sairauksien riittävän varhaisesta diagnosoinnista että sairautta aiheuttavien tunnusmerkkien ja oireiden tarkasta identifiointista. Olennaista olisi, että näiden tietojen avulla terveydenhuollon piirissä luotaisiin tehokkaat interventio-menetelmät. (Laukkanen ym. 1998.)

Fyysinen ja mentaalinen kyvykkyys alenee iän myötä ja sillä on sekä sosiaalisia että taloudellisia vaikutuksia. Tästä syystä toimintakyky ja riippumattomuus ovat vanhalla iällä hyödyksi niin yksilölle itselleen kuin yhteisölle, jossa hän elää. (Hassmen ym. 1992). Toimintakykyyn pitää kiinnittää huomiota sekä yksilöön suoraan kohdistuvan että yhteiskunnallisen merkityksen takia. (Vanhuspolitiikka vuoteen 2001).

Ikivihreät-projektin yhtenä osana tutkittiin maksimaalisessa isometrisessä voimassa tapahtuneita muutoksia 80- ja 85-vuoden iässä. Tulosten mukaan jatkuva aktiivinen elämä auttaa säilyttämään lihasvoimia. Tutkijoiden mielestä ikääntyneitä tulisikin rohkaista ja kannustaa suorittamaan vaativiakin tehtäviä, sillä se edesauttaa voimien säilymistä hyvällä tasolla ja luo edellytyksiä itsenäiselle elämälle myös vanhuudessa. (Rantanen ja Heikkinen 1998.)

Hassmen ym. (1992) vanhemmille naisille tekemän tutkimuksen tulokset indikoivat, että säännöllinen fyysinen harjoittelu kasvattaa vanhalla iällä elimistön fyysistä kapasiteettia. Liikunnan merkitystä vanhuspolitiikassa ja vanhustyön alueella tulisi korostaa. Kaikilla ikääntyneillä tulisi olla päivittäin mahdollisuus joko kuntouttavaan tai virkistykseen liikuttaen. (Vanhuspolitiikka vuoteen 2001).

Psyykinen toimintakyky ja sen ylläpitäminen on ikääntyneiden hyvinvoinnin lisäämisen sekä avun ja hoidon tarpeen vähenemisen kannalta keskeistä. Se auttaa myös fyysisen toimintakyvyn ylläpitämistä. Psyykkisessä toimintakyvyssä ilmenevien ongelmien syyt ovat moniulotteisia ja niihin vaikuttamiseen tarvitaan tästä johtuen erilaisia keinoja, joita ovat mm. riittävä toimeentulotaso, kuljetus- ja saattopalvelut, ystäväpalvelut, ammattiapu ja tiedot osallistumismahdollisuuksista sekä rohkaisua osallistumiseen. (Vanhuspolitiikka vuoteen 2001).

Ihmisten toimintakyky ja -motivaatio liittyvät vahvasti fyysisen ja sosiaalisen ympäristön tukeen. Kuntoutuksen ja hoidon suunnittelussa tarvitaan aina selvitystä siitä, miten henkilön toimintakykyä voidaan tukea tarkoituksenmukaisella asuin- ja elinympäristöllä. Kunnissa tarvitaan riittäviä ja ajanmukaan uudistuvia erilaiseen toimintakykyyn ja hoidontarpeeseen vastaavia asumisvaihtoehtoja. (Vanhuspolitiikka vuoteen 2001).

Tärkeää on, että hyvässä asuin- ja elinympäristössä tilankäyttö ja muut ratkaisut soveltuvat myös ihmiselle, joilla on liikuntakyvyn, havaintokyvyn tai muistin rajoituksia. (Vanhuspolitiikka vuoteen 2001).

Haluttaessa edistää iäkkäiden henkilöiden toimintakykyä, on toiminnan perustuttava paikallisella tasolla tapahtuvaan perusteelliseen ja laaja-alaiseen arviointiin. (Emery, Gatz 1990, Sakari-Rantala ym. 1995). Toimintakyvyn ylläpitämiseen tulisi suhtautua myönteisesti, sillä monet sekä kotimaiset että kansainväliset tutkimukset ovat vahvistaneet sen merkitystä. On todettu, että alentunut toimintakyky on yhteydessä depression ja huonolla fyysisellä toimintakyvyllä on yhteys eristymisen riskiin ja se lisää avuntarvetta päivittäisissä toiminnoissa. (Pahkala ja Kivelä 1991; Savolainen 1991; Laukkanen 1998.)

3 VANHUSTENHUOLLON SUUNNITTELU SUOMESSA

3.1 Vanheneminen ja vanhustenhuolto

Vanheneminen on laaja ilmiö eikä vanhuuden alkamisajankohdalle ole olemassa yleistä ja pätevää ikärajaa. Sama ihminen voi olla "eri-ikäinen" biologiselta, kronologiselta, sosiaaliselta ja psykologiselta kannalta katsottuna. Lisäksi ihmisen määrittelyminen vanhaksi on aikaan ja paikkaan sidottu ilmiö. Vanhus voidaan Raassinan (1994) mukaan määritellä ihmiseksi, joka on ikääntymiseen liittyvän toimintakyvyn heikkenemisen vuoksi jatkuvasti toisen ihmisen avun tarpeessa. Kun toimintakyvyn heikkeneminen ja raihnaistuminen asetetaan vanhuuden kriteeriksi, katsotaan vanhuuden alkavan 75-80 vuoden iässä. (Raassina 1994).

Vanhustenhuolto. Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeisenä periaatteena on tukea ja edistää vanhusten kotona asumista sekä turvata tarvittaessa riittävä hoito ja huolenpito. Vanhustenhuollon palveluilta edellytetään monipuolisuutta, joustavuutta ja kiireellisen avun järjestämistä viivytyksettä. (Kunnan vanhustenhuolto sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyönä 1988). Vanhustenhuolto kuuluu vanhuspolitiikkaan. Vaaraman ja Hurskaisen (1993) määrittämän vanhuspolitiikan tavoitteena on turvata vanhusten toimeentulo, hyvinvointi, osallistuminen ja integroituminen yhteiskuntaan sekä taata turvattu vanhuus myös toimintakyvyn heiketessä.

3.2 Suunnitelma ja suunnittelu

Suunnitelma-ilmaisuu ei liity sitovia vaikutuksia, se ymmärretään myöhemmän sitovan päätöksenteon esivaiheeksi. (Tuori 1985).

Juridisesti suunnitelma-termille ei ole vakiintunut täsmällistä merkitystä. Kuitenkin suunnitelmien juridisessa arvioinnissa on omaksuttava sama lähtökohta kuin yleisessä kielenkäytössä, jossa viranomaisten suunnitelmiin ei oleteta liittyvän välittömiä oikeusvaikutuksia. (Tuori 1985.)

Suunnitelma muodostuu lähtökohtien selvitystyöstä, tavoitteiden asettamisesta ja toteuttamismahdollisuuksista. Lisäksi siihen kuuluu varsinainen valmistelutyö, jossa määritellään toteutuskeinot, niiden ajoitukset, kustannusvaikutukset ja tarvittavat voimavarat. Suunnitteluun sisältyy myös toteutusvaihe ja sen seuranta. (Tuomola 1980.)

Hyvän suunnitelman sisältö koostuu perustiedoista, toiminta-ajatuksista, visioista/tavoitteista, toiminnan painopistealueista, toiminnoista ja niiden rahoituksesta. Suunnitelma on hyvä asiakirja, joka kertoo lukijalle keskeiset perustiedot, tulevan toiminnan ja toiminnan rahoituksen. Kun suunnitelma on tehty riittävän selkeäksi, se toimii myös käytännössä. (Kuntien uudistuva suunnittelu 1995).

Hyvään suunnitelmaan kuuluvat myös sen toteutus- ja seurantavaiheet. Suunnitelmia on kunnissa tehty vuosittain, mutta niihin sitoutuminen on ollut puutteellista. (Kuntien uudistuva suunnittelu 1995).

Suunnittelun määrittely ei ole yksiselitteistä, koska se vaihtelee esittäjiensä lähtökohtien mukaan. Healey (1982) liittää suunnitteluun neljä ominaisuutta, jotka voidaan katsoa siihen kuuluvaksi: se on aktiivista toimintaa, se voi olla tietyn organisaation/instituution valitsema malli, se ohjaa toimintoja tiettyjen sääntöjen avulla ja se on niiden henkilöiden tekemä, joiden tehtäviin sen katsotaan kuuluvan.

Mintzbergin (1994) mukaan suunnittelu on tulevaisuuden ajattelua, jossa tulevaisuus otetaan huomioon. Se on myös eräänlaista tulevaisuuden kontrollointia, ei vain ajattelemalla sitä, vaan ottamalla se konkreettisesti huomioon. Suunnittelu on myös keskitettyä päätöksentekoa; mahdollinen menetelmä tuottaa integroituja päätöksiä. Organisaatioiden toimintaan pitää sisältyä suunnittelua siksi, että ne voivat koordinoida menetelmiään, varmistaa tulevaisuuttaan, olla järkeviä ja voidakseen kontrolloida toimintaansa. (Mintzberg 1994.)

Suunnittelua voidaan jäsentää eri perusteita käyttäen. Yksi on suunnittelun aikajänteen mukainen jaottelu, jossa se voidaan sijoittaa pitkän, keskipitkän tai lyhyen aikavälin prosessiin. Päätöksenteon luonteeseen liittyen suunnittelu voidaan jakaa normatiiviseen, strategiseen tai operatiiviseen suunnitteluun. Normatiivisessa mallissa ohjataan toimintaa yleisien arvomääritelmien perusteella, strateginen malli edellyttää toimintalinjojen ja toiminnan painopisteitä koskevaa päätöksentekoa, ja operatiivisessa mallissa tarkoitetaan strategisten suunnitelmien toteuttamiseen liittyvää päätöksentekoa. (Tuomola 1980.)

Kunnissa kehittämistavoitteiden asettaminen ja strategioiden valinta olisi luontevinta jakaa strategiseen ja operationaaliseen suunnitteluun, jolloin strategisessa suunnittelussa tarkasteltaisiin kunnan toimintoja pitkällä aikavälillä, ja operatiivisessa suunnittelussa keskityttäisiin kunnan lyhyen aikavälin (1-3 vuotta) suunnitteluun. (Kuntien uudistuva suunnittelu 1995.)

3.3 Vanhustenhuollon suunnittelu

Suomalaisen vanhuspolitiikan tavoitteena on turvata vanhus-
ten toimeentulo, edistää heidän hyvinvointiaan, osallistu-
mistaan ja integroitumistaan yhteiskuntaan sekä taata
turvattu vanhuus myös toimintakyvyn heikentyessä tukemalla
vanhusten selviytymistä omalla asuinalueellaan ja omassa
kodissaan mahdollisimman pitkään. (Vaarama ja Hurskainen
1993). Vanhustenhuollon suunnittelun tavoitteena ovat
asuinaluekohtaiset, monipuoliset ja vanhusväestön tarpeiden
mukaiset joustavat palvelut. (Kunnan vanhustenhuolto
sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyönä 1988).

Valtakunnallisesti vanhustenhuollon suunnittelua ohjataan
vuosittain valtioneuvoston hyväksymillä valtakunnallisilla
suunnitelmilla sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämi-
sestä. Valtioneuvosto osoittaa näin keskeiset tavoitteet
ja toimintatarpeet kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuol-
lon palvelujen järjestämiseksi lähivuosien ajalle. (Kun-
nallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet ja toi-
mintaperiaatteet 1994.) Nämä ennen hyvin keskeisenä pidetyt
suunnitelmat ovat nykyisin lähinnä suosituksia sosiaali-
ja terveystalouden kehittämiseksi kunnissa (Vaarama,
Hurskainen 1993).

Kunnilla on ratkaiseva asema paikallisen sosiaali- ja
terveystalouden toteuttajana. Tähän sektoriin vanhusten-
huollon usein katsotaan kuuluvan. Vuonna 1993 toteutettiin
valtionosuusuudistus. Siihen liittynyt normien purku
vahvisti kuntien asemaa. Kunta kantaa vastuun paikallisen
sosiaali- ja terveystalouden strategioista ja niiden
toteuttamisesta sekä taloudellisesti että hallinnollisesti.
Kunnan johto kantaa vastuun myös eri hallinonalojen väli-
sestä yhteistyöstä. (Kunnallisen sosiaali- ja terveyden-
huollon tavoitteet 1996.)

Hyvä vanhustenhuolto edellyttää perusteellista suunnittelua, joka takaa toiminnan jäsentyneisyyden ja tarkoituksenmukaisuuden. Hyvin tehty suunnitelma antaa pohjaa tavoitteiden toteutumisen seurannalle ja arvioinnille. (Pihlaja 1990.) Kunnissa tehtyjen suunnitelmien ongelmana ovat olleet puutteelliset tiedot ikääntyneiden tarpeista (Rokka 1990). Sosiaali- ja terveystoimi joutuu siitä syystä usein korjaamaan ongelmia, jotka olisi voitu ehkäistä hyvällä vanhustenhuollon suunnittelulla (Pihlaja 1990).

Keski-Suomessa toteutetussa vanhustenhuoltoon suunnatussa tutkimuksessa todettiin, että kunnilla on tarjolla erilaisia palveluja vanhuksille, mutta niiden yhteensovittaminen on puutteellista. Kunnilta puuttuivat vanhuksia varten tehdyt kulttuurisuunnitelmat ja myös liikuntatoimen alueella ilmeni vastaavia ongelmia. Harvoilla kunnilla oli erillinen liikuntasuunnitelma kunnan iäkkäille ihmisille. (Kontio ym. 1991.)

Tutkimustyöryhmä esitti vanhustenhuollon kehittämiseksi vanhustenhuollon suunnitelmien sisällyttämistä kuntasuunnitteluun ja perinteisen sosiaali- ja terveydenhuoltopainotteisen tarkastelukulman laajentamista myös muille sektoreille. Preventiivisiä vanhustenhuollon palveluja tulisi painottaa. Kunnissa tulisi tehdä vanhustenhuollon suunnitelma yhteistyössä kunnan eri sektoreiden kanssa. Suunnitelmaa tulisi myös tarkistaa säännöllisesti. Ikääntyneiden ihmisten omaa osallistumista suunnitteluun ja päätöksentekoon tulisi lisätä. Kuntien tulisi myös lisätä ikääntyneiden osallistumismahdollisuuksia järjestämällä heille erilaisia koulutustilaisuuksia käyttäjädemokratiasta sekä ottamalla heidät mukaan suunnitteluun ja päätöksentekoon. Kuntien tulisi myös organisoida yhteistyötä seurakuntien, eläkeläisjärjestöjen ja muiden järjestöjen kanssa. (Kontio ym. 1991.)

Terveyttä ja toimintakykyä tukevaa toimintaa tulisi kehittää ja tehostaa. Lähtökohtana kunnissa tulisi olla ikäihmisten toimintakyvyn ja terveyden edistäminen lisäämällä heidän tietouttaan omasta terveydestään ja siihen vaikuttavista keinoista. Tulisi kehittää myös erilaisia valtakunnallisia terveyden ja toimintakyvyn edistämishjelmia. (Vanhuspolitiikkaa vuoteen 2001.)

Tulevaisuuden vanhuspolitiikan sisällön ja kustannusten kannalta on olennaista, pystymmekö lisäämään aktiivisten, toimintakykyisten elinvuosien määrää ja osuutta elinvuosista sekä miten hyvin pystymme kompensoimaan toimintakyvyn vajeita. Toimintakyky ja sen kehitys vaikuttaa eläkkeiden ja muun toimeentuloturvan kustannuksiin ja siihen, kuinka paljon tarvitsemme palvelutaloja ja laitoshoittoa. (Vanhuspolitiikkaa vuoteen 2001.)

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät

Tässä tutkimuksessa tarkoituksena oli analysoida kolmen kunnan vanhustenhuollon suunnitelmia. Lähtökohtana oli vanhusten toimintakyky ja sen huomioon ottaminen suunnitelmissa.

Tutkimustehtävät:

1. Kuvata suunnitelman keskeinen sisältö
2. Miten vanhusten toimintakyky ja sen ylläpitäminen näkyy kunnallisissa vanhustenhuollon suunnitelmissa?
3. Miten vanhustenhuollon suunnitelmat oli laadittu?
Ketkä kunnan henkilöstöstä tai minkä alojen asiantuntijat ovat osallistuneet suunnitelman tekoon?
4. Mitkä ovat vanhusten toimintakyvyn ylläpitämisen kannalta merkittävimmät tulevaisuuden tavoitteet?

4.2 Tutkimusaineisto ja menetelmät

Tutkimukseen valittiin Jämsän, Jämsänkosken, Keuruun ja Äänekosken suunnitelmat. Varsinaisia vanhustenhuollon suunnitelmia oli kuitenkin kolme, koska Jämsässä ja Jämsänkoskella oli laadittu kuntien yhteinen vanhustenhuollon suunnitelma. Kuntien valintaan vaikutti Keski-Suomessa aiemmin vanhustenhuollon suunnittelusta tehty selvitys, jonka perusteellasaatiin selville ne kunnat, joissa on laadittu vanhustenhuollon suunnitelma. (ks. Kontio ym. 1990).

Tutkimusmenetelmiksi valittiin sisällön analyysi, diskurssi-analyysi ja teemoittelu. Aluksi tutkittaviksi valituista vanhustenhuollon suunnitelmista tai sitä vastaavista ohjelmista laadittiin sisällön analyysin avulla sisällön kuvaus. Tarkoituksena oli saada suunnitelmista hyvä kokonaiskuva. Sisällön analyysi on menetelmä, jonka avulla saadaan muodostettua runko. Perinteinen sisällön analyysi on metodi, joka analysoi sitä, mitä tai miten jostakin on puhuttu. Se on väline isompien kysymysten selvittämiseksi. (Laaksovirta 1988; Eskola ja Suoranta 1998).

Sisällön kuvauksesta on edetty laatimalla van Dijkin diskurssianalyysiin kuuluvien makrosääntöjen avulla yleiset teemat. Ne ovat **A) suunnittelun lähtökohdat**, **B) nykytilanne** ja **C) tulevaisuuden visiot**. Van Dijkin diskurssianalyysissä ollaan kiinnostuneita kokonaisuuksista, teemoista ja pääaiheista. Makrosemantiikka käsittelee esimerkiksi kirjoitettujen tekstien osia ja kokonaismerkityksiä. Tekstin tulkit-sija määrittelee tekstin sisältämän ytimen; teeman tai aiheen. Makrosääntöjä on kuusi. Tässä tutkielmassa on käytetty yleistyssääntöä, jolla on abstrahoitu yksityiskohdis-ta laajempi, yleisemmän tason kokonaisuus (makroproposi-tiot). (ks. Hoikkala 1990).

5 TUTKIMUSAINEISTON SISÄLLÖNKUVAUS JA ANALYYSI

5.1 Analyysin rakenne

Tutkimuksessa on mukana neljä vanhustenhuollon suunnitelmaa. Kunnat ovat aakkosjärjestyksessä Jämsä/Jämsänkoski, Keuruu ja Äänekoski.

Tutkimusaineiston käsittely aloitettiin sisällön analyysillä, jossa laadittiin ensimmäisen tutkimustehtävän mukainen suunnitelmien sisällön kuvaus. Suunnitelmista saatiin näin muodostettua kokonaiskuva. Sen jälkeen sisällön kuvauksesta laadittiin diskurssianalyysin mukaan teemat A) suunnittelun lähtökohdat, B) nykytilanne ja C) tulevaisuuden visiot. Tämän jälkeen tutkimuksen analyysissä edettiin kuntakohtaisesti tutkimustehtävien ja luotujen teemojen mukaisesti kooten sisältöjä. Suorat lainaukset näkyvät tekstissä sitaatein.

5.2 Aineiston sisällönkuvaus

5.2.1 Jämsä ja Jämsänkoski

Suunnitelman tilannekartoitus. Vanhustenhuollon suunnitelma on valmistunut syyskuussa 1991. Siinä on perustana käytetty tilastokeskuksen kunnittaista väestöennustetta vuodelta 1995. Jämsässä oli tuolloin asukkaita 13 092, joista 65-vuotta täyttäneitä oli 15.3% (2000). Jämsänkoskella asukkaita oli 7881, joista yli 65-vuotiaita 16.1% (1267). Molemmat kunnat ovat teollisuuskaupunkeja ja muistuttavat myös koulutus pohjiltaan toisiaan. (Kuntatiedot 1993, Väestörakenne 1996).

Vanhustenhuollon suunnitelmassa on käytetty tilastokeskuksen vuoden 1995 kunnittaisen väestöennusteen taulukoita. Sen mukaan koko väestön määrässä on Jämsässä vähäistä kasvua ja Jämsänkoskella laskua vuoteen 2020 mennessä.

Molemmissa kunnissa 75-vuotta täyttäneiden määrä kasvaa voimakkaimmin vuoteen 2005 saakka, sen jälkeen myös yli 85-vuotiaiden odotetaan lisääntyvän voimakkaasti.

Kaupungeissa on suuria omakotitaloalueita, joissa asunnot ovat korkeatasoisia mutta liikkumisen kannalta ongelmallisia. Asumistaso on noussut 1980-luvulta lähtien. Siihen ovat myötävaikuttaneet valtion ja kuntien korjausavustukset ja -lainat. Suurin osa asunnoista on hyvin varustettuja. Suunnitelmassa mainitaan, että 70% vanhuksista tulee asumaan omissa asunnoissaan ja suurin osa asuisi yksin. Jämsässä oli vuonna 1995 erillisissä pientaloissa 231 yhden henkilön vanhusasuntokuntaa ja niistä 93 kpl oli erittäin puutteellisesti varustettuja ja 40 puutteellisesti varustettuja. Selvityksen mukaan puutteellisesti varustettu asunto tarkoittaa, että siitä puuttuu peseytymistilat ja/tai keskuslämmitys (tai sähkölämmitys).

Erittäin puutteellisesti varustetusta asunnosta puolestaan puuttuu jokin seuraavista varusteista: vesijohto, viemäri, lämminvesi tai wc. Jämsänkoskella erillisissä pienasunnoissa oli 207 yhden henkilön vanhusasuntokuntaa, ja asunnoista 69 oli erittäin puutteellisesti ja 60 puutteellisesti varustettuja.

Avun tarpeessa olevien vanhusten määrän arvioitu kehitys on arvioitu Vaaraman (1995) tekemän tutkimuksen mukaan, ja siinä perusteena on toimintakykytutkimukset.

Tulosten mukaan noin puolet yli 75-vuotiaista tarvitsee ainakin joskus ulkopuolista apua, 33% tarvitsee jatkuvaa ja säännöllistä apua. Noin 10% yli 75-vuotiaista tarvitsee päivittäin paljon apua ja yli 80-vuotiaista sitä tarvitsee jo 20%.

Suunnittelutyöryhmään on osallistunut kahdeksan henkilöä. Kaksi johtavaa lääkäriä, yksi vt. ylihoitaja, kaksi sosiaalijohtajaa ja kolme sosiaalilautakunnan puheenjohtajaa. Suunnitelmaa tehtäessä on voitu käyttää molempien kuntien viranomaisten asiantuntemusta ja kokemusta. Varsinaista suunnitelman tekoa edelsi projekti, johon osallistui molempien kaupunkien lisäksi Jämsän seudun terveydenhuollon kuntayhtymä. Yhteisen vanhustenhuollon suunnitelman koetaan lisäävän mahdollisuuksia järjestää Jokilaakson kasvavalle vanhusväestölle asianmukaiset ja riittävät palvelut ja vahvistaa kaupunkien yhteistyötä monella eri toimintasektorilla.

Kuntien nykyisen toiminnan arviointia. Työväenopistolla on vuosiohjelma, jossa otetaan huomioon vanhustenhuollon ammattilaisten tekemät ehdotukset, jatketaan kädentaitoja ylläpitäviä sekä aivovoimistelua tarjoavia piirejä.

Kulttuuritapahtumia viedään vanhainkoteihin ja palvelukeskuksiin, kirjaston roolia tehostetaan. Koulujen opetuksen yhteyteen järjestetään konkreettista vanhusten palvelua. Seurakunnat jatkavat kotikäyntejä, retkiä ja leirien järjestämistä. Kunnat järjestävät vanhustenhuollon seminaarin, SPR:N ystäväpalvelua hyödynnetään, eläkeläisjärjestöille tarjotaan ohjelma-apua. Liikuntapalveluissa vakinaistetaan liikunnanohjaus ja toiminta on ryhmäpainotteista. Ryhmät kootaan mm. terveyskeskuksen 65 vuotta täyttävien terveystarkastuksissa. Terveystarkastukset tehdään kunakin kalenterivuonna 65 ja 80 vuotta täyttävillä henkilöillä.

Terveystarkastukseen kuuluu mm. terveyttä ja toimintakykyä uhkaavien tekijöiden tunnistaminen ja korjaaminen. 65-vuotiaiden tarkastuksissa keskitytään elintapakartoitukseen. Painopistealueita ravinto- ja liikuntatottumukset ja 80-vuotiaiden osalta selvitetään asumiskysymys ja sosiaalinen tilanne sekä itsenäistä selviytymistä uhkaavat tekijät.

Sairauksien varhaistoteamista pyritään parantamaan erityisesti 65-vuotiaiden tarkastuksissa. 80-vuotiaiden tarkastuksissa keskitytään enemmän yleistä toimintakykyä ja itsenäistä selviytymistä uhkaaviin tekijöihin. Erityistä ikäluokkaan tai -luokkiin suuntautuvaa lääkinnällistä kuntoutusta ei järjestetä, lukuunottamatta veteraanikuntoutusta.

Suunnitelman loppuosassa käydään läpi sosiaali- ja terveystoimen avopalveluja sekä laitoshoidtoa. Eniten keskitytään sosiaalitoimen avopalvelujen kuten kotipalvelun, omaishoidon tuen, päiväkeskustoimintaan ja muihin tukipalveluihin. Terveystoimen osalta sisältö jää yhteen sivuun. Suunnitelma päättyy toiminnan organisoimiseen, jossa läpikäydään kuntien yhteistoimintaa, vanhustenhuollon toimintojen seuranta ja koordinoimista, yhteistoimintaa käytännön vanhustenhuollossa ja tietojärjestelmän kehittämistä.

Vanhustenhuollon yleiset tavoitteet

Tavoitteet on luetteloitu seuraavasti:

- pyrkiä vaikuttamaan siihen, että ikääntyvät voivat mahdollisimman pitkään toimia ympäristössään ja yhteisössään aktiivisina ja luovina kansalaisina sekä vaikuttajina
- ehkäistä preventiivisillä ja varhaistoteavilla toiminnoilla enenaikaista terveyden tai toimintakyvyn heikkenemistä, joka haittaisi ikääntyvän itsenäistä selviytymistä

Toimintakyvyn osalta tulee suunnitella lähivuosina sellaisia asumisratkaisuja, jotka eivät lisääisi laitospaikkojen määrää. Sosiaalitoimen avopalvelutoimintojen osalta palvelurakenteen lähtökohtana on vanhusten itsenäisen selviytymisen, mielekkään ja turvallisen elämän sekä toimintakyvyn ja elämisen laadun edistäminen. Ikääntyvän väestön tarpeiden, elintapojen ja sairauskirjon muuttuminen edellyttää palvelurakenteiden voimakasta ja rohkeaa kehittämistä.

Silloin ei ole kysymys vain laitoshoidon ja avopalveluiden määrällisestä suhteesta vaan ajattelutavan muutoksesta. Passiivisen hoiva-ajattelun sijaan on toimittava vanhuksen aktiivisuutta korostavan ajattelun pohjalta. Asuinympäristöä tulisi kehittää omatoimisuutta, itsenäisyyttä ja turvallisuutta tukevaksi alueeksi. Palvelut tulisi kehittää kokonaisvaltaisiksi palveluverkostoiksi ja kuntouttava työote olisi sisällytettävä kaikkiin palvelu- ja työmuotoihin.

Jämsän ja Jämsänkosken vanhainkotihoiton kehittämisen keskeisinä ja yhteisinä tavoitteina pidetään seuraavia asioita:

- Jokilaaksoon (=Jämsä ja Jämsänkoski) ei lisätä vanhainkoti- paikkoja
- hoidon tavoitteena on fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen. Intervallihoidossa kiinnitetään huomiota kuntouttavaan hoitoon.

Vanhuspotilaiden akuuttihoiton suunnittelussa on perusteena käytetty terveystieteiden keskuslaitoksen hoitopaikkalukuja. Niiden mukaan vuodeosastojen keskimääräinen hoitoaika on ollut 72,5 vuorokautta, joka tarkoittaa että osastoilla on ollut paljon pitkäaikaispotilaita.

Suunnitelman keskeinen sisältö

Suunnitelman toimenpide-ehdotuksina esitetään:

- muodostetaan kuntien sosiaalitoimen yhteinen johtoryhmä. Sihteerinä toimisi yhteinen vanhustyön koordinaattori
- laaditaan asuntopoliittinen ohjelma, joka tukee vanhusten asumista
- vanhainkoti saneerataan
- Jämsänkoskella peruskorjataan vanhusten asuntoja ja rakennetaan lisäasuntoja
- liikunnanohjaus vakinaistetaan vuonna 1998
- vuoden 1998 aikana aloitetaan 80-vuotiaiden terveystarkastukset

- Jämsän ja Jämsänkosken vanhustenhuollolle asetetaan yhteisiä mittareita tehokkuuden ja vaikuttavuuden arvioimiseksi.

Vanhusten asumisessa tärkeässä asemassa tulevat olemaan tavalliset asunnot ja asuinympäristöt. Suunnitelmassa mainitaan, että laitospaikkoja ei rakennettane lisää vaan tavoitteeksi pitäisi asettaa sellaiset asunnot ja asuinympäristöt, jotka mahdollistavat koko elämänkaaren asumisen ilman tarpeettomia muuttoja. Palvelujen tarvetta seurataan systemaattisesti ja pyritään reagoimaan joustavasti todellisen tarpeen muutoksiin.

Vanhuksiin suuntautuva ehkäisevä sosiaali- ja terveystyö on suunnitelmassa erillisenä, lyhyenä selvityksenä. Siinä toiminta jaetaan kuntien, seurakuntien, eläkeläis- ja harrastusjärjestöjen, liikuntaneuvonnan, terveystarkastusten, sairauksien varhaistoteamisen ja kuntoutuksen alueisiin.

5.2.2 Keuruu

Suunnitelman tilannekartoitus

Keuruulla on asukkaita 12 354, joista yli 65-vuotiaita on 18.4% (2276). Toimialoista painottuu yhteiskunnallinen palvelu ja toisella sijalla on teollisuus. Koulutus on painottunut alempaan keskiasteeseen. (Kuntatiedot 1993).

Vanhuspoliittinen ohjelma perustuu vuoden 1990 tilanteeseen. Siinä on käytetty perustana samana vuonna tehtyä ikärakenneselvitystä.

Keuruulla yli 65-vuotiaita on 57.2% kunnan asukkaista. Koulutustaso on matalampi kuin koko maan keskiarvo. Ammattirakenne on maanviljelys- ja maataloustyöntekijä painotteinen. Lähes jokaisella vanhuksella on pitkäaikais-sairaus. Tavallisimpia sairauksia ovat verenkiertoelimistön sekä tuki- ja liikuntaelimistön sairaudet. Yksilöllisen fysioterapian tarvetta kerrotaan olevan paljon. Liikunta-ryhmiin olisi runsaasti halukkuutta.

Siivousavun tarve on noin 10%:lla 75-vuotiaista ja 80-vuotiailla se on jo lähes 40%. Päivittäisistä toiminnoista selviytyminen on 75-vuotiailla jokseenkin vaivatonta mutta 80-vuotiailla se on jo selvästi vaikeampaa. Vaikeinta on asioitten hoito, kuten raha-asiat, ja asioiminen terveyskeskuksissa tai vastaavissa paikoissa. Joka viides 75-vuotias haluaisi aloittaa jonkin harrastuksen, koska osa aiemmista harrastuksista on jäänyt pois toimintakyvyn heikkenemisen vuoksi. Keuruun vanhuspoliittisen ohjelman mukaan vanhus on yli 65-vuotias henkilö.

Keuruun vanhuspoliittisen ohjelman mukaan vanhusten määrä lisääntyy vuoteen 2000 mennessä n. 14 hengellä vuosittain. Vuodesta 2000 vuoteen 2010 kokonaismäärä pysyy lähes samana mutta yli 75-vuotiaiden osuus lisääntyy 8:lla hengellä vuosittain. Vuonna 2030 yli puolet vanhuksista on jo yli 75-vuotiaita. Arvioinnissa on käytetty tilastokeskuksen kunnittaista väestöennustetta vuodelta 1991.

Keuruun vanhuspoliittisen ohjelman lähtökohtana on uusien käytäntöjen löytäminen, sillä nykykäytäntöjen jatkaminen merkitsisi kustannusten kasvua jopa 48%:lla. "Näin ei voitane jatkaa...vanhustenhuoltoon on etsittävä uusia ratkaisuja". Ohjelmassa käydään läpi valtakunnallisia suosituksia ja niitä vertaillaan Keuruun väestöennusteen pohjalta tehtyihin arvioihin. Vertailu kertoo, että kotihoidonapu ja kotisairaanhoidon asiakaspiiri on suosituksiin nähden laaja mutta annetun avun määrä on vaatimatonta. Turvapalveluja tulisi laajentaa, päivähoito- ja palveluasumispaikkoja on vain 1/5:lle. Laitospaikkoja on yli suositusten mutta lyhytaikaispaikkoja liian vähän.

Nykyinen toiminta

Keuruun vanhuspoliittisessa ohjelmassa on kartoitettu laajasti nykyiset vanhuspalvelut ja niiden ongelmat. Näiden tulosten mukaan kotipalvelun panos väestövastuuryhmissä vanhustyön asiantuntijana on merkittävä. Suunnitelmallisuus ja yhteistyö ovat työn onnistumisen edellytykset hallinnollisista rajoista riippumatta. Kodinhoitoapua saaneet ruokakunnat ovat vähentyneet, mutta käyntikerrat lisääntyneet.

Tukipalveluja on lisätty vanhusten kotona asumisen tueksi. Tukipalveluja Keuruulla ovat: ateriat-, kuljetus-, vaatehuolto-, kylvetysapu-, turva-, siivous- ja postipalvelut.

Kotihoidontuki on muuttunut omaishoidontueksi jo vuonna 1993. Siinä nähdään ongelmina määrärahan vähyys ja saajien vähäinen määrä. Lisäksi hoitajien vapaiden järjestäminen säännöllisesti on vaikeaa.

Päivätoiminnan tarkoituksena on hoidon, kuntoutuksen ja viriketoiminnan avulla auttaa ja tukea ikääntyvää ihmistä säilyttämään toimintakykynsä ja selviytymään kotioloissa. Ongelmana nähdään päivätoiminnan sijoittuminen keskustaan. Päivätoimintaa tulisikin laajentaa lähemmäksi syrjemmässä asuvia, koska välimatkat ovat liian pitkiä.

Vanhainkotihoito on pyritty saamaan kodinomaiseksi, omatoimisuutta tukevaksi, yksityisyyttä kunnioittavaksi ja virikkeitä antavaksi hoitomuodoksi. Tyypillinen vanhainkotiasukas on iältään yli 80-vuotias nainen. Ongelmana on lyhytaikaispaikkojen vähäinen määrä sekä asenteet, erityisesti omaisten, jotka tukevat vanhainkotiin hakeutumista.

Terveystoimen vanhuspalvelut kuuluvat väestövastuun piiriin. Terveyskeskuslääkäreiden kaikista vastaanottokäynneistä yli 65-vuotiaat muodostavat 20%. Terveystoimijat tarkastavat kaikkien oman alueensa 80-vuotiaiden toimintakyvyn, koska tavoitteena on tukea vanhuksen toimintakykyä niin, että hän selviytyisi kotona mahdollisimman pitkään. Ongelmana on sosiaali- ja terveystoimen väestövastuutyöryhmän yhteistyön puutteellisuus. Kotisairaanhoidossa on yli 200 potilasta. Heille tehdään toimintakykykartoitus hoidon alkaessa ja aina tarvittaessa uudelleen. Ongelmana on tässäkin vanhainkotien lyhytaikaispaikkojen vähäinen määrä. Päiväsairaala tukee kotisairaanhoidotyötä. "Vanhusten toimintakyvyn ylläpitämisen edistämisen kannalta erilaisten liikuntapalvelujen organisointi olisi kaikkein tärkeintä". Ongelmana nähdään eri hallintokuntien ja vapaaehtoisjärjestöjen yhteistyön puute.

Sairaalahoido kuuluu myös osana väestövastuulliseen työhön. "Kiinteä yhteistyö kuntouttavan henkilökunnan kanssa on edesauttanut tuottavan hoitoideologian toteuttamista ja vanhuksen kotona selviytymisen tukemista mahdollisimman pitkään".

Muita saatavilla olevia vanhuspalveluja käydään ohjelmassa läpi seuraavasti: monimuotoista virike- ja vapaa-ajan toimintaa, viisi eläkeläisjärjestöä, vammaisjärjestöt antavat tietoa tutkimuksista, kuntoutuksesta ja muista etuuksista. Lisäksi kylätoimikunnat eri kyläkunnissa ja asuntoalueilla voivat parhaiten huomioida alueellaan asuvat vanukset ja heidän tarpeensa. Kaupungin vapaa-aikapalveluista mainitaan kulttuuritoiminta; musiikki-, taide-, valokuvaus- ja teatteripiirit. Tarjonnassa pyritään ottamaan huomioon kaikki ikäryhmät. Liikuntatoimi järjestää ohjattua vesivoimistelua ja huolehtii kävely-, potkukelka- ja latureittien kunnossa pidosta. Sisäliikunta on järjestetty eläkeläisille tarkoitettussa lentopallokerhossa. Lisäksi on voimistelukerhoja. Kansalaisopisto järjestää erityisesti vanhuksille suunnattua toimintaa, kuten liikunta- ja tekstiilipiirit. Kiinnostavaksi kokeiluksi on mainittu Jyväskylän yliopiston kanssa yhteistyössä toteutettu Ikääntyvien yliopiston luentosarja.

Seurakunnat tekevät vanhustyötä diakoniatyön muodossa, ja tärkein työmuoto on kotikäyntityö. Seurakunnat järjestävät myös erilaista viriketoimintaa kuten retkiä, leirejä ja kerhotoimintaa. Lisäksi on mainittu myös SPR:n ystäväpalvelu, mutta siinä on koettu ongelmia pitkistä matkoista ja koordinoinnin puutteesta.

Suunnitteluryhmään on kuulunut sosiaalijohta, -sihteeri, kotipalvelun ohjaaja, liittohallituksen puheenjohtaja, kaksi vanhainkodin johtajaa, sosiaalilautakunnan jäsen, avohuollon osastonhoitaja, sosiaalilautakunnan puheenjohtaja, ylilääkäri, johtava hoitaja ja vs. sosiaalsihteeri.

Työryhmän alkuperäinen toimeksianto oli laatia ehdotus vanhuspalvelujen kehittämiseksi Keuruulla vuoteen 2002 mennessä, mutta suunnittelutyötä on laajennettu seuraavasti:

"Suunnittelutyöryhmä on halunnut laajentaa toimeksiannon näkökulmaa vanhuspalvelujen suunnittelusta vanhuspoliittisen toimintaohjelman laatimiseen. Näin on haluttu korostaa kunnallisen luottamus- ja henkilöstöorganisaation suunnitelmallista sitoutumista vanhusten asioiden hoitoon sekä julkituoda vanhusten merkitystä tulevaisuudessa".

Vanhuspalvelujen suunnitteluryhmä, kunnallisliiton konsultointi sekä kaupunginhallituksen asettaman palveluasumisen suunnitteluryhmä yhdistettiin kolmeen laatupiiriin. Näiden piirien tekemät loppuraportit ovat vanhuspoliittisen ohjelman perusaineistoa.

Suunnitteluprosessiin ei ole sisällytetty vanhuksille suunnattua kyselyä tai haastattelua, koska työntekijävoimavarat eivät olisi heidän mielestään siihen riittäneet. Toimintaohjelmaa laadittaessa on hyödynnetty terveystieteiden toimintakykytutkimusta, ikäluokkatarkastuksia ja Keuruulta kerättyä Ikivihreät-projektin antia. Viideltä eläkeläisjärjestöltä on pyydetty lausunto ohjelmaluonnoksesta.

Vanhustenhuollon yleiset tavoitteet ja ehdotukset

Työryhmän mukaan avohuolto on Keuruulla vanhustenhuollon kehittämisen suuntana 1990-luvulla. Sen mukaan keinoja tulisi etsiä nykyisen palvelujärjestelmän sisältä suuntaamalla resursseja laitoshuollosta avohuoltoon, kehittämällä ja tukemalla uusia taloudellisesti kestäviä ja inhimillisesti arvostettuja palvelumuotoja ja panostamalla lähipalveluihin sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoiden saumattomaan yhteistyöhön alueellisen väestövastuun pohjalta.

Ohjelmassa mainitaan, että vuonna 2030 keuruulainen 65-vuotias elää omaehtoista, itsenäistä ja aktiivista elämää, ja keuruulaisten käytettävissä on tarvittaessa laaja, toisiaan täydentävä yksityisten ja julkisten palvelujen verkosto. Se mahdollistaa turvallisen kotona asumisen. Laitoshoidossa on enintään joka kymmenes yli 75-vuotias.

Keuruun vanhuspolitiikka rakentuu seuraaville kehittämissstrategioille: lisääntyvä vanhusväestö otetaan huomioon kaikessa kunnallisessa päätöksenteossa, ehkäisevää vanhustyötä kehitetään, tuetaan vanhusten kotona selviytymistä, palveluasumista lisätään ja kehitetään, laitoshoittoa vähennetään, julkista palvelujärjestelmää täydennetään vapaaehtoistyöllä ja yksityisillä ostopalveluilla.

Vanhuspolitiikan tavoitteiksi vuoteen 2002 on lueteltu:

- vapaa-aikapalvelujen, erityisesti liikunta- ja kulttuuri- palvelujen suuntaaminen myös vanhuksille
- vanhusneuvolatyon vakiinnuttaminen
- ympärivuorokautisen kotihoidon järjestäminen
- tukipalvelujen lisääminen
- päivähoidon kehittäminen
- omaishoidontuen kehittäminen

- perhehoitokokeilun toteuttaminen
- pienkotityyppisen asumisen kokeilu
- lyhytaikaishoidon laajentaminen
- dementia- ja terminaalihoidon kehittäminen

Suunniteltuja toimenpiteitä on ikääntyvien palveluesitteen laatiminen, erityisliikunnan järjestäminen yhteistyössä vapaa-aikatoimen kanssa, ikäluokittaiset tutkimukset vanhusneuvolassa, kuljetuspalvelujen organisoiminen koordinoitusti, vapaaehtoistyön ja omaishoidon koordinointi, asuntojen korjaus- ja muutostöitten suunnittelu yhteistyössä teknisen palvelukeskuksen kanssa.

5.2.3 Äänekoski

Suunnitelman tilannekartoitus

Äänekoskella on asukkaita 13 753, joista yli 65-vuotiaita on 13.7% (1889). Kaupungin koulutusaste painottuu alempaan perusasteen koulutukseen, ja toimialana Äänekoskella painottuu teollisuus. (Kuntatiedot 1993; Väestörakenne 1996).

Toimintaohjelmassa on käytetty vuodelta 1991 olevia väestöennusteita. Niiden mukaan väestön ikärakenne vanhenee tuntuvasti 2000-luvulla. Seutukunnalla on tehty selvitys laitoksissa ja avohoidossa olevien yli 64-vuotiaiden äänekoskelaisten potilaiden/asiakkaiden määristä ja hoitoisuudesta.

Hoitoisuuden käsitteellä on arvioitu hoidon/palvelun kohteena olevan henkilön avuntarvetta päivittäisissä toiminnoissa. Korkea pistemäärä merkitsee vähentynyttä mahdollisuutta suoriutua itsenäisesti lähinnä fyysisistä toiminnoista.

Selvitykset on tehty eri ajankohtina vuosina 1993 ja 1994. Keski-Suomen läänin muihin terveystieteisiin ja vanhainkoteihin verrattuna Äänekosken sairaalassa hoitoisuuspisteet ovat keskitason alapuolella ja vanhainkodeissa yläpuolella. Vuonna 1993 yli 64-vuotiaista oli laitoshoidossa 7.4% ikäryhmästä ja yli 74-vuotiaista 14.3%. Avohoidossa olevien asiakkaiden hoitoisuuspisteet ovat huomattavasti alhaisemmat kuin laitoshoidossa olevien. Voimavaroja tulisi suunnata enemmän avohuoltoon.

Suunnittelun lähtökohdat

Äänekosken suunnitelmassa on lähtökohdiksi otettu hoidon porrastus. Sen tavoitteena on turvata vanhuksille tarkoituksenmukaiset hoitopaikat. Perusajatuksena on luoda mahdollisimman kevyt ja joustava palvelurakenne, joka ottaa huomioon vanhuksen omat voimavarat. Onnistumisen edellytyksenä on hyvä yhteistyö vanhuksen omaisten sekä sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisien välillä. Vanhusten hoito järjestetään ensisijaisesti avohoitona heidän omissa kodeissaan.

Suunnitteluryhmään on kuulunut edustajia Ääneseuden kansanterveystyön kuntayhtymästä, Sisä-Suomen sairaalasta ja sosiaalitoimen vanhustenhuollosta. Työryhmään ovat kuuluneet: johtava hoitaja, päiväkeskuksen johtaja, sairaalan ylihoitaja, isännöitsijä, sosiaalijohtaja, kotipalvelun ohjaaja, sosiaalityöntekijä, apulaisylilääkäri, vanhainkodin johtaja, osastonhoitaja Sisä-Suomen sairaalasta, avohuollon ylihoitaja, vanhainkodin johtaja, kotipalvelun ohjaaja ja Konginkankaan aluejohtaja. Työryhmässä on ollut yhteensä 14 henkilöä.

Suunnitelman sisältö

Äänekosken kaupunki ja Ääneseuden kansanterveystyön kuntayhtymä ovat sopineet vuoden 1995 loppupuolella yhteisen kehittämistyön aloittamisesta.

Työskentelyä varten asetettiin viisi työryhmää, joita olivat laitos- ja avohoidon työryhmä, avohoidon työryhmä, vapaaehtoistyön ja omaishoidon työryhmä, mielenterveystyöryhmä sekä hallinnon ja johtamisen työryhmä. Koordinointia ja työtä ohjaamaan asetettiin projektiryhmä, jossa oli neljä henkilöä.

Tässä projektiryhmässä rajattiin työ koskemaan ensisijaisesti aikuisväestön palveluja seuraavissa ryhmissä: vanhuksat, vammaiset, mielenterveysongelmaiset, päihdeongelmaiset ja kehitysvammaiset.

Viiden työryhmän laatima raportti ei aluksi vastannut kaupunginhallituksen tavoitteita. Raportti palautettiin sosiaalilautakunnan jatkovalmisteluun.

Valmistelutyöryhmään on kuulunut sosiaalilautakunnan puheenjohtaja, sosiaalilautakunnan jäsen, sosiaalijohtaja, vanhus- ja kehitysvammatyön johtaja, ylilääkäri, osastonhoitaja, terveyskeskus-yhdyshenkilö ja johtava hoitaja.

Suunniteltuja toimenpiteitä

Palvelut on tarkoitus järjestää porrastetusti toimivaksi järjestelmäksi siten, että toiminta on asiakkaiden tarpeesta lähtevää, joustavaa ja suunnitelmallista. Perustana on tehokas ja riittävästi resurssoitu avohoito, joka toimii alueväestövastuun periaatteella. Tämän toimintamallin vahvuutena on moniammatillinen työryhmä. Hoidon porrastus edesauttaa, että pysyvä laitoshoido on viimesijainen hoitomuoto. Välimuotoisilla palveluilla tuetaan omatoimisuutta ja itsenäisyyttä sekä turvataan riittävä huolenpito niille, jotka eivät tarvitse pysyvää laitoshoidoa.

Pitkäaikaishoidon osalta esitetään, että se järjestetään kodinomaisissa vanhainkodeissa. Terveyskeskuksen sairaala hoitaa akuutit tilanteet ja kuntoutuksen sekä toimii hoidon porrastuksen ideologian mukaisesti.

Palveluasumista kehitetään voimakkaasti. Palvelutalojen toiminta-ajatuksena on, että asukkaille järjestetään riittävästi avohoidon palveluja 24 tuntia vuorokaudessa.

Kaupunki aikoo asettaa työryhmän selvittämään henkilökoh-
taisessa sijoitusarvioinnissa käytettäviä kriteerejä sekä
valvomaan hoidon porrastuksen käytännön toteutumista.

Asukkaiden kotona tapahtuvaa hoitoa tuetaan kotipalvelu-
ja kotisairaanhoidotyöllä, tukipalveluilla, lyhytaikaisel-
la laitoshoidolla sekä omaishoidontuella. Omassa asunnossa
asumista tuetaan antamalla asiantuntija-apua ja taloudel-
lista tukea korjaus- ja muutostöihin.

Kaupungin tekemän suunnitelman mukaan yli 74-vuotiaiden
vanhusten osuus asukkaista kasvaa nykyisestä 5%:sta
6.5%:iin vuoteen 2010 mennessä. Suunnitelmassa todetaan,
että kaupungissa on varauduttava iäkkäiden vanhusten palve-
lutarpeiden kasvuun. Vanhustenhoidossa ja vanhainkodeissa
on tarpeen laitospaikkojen vähentäminen ja muuttaminen
palveluasunnoiksi sekä voimavarojen suuntaaminen avohoi-
toon.

Vanhustenhoidon osalta tavoitteena on, että vanhukset
hoidetaan ensisijaisesti kodeissaan tai kodinomaisissa
olosuhteissa. Toiminnallinen ja sisällöllinen kehittäminen
toteutetaan siten, että vanhusväestön toimintakyky arvioi-
daan terveystieteiden toimesta (1996-1997). Näitä tuloksia
seurataan ja tarvittaessa päivitetään. Tehdään yksilöllisiä
hoito- ja palvelusuunnitelmia, terveystieteiden voimavarat
suunnataan lääketieteelliseen hoitoon ja kuntoutukseen.
Kokonaiskuntoutusta lisätään sekä avo- että laitoshoidossa,
omaishoidontukea koordinoidaan osaksi palvelukokonaisuutta,
vapaaehtoistyötä tuetaan, lähiyhteisöjen ja asuinalueiden
toimivuuden ylläpitämisessä, peruspalvelujen säilymisessä
ja yhteisöjen suunnittelussa otetaan huomioon vanhusväestö
ja heidän tarpeensa.

Terveystoimen ehdottamia toimenpiteitä ovat terveyskeskuk-
sen vuodeosastoilta lääketieteellistä hoitoa tarvitsematto-
mien potilaiden siirtäminen hoivatason laitoksiin.

Vapautuneita laitospaikkoja käytetään avohuollon vanhusvä-
estön kuntoutukseen. Tämän hetkiset vanhustenhuollon lai-
tospaikat säilytetään, aktiivista kuntoutustoimintaa lisä-
tään laitoksissa ja avohuollossa oleville vanhuksille.

Tulevaisuuden visioita työryhmä arvioi palvelurakennetyö-
ryhmän asettamien tavoitteiden sekä Suomen vanhuspoliitti-
sen tavoite- ja strategiatoimikunnan mietinnön mukaan.

Raportissa esitellään valtakunnallinen vanhuskäsitys,
jonka mukaan tulevaisuuden vanhukset ovat paremmin koulu-
tettuja, kykenevämpiä käyttämään omia voimavarojaan, aktii-
visempia ja terveempiä kuin nykyiset vanhussukupolvet.

5.3 Suunnitelmien keskeiset teemat

5.3.1 Jämsä/Jämsänkoski

Miten vanhusten toimintakyky ja sen ylläpitäminen näkyy kunnallisissa vanhustenhuollon suunnitelmissa?

Teema A: Suunnittelun lähtökohdat

- suunnitelman tekoa edelsi projekti, johon osallistui molempien kaupunkien lisäksi Jämsän seudun terveydenhuollon kuntayhtymä
- yhteinen vanhustenhuollon suunnitelma lisää mahdollisuuksia järjestää kasvavalle vanhusväestölle asianmukaiset ja riittävät palvelut ja vahvistaa kaupunkien välistä yhteistyötä.
- suunnitelman on laatinut kahdeksanhenkinen työryhmä
- vanhustenhuollon yleinen tavoite (Jämsässä/Jämsänkoskella sekä Jämsänkoski) on
- pyrkimys vaikuttaa niin, että ikääntyvät ihmiset voisivat mahdollisimman pitkään toimia ympäristössään ja yhteisöissään aktiivisina ja luovina kansalaisina sekä vaikuttajina
- ikääntyvän ihmisen itsenäistä selviytymistä vaikeuttavan ja haittaavan ennenaikaisen terveyden ja toimintakyvyn heikkenemisen ehkäisy preventiivisillä ja varhaistoteavilla toiminnoilla
- tasokkaiden ja inhimillisten palveluiden järjestäminen, ensisijaisesti heidän omassa elinympäristössään.

Teema B: Nykytilanne

- vanhustentaloissa, joita on rakennettu 1970-luvun alusta lukien, on yleensä pienet palvelutilat lähinnä ateriapalvelua ja vaatehuoltoa varten

- kotipalvelut tuottaa kunta...kotiapua saa tarpeen mukaan
- yöaikaan on kiireellistä avuntarvetta varten turvapuhelin tai vastaava hälytysjärjestelmä
- kaikissa taloissa ei ole hissiä eikä huoneistokohtaisia parvekkeita
- välimuotoisia palveluasuntoja yhteensä 73 asunnon verran
- niihin on osoitettu oma nimikkohenkilökunta ja palvelujen saanti on monipuolista
- liikuntaesteet on minimoitu ja tilat mitoitettu invamitoituksella
- Jämsänkoskella on käytettävissä palvelukeskuksen asianmukaiset tilat ja palvelut
- Jämsänkoskella välimuotoisia asuntoja 60
- pienryhmäkodit ovat osoittautuneet toimiviksi ratkaisuksi sekä asukkaiden että kotipalvelun työn järjestämisen kannalta
- pienryhmämuotoisessa asumispalvelussa korostetaan erityisesti kodinomaisuutta, turvallisuutta, virikkeellisyyttä sekä asukkaan itsemääräämisoikeutta ja luonnollista päivärhythmiä
- palvelujen tarvetta seurataan systemaattisesti
- Jämsän kotipalvelussa kaksi työmuotoa:
- toisaalta on keskitetty työvoimaa eniten apua tarvitsevien perushoitoon ja toisaalta on kiinnitetty huomiota suunnitelmalliseen ja ehkäisevään hoitotyöhön

Teema C) Tulevaisuuden visiot

- pyrkiä vaikuttamaan siihen, että ikääntyvät jämsäläiset ja jämsänkoskelaiset voisivat mahdollisimman pitkään toimia ympäristössään ja yhteisöissään aktiivisina ja luovina kansalaisina sekä vaikuttajina
- ehkäistä preventiivisillä ja varhaistoteavilla toiminnoilla ennen aikaista terveyden tai toimintakyvyn heikkene- mistä, joka häittäisi ikääntyvän itsenäistä selviytymistä

- "koska hoivapalvelujen tarve on suhteessa ikääntyneen väestön määrään, tulee vanhusväestön lisääntyminen edellyttämään ratkaisuja toimintakykyä vastaavien asumisjärjestelyjen suhteen. Toisaalta ennaltaehkäisyä ja palvelujärjestelmää on nykyisestään kehitettävä enemmän omatoimisen kotona asumisen mahdollistavaksi"
- "avainasemassa tulevatkin olemaan tavalliset asunnot ja tavallinen asuinympäristö"
- "...tavoitteeksi pitäisikin asettaa sellaiset asunnot ja asuinympäristöt, jotka mahdollistavat koko elämänkaaren asumisen ilman tarpeettomia muuttoja"
- "kaupunkien tulee laatia hallintokuntien yhteinen yhdyskunta- ja asuntopoliittinen strategia, jonka keskeisenä periaatteena tulee olla kotona asumisen tukeminen, monipuolisten ...palvelujen luominen"
- vanhuksen asunnon peruskorjaus voi olla hyvinkin kannattavaa
- jatketaan edelleen kädentaitoja ylläpitäviä ja kehittäviä sekä aivovoimistelua tarjoavia piirejä
- järjestetään ystäväpalvelukursseja
- viedään kulttuuritapahtumia vanhainkoteihin ja palvelukeskuksiin
- suunnitellaan vanhusväestöä kiinnostavia kulttuuritapahtumia
- seurakunta järjestää retkiä ja leirejä
- hyödynnetään ystäväpalvelua palveluissa kuten lääkärissä käynti, hautausmaalla käynti yms.)
- erityisryhmien liikunnanohjaus vakinaistetaan v. 1998
- järjestetään terveystarkastukset 65- ja 80-vuotta täyttävälle
- 65-vuotiaiden tarkastuksissa keskitytään mm. toimintakykyä uhkaavien tekijöiden tunnistamiseen ja korjaamiseen
- 80-vuotiaiden terveystarkastuksissa selvitetään asuminen ja sosiaalinen tilanne, toimintakyky ja itsenäistä selviytymistä uhkaavat tekijät

- "vanhustenhuollon palvelurakenteen kehittämisen olennaisin lähtökohta on vanhusten itsenäisen selviytymisen, mielekkään ja turvallisen elämän sekä toimintakyvyn ja elämisen laadun turvaavien toimintojen edistäminen"

Tulkinta: Jämsän ja Jämsänkosken suunnitelmassa on toimintakyvyn kannalta keskeisiä lähtökohtia. Toimintakykyä käsitellään hyvin yleisellä tasolla. Sisällöllisesti tässä suunnitelmassa löytyy paljon hyviä näkemyksiä ja ideoita, joiden avulla toimintakykyä voidaan ylläpitää ja kehittää. Ideat vaativat kuitenkin vielä lisää työstämistä ja konkreettisia suunnitelmia, jotta vanhustenhuollon suunnitelmasta tulisi operationaalinen ja se täyttäisi myöskin strategisen suunnittelun periaatteet (ks. Suomen Kuntaliitto 1995).

Merkittävin ja konkreettisin tavoite/päämäärä on 65- ja 80-vuotiaiden terveystarkastukset, joissa kiinnitetään huomiota mm. toimintakykyä uhkaaviin tekijöihin. Yleisistä tavoitteista toimintakyvyn kannalta tärkein on "ehkäistä preventiivisillä ja varhaistoteavilla toiminnoilla ennenai-kaista toimintakyvyn heikkenemistä, joka haittaisi ikään-tyvän itsenäistä selviytymistä".

Miten vanhustenhuollon suunnitelmat on laadittu?

Ketkä kunnan henkilöstöstä tai minkä alojen asiantuntijat ovat osallistuneet suunnitelman tekoon?

- suunnitelman on laatinut työryhmä, joka on sosiaali- ja terveydenhuollon sektoreilta
- suunnitelman tekoa edelsi projekti
- yhteinen vanhustenhuollon suunnitelma lisää mahdollisuuksia järjestää asianmukaiset ja riittävät palvelut
- tietoa oman kunnan asukkaiden asumisesta

- "suunnitelmaa laadittaessa on voitu käyttää kahden kunnan viranomaisten asiantuntemusta ja kokemusta..."
- projektissa on ollut mukana Stakesin asiantuntijoita
- suunnitelman perustana on ollut väestöennuste, ja sen mukaan Jokilaakson väestö ikääntyy voimakkaimmin vuoteen 2005 mennessä.

Tulkinta: Miten vanhustenhuollon suunnitelma on laadittu? Suunnitelman tekoa on edeltänyt projekti, joka jää vain maininnan tasolle. Sen tarkempaa sisältöä ei suunnitelmassa esitellä, joten on vaikeaa arvioida onko siitä ollut hyötyä itse suunnitelmaa tehtäessä.

Suunnitelman tekoon ovat osallistuneet pääasiallisesti sosiaali- ja terveyssektorin edustajat. Käytetyt tiedot ovat väestön ikääntymistä koskevat tilastotiedot ja kunnan omien ikääntyneiden asukkaiden asumistilanne. Varsinainen gerontologinen tieto jää "piiloon".

Käsite toimintakyky esiintyy useastikin, mutta sen määrittely puuttuu. Suunnitteluryhmän kokonpanosta voi päätellä, että toimintakykyä ei vielä käsitetä riittävän laajasti. Kulttuuri- ja liikuntatoimen sekä ikääntyneiden oman edustuksen puuttuminen itse suunnitteluvaiheesta jättää suuren tiedollisen vajauksen.

Mitkä ovat vanhusten toimintakyvyn ylläpitämisen kannalta merkittävimmät tulevaisuuden tavoitteet ?

Teema A: Suunnittelun lähtökohdat

- pyrkiä vaikuttamaan niin, että ikääntyvät ihmiset pystyvät toimimaan mahdollisimman pitkään ympäristössään/yhteisössään aktiivisina ja luovina kansalaisina sekä vaikuttajina

- ehkäistä preventiivisillä ja varhaistoteavilla toiminnoilla ennenaikaista terveyden tai toimintakyvyn heikkene- mistä, joka häittäisi ikääntyvän itsenäistä selviytymistä

Teema B: Nykytilanne

- suurin osa vanhusten asunnoista on hyvin varustettuja, mutta se ei vielä riitä
- Jämsän ja Jämsänkosken kaupungeissa on suuria omakotialu- eita, joissa asunnot ovat melko korkeatasoisia, mutta liik- kumisen kannalta ongelmallisia
- työväenopistossa on kädentaitoja ylläpitäviä ja kehittä- viä harrastuspiirejä
- yhteistyö diakoniatyöntekijöiden ja kotipalveluhenkilös- tön kesken (retkiä, leirejä)
- terveystarkastukset 65- ja 80-vuotiaille
- välimuotoisissa palveluasunnoissa on minimoitu liikunta- esteet ja tilat on mitoitettu invamitoituksella
- Jämsänkoskella korostetaan pienryhmämuotoisessa asumi- palvelussa kodinomaisuutta, turvallisuutta ja virikkelli- syyttä sekä asukkaan itsemääräämisoikeutta

Teema C: Tulevaisuuden visiot

- "vanhustyöväestön lisääntyminen tulee edellyttämään ratkai- suja toimintakykyä vastaavien asumisjärjestelyjen suhteen jo lähivuosina. Toisaalta ehkäisyä ja palvelujärjestelmää on nykyisestään kehitettävä enemmän omatoimisen kotona asumisen mahdollistavaksi."
- asuntojen ja asuinympäristöjen suunnitteleminen ikäänty- vien ihmisten mukaisesti siten, että omassa kodissa asumi- nen olisi mahdollista läpi elämän
- ikääntyville ihmisille soveltuvien esteettömien, turval- listen ja sosiaalista vuorovaikutusta edistävien asuinympä- ristöjen kehittäminen.

Kuntien järjestämää ennaltaehkäisevää toimintaa:

- kädentaitojen ylläpitämistä ja kehittämistä sekä aivovoi-
mistelua tarjoavien piirien toiminnan jatkaminen vanhusa-
siakaskunnan toivomusten mukaisesti
- viedään kulttuuritapahtumia vanhainkoteihin ja palvelu-
keskuksiin (kulttuuritoimen järjestämiä toimintoja)
- jatketaan tiivistä yhteistyötä diakoniatyöntekijöiden
ja kotipalveluhenkilöstön kesken kotikäyntityön, retkien
ja leirien järjestämisessä (srk:n järjestämiä toimintoja)
- erityisryhmien liikunnanohjaus vakinaistetaan, toiminnas-
sa pyritään itseohjautuviin ryhmiin, joita kootaan terveys-
keskusten 65-vuotta täyttävien terveystarkastuksissa
- kaupunkien liikuntatoimi pitää yhteyttä eläkeläisjärjes-
töihin liikuntaa koskevan informaation, neuvonnan ja yh-
teisten tempausten, projektien ym. merkeissä
- 65-vuotiaille kohdistetut terveystarkastukset, joihin
kuuluvat elintapakartoitukset sekä terveyttä ja toimintaky-
kyä uhkaavien tekijöiden tunnistaminen ja korjaaminen
sekä ohjaaminen liikunta-aktiviteettien pariin
- 80-vuotiaiden terveystarkastukset, joissa selvitetään
asunto ja sosiaalinen tilanne, toimintakyky ja itsenäistä
selviytymistä uhkaavat tekijät
- 80-vuotiaiden tarkastuksissa keskitytään yleistä toi-
mintakykyä uhkaaviin tekijöihin
- kuntoutuksen pitäisi sisältää veteraanien yleistä toimin-
takykyä ja itsenäistä selviytymistä tukevia elementtejä
- passiivisen hoiva-ajattelun sijaan on toimittava vanhuk-
sen aktiivisuutta korostavan voimavara-ajattelun pohjalta
--"..kuntouttava työote on sisällytettävä kaikkiin palvelu-
ja työmuotoihin"
- kotien varustaminen uusin teknisin apuvälinein edistää
omatoimisuutta ja turvallisuuden tunnetta
- päiväkeskus luo mahdollisuuden fyysistä kuntoa ylläpitä-
vään toimintaa ja sosiaalisten suhteiden ylläpitämiseen

Tulkinta: Jämsän ja Jämsänkosken suunnitelmasta löytyy paljon toimintakyvyn kannalta keskeisiä lähtökohtia. Suunnitelmassa pysytään kuitenkin hyvin yleisellä tasolla. Tavoitteet ovat sisällöltään laajoja ja merkittäviä mutta jäävät liian abstraktille tasolle. Joitakin poikkeuksia löytyy kuten 65- ja 80-vuotiaille suunnatut terveystarkastukset, joita on kartoitettu suunnitelmassa hieman tarkemmin. Sellaiset ilmaisut kuten..."ehkäistä preventiivisillä ja varhaistoteavilla toiminnoilla ennenaikaista terveyden tai toimintakyvyn heikkenemistä.."jäävät, huolimatta merkittävästä sisällöstään, liian vähälle perustelulle, ja konkreettiset keinot ja toimenpiteet puuttuvat täysin.

5.3.2 Keuruu

Miten vanhusten toimintakyky ja sen ylläpitäminen näkyy kunnallisissa vanhustenhuollon suunnitelmissa?

A) Suunnittelun lähtökohdat

- vanhuspalvelujen suunnittelu on laajennettu vanhuspoliittiseksi ohjelmaksi
- vanhusten toimintakyky tutkimuksista on oltu kiinnostuneita jo vuodesta 1987

B) Nykytilanne

- toimintakykyä on kartoitettu vuosina 1987-89
- silloin on kartoitettu 75-vuotiaat
- vuonna 1989 kartoitus tehtiin 75-84-vuotiaille kotisairaanhoidopotilaille
- vuonna 1990 on otettu käyttöön toimintakykymittari, joka on tarkoitettu 80-vuotiaille

- "Toimintakyvyn arvioinnissa käytetään hyväksi kaikkien ammattiryhmien havaintoja ja asiantuntemusta, jotka osallistuvat iäkkään ihmisen hoitoon. Toiminnassa on pystytty suhteellisen laajasti kartoittamaan vanhusten terveyteen ja toimintakykyyn liittyviä asioita sekä ratkomaan jossakin määrin esille tulleita ongelmia ja palvelutarpeita. Tavoitteena on ollut yksilöllinen hoito- ja palvelusuunnitelma, jolla estettäisiin pysyvään laitoshoitoon joutumista sekä etsittäisiin samalla taloudellisia hoitovaihtoehtoja"
- sosiaalitoimella on varattuna 15000-50000 mk:n määräraha vanhusten ja vammaisten asuntojen varustamis-, korjaus- ja muutostöihin
 - vanhusten kotona asumisen tukemiseksi on viime vuosina lisätty ja laajennettu tukipalveluja
 - päivätoiminnan tavoitteena on hoidon, kuntoutuksen ja viriketoiminnan avulla auttaa ja tukea ikääntyvää ihmistä säilyttämään toimintakykynsä ja selviytymään kotona
 - terveydenhoitajat tarkastavat kaikki alueensa 80-vuotiaat ja heidän toimintakykynsä
 - tavoitteena on tukea vanhuksen toimintakykyä, että kotona asuminen ja selviytyminen on mahdollista
 - yhteistyö avosairaanhoidon henkilöstön ja sosiaalitoimen avopalveluhenkilöstön kanssa sekä päiväsairaala/ päivähoitotoiminnan kanssa ovat edesauttaneet myös vuodeosastolla kotona selviytymistä tukevaa hoitokäytäntöä
- "Kiinnostavaksi kokeiluksi osoittautui Jyväskylän yliopiston kanssa yhteistyössä toteutettu Ikääntyvien yliopiston järjestämä luentosarja. Tämän tyyppistä tietopuolista opiskelua tarvitaan ja sen monipuolistamista kaivataan jatkossakin"
- seurakuntien järjestämää viriketoimintaa

C) Tulevaisuuden visiot

- vuonna 2030 yli 65-vuotiaat keuruulaiset elävät aktiivista, omaehtoista ja itsenäistä elämää

- ennaltaehkäisevää vanhustyötä kehitetään
- ensisijaisesti tuetaan vanhusten kotona selviytymistä
- vapaa-ajan palveluja, erityisesti liikunta- ja kulttuuri- palveluja, suunnataan myös vanhuksille
- asuntojen korjaus- ja muutostyöt suunnitellaan yhteistyössä teknisen palvelukeskuksen kanssa

Tulkinta: Keuruun kaupunki on tehnyt vanhuspoliittisen ohjelman vuosille 1993-2030. Kyseessä on siten hyvin pitkälle aikajänteelle tehty suunnitelma. Vanhusten toimintakyky on Keuruulla ollut kiinnostuksen kohteena jo vuodesta 1987 lähtien. Erilaisia kartoituksia ja tutkimuksia on tehty ja tehdään edelleen.

Tavoitteena on tukea vanhuksia asumaan kotonaan mahdollisimman pitkään. Erilaisia tuki- ja apupalveluja löytyykin suunnittelusta tyydyttävästi. Kunta on varannut määrärahaa vanhusten asuntojen kunnostustyötä varten. Vanhusten toimintakyvyn ylläpitämiseen ja kotona selviytymiseen on pyritty myös suunnittelemalla päivätoimintoja.

Miten vanhustenhuollon suunnitelmat oli laadittu?

Ketkä kunnan henkilöstöstä tai minkä alan asiantuntijat ovat osallistuneet suunnitelman tekoon?

A) Suunnittelun lähtökohdat

Suunnitteluryhmä on muodostettu kunnan omasta henkilöstöstä. Siihen ovat kuuluneet sosiaalijohtaja ja -sihteeri, kotipalveluohjaaja, liittohallituksen puheenjohtaja, sosiaalilautakunnan jäsen, vanhainkodin johtaja, avohuollon osastonhoitaja, sosiaalilautakunnan puheenjohtaja, ylilääkäri, johtava hoitaja ja vs. sosiaalisihteeri.

- "...näin on haluttu korostaa kunnallisen luottamus- ja henkilöstöorganisaation suunnitelmallista sitoutumista vanhusten asioiden hoitoon.."

- suunnitteluprosessiin ei ole kuulunut vanhuksille suunnattua kyselyä tai haastattelua, koska työntekijävoimavarat eivät olisi siihen riittäneet
- Toimintaohjelmaa laadittaessa on hyödynnetty terveyskeskuksen henkilöstön vanhuksille tekemiä toimintakykytutkimuksia ja ikäluokkatarkastuksia sekä Keuruulta kerättyä Ikivihreät-projektin antia. Viideltä eläkeläisjärjestöltä on pyydetty lausunto ohjelmaluonnoksesta
- keskeisimpiä käytettyjä tutkimustuloksia keuruulaisista ovat tausta-, koulutus- ja terveystiedot.

B) Nykytilanne

-".käytetään hyväksi kaikkien ammattiryhmien havaintoja ja asiantuntemusta, jotka osallistuvat iäkkään ihmisen hoitoon

Tilannekartoitusta tehty sosiaali- ja terveyssektorilla sekä muissa vanhuspalveluissa (kaupungin vapaa-ajan palvelut ja seurakunta).

C) Tulevaisuuden visiot

- asiantuntijoiden yhteistyön kehittyminen
- vanhusväestön ottaminen mukaan ja huomioon kunnallisessa päätöksenteossa
- pienenevien ikäluokkien palveluista siirretään resursseja ikääntyvien ihmisten palveluihin

Tulkinta: Suunnittelutyöryhmä koostunut lähinnä sosiaali- ja terveyssektorin edustajista. Suunnittelusta puuttuvat kokonaan vanhusten/ikäntyneiden oma edustus sekä kulttuuri- ja liikuntatoimen asiantuntijat, myös kuntatekniikan tietomäärä jää vähäiseksi, koska sen alueen edustajat puuttuvat suunnittelusta.

Keuruun vanhuspoliittinen ohjelma on hyvin laaja, sen lisäksi kaipaisi yksityiskohtaisempaa, lyhyemmän aikavälin suunnitelmaa.

Näin laajan ohjelman perustaksi olisi kaivannut vanhusten/ikäntyneiden kokemuseräistä tietoa, joka voi olla hyvin arvokasta. He ovat parhaimpia oman ikänsä ja siihen liittyvien ilmiöiden asiantuntijoita. Tämän tiedon puuttuessa kokonaisuus jää vajaaksi.

Mitkä ovat vanhusten toimintakyvyn ylläpitämisen kannalta merkittävimmät tulevaisuuden tavoitteet?

A) Suunnittelun lähtökohdat

- hyödynnetty terveyskeskuksessa suoritettuja ikäluokkatar-
kastuksia toimintakykytutkimuksia sekä Ikivihreät-projektin
tuloksia.

B) Nykytilanne

- "Toimintakyvyn arvioinnissa käytetään kaikkien ammattiryh-
ryhmien asiantuntemusta

- tavoitteena on ollut yksilöllinen hoito- ja palvelusuun-
nitelma, jolla estettäisiin pysyvään laitoshoitoon joutu-
mista

- päivätoiminnan tavoitteena on hoidon, kuntoutuksen
ja viriketoiminnan avulla auttaa ja tukea ikääntyvää
ihmistä säilyttämään toimintakykynsä

- terveystoimen vanhuspalveluissa on tavoitteena tukea
vanhuksen toimintakykyä niin, että hän selviytyisi kotona
mahdollisimman pitkään

C) Tulevaisuuden visiot

- vuonna 2030 keuruulaiset yli 65-vuotiaat elävät omaehtoista, itsenäistä ja aktiivista elämää
- ennaltaehkäisevää vanhustyötä kehitetään
- vapaa-ajan palveluja suunnataan myös vanhuksille

Tulkinta: Hyvänä lähtökohtana vanhustenhuollon suunnitelmassa/ohjelmassa on ollut toimintakykytutkimukset ja niiden tulokset. Niitä olisi voinut hyödyntää vielä enemmän ja niiden avulla olisi voitu laatia yksityiskohtaisempi ja lyhyemmälle aikavälille tehty suunnitelma.

Toimintakykyä ei ole määritelty tässäkään suunnitelmassa, joten asia jää lukijan oman tietämyksen varaan.

Suunnitelmassa esiintynyt eri ammattiryhmien asiantuntemuksen käyttäminen olisi vanhustenhuollon suunnittelussa ensiarvoisen tärkeää. Toimintakyvyn ylläpitämisen kannalta katsottuna, olisi tärkeää koota mahdollisimman monipuolinen tietoaaines, jonka perustalta tulevaisuutta voisi suunnitella.

5.3.3 Äänekoski

Miten vanhusten toimintakyky ja sen ylläpitäminen näkyy kunnallisissa vanhustenhuollon suunnitelmissa?

A) Suunnittelun lähtökohdat

- Äänekosken kaupungin sosiaalihoitaja oli kutsunut vanhus-työn ja -huollon palvelurakennetyöryhmän
- tällä hetkellä hoidon porrastamisessa puutteita
- puutteita on myös asumiseen ja kuntoutukseen liittyvissä palveluissa
- avohoitopalvelujen saatavuus ja toimivuus yhdessä välimuotoisten palvelujen kanssa tukevat omatoimisuutta ja itsenäisyyttä
- sosiaali- ja terveydenhuollossa ehkäisevä työ on jokapäiväistä työtä sosiaalisen turvallisuuden sekä toimintakyvyn parantamiseksi ja säilyttämiseksi

B) Nykytilanne

- sisältää samoja asioita kuin kohta A

C) Tulevaisuuden visiot

- pysyvä laitoshoido on viimesijainen hoitomuoto
- välimuotoisilla palveluilla tuetaan omatoimisuutta ja itsenäisyyttä, ja turvataan riittävä huolenpito

Tulkinta: Vanhusten toimintakyky jää hyvin vähälle huomiolle Äänekosken suunnitelmassa, joka ei itseasiassa ole vanhustenhuollon suunnitelma vaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen kehittäminen vanhustenhuollossa. Ongelmana nähdään vanhusten hoito ja sen porrastaminen. Ehkäisevä työ on otettu esille ja sen yhteydessä mainitaan toimintakyvyn paraneminen ja säilyminen.

Suunnitelmaa voisi paremmin luonnehtia vanhustenhoitosuunnitelmakeksi, koska lähtökohdat ovat hyvin sairaus- ja hoitokeskeisiä. Yksi keskeisimpiä käsitteitä suunnitelmassa on "hoitoisuuskäsite", jota käsitellään hyvin tarkasti. Toinen käsite, joka on yksi suunnitelman lähtökohdista, on "hoidon porrastus". Sen perusajatuksena on luoda kevyt ja joustava palvelurakenne.

Miten vanhustenhuollon suunnitelmat oli laadittu?

Ketkä kunnan henkilöstöstä tai minkä alojen asiantuntijat ovat osallistuneet suunnitelman tekoon?

A) Suunnittelun lähtökohdat

- suunnitteluryhmän kutsuttiin edustajat Ääneseudun kansanterveystyön kuntayhtymästä, Sisä-Suomen sairaalasta ja sosiaalitoimen vanhustenhuollosta
- Työryhmään kuului: johtava hoitaja, päiväkeskuksen johtaja, sairaalan ylihoitaja, isännöitsijä, sosiaalityöntekijä, kotipalvelunohjaaja, sosiaalityöntekijä, apulaisylilääkäri, vanhainkodin johtaja, osastonhoitaja, avohuollon ylihoitaja, avohuollon ylihoitaja, toinen vanhainkodin johtaja, toinen kotipalvelun ohjaaja ja konginkankaan aluejohtaja
- asetettiin viisi työryhmää ja yksi projektiryhmä
- tietona tilastokeskuksen väestöennuste
- laitos- ja avohoidon tilastotietoja

B) Nykytilanne

- suunnitelma käsittelee hoidon tilannetta sekä avo-että laitoshoidon kannalta

C) Tulevaisuuden visiot

- lähtökohdiana on mahdollisimman kevyt ja joustava palvelurakenne, joka huomioi vanhuksen omat voimavarat

Mitkä ovat vanhusten toimintakyvyn ylläpitämisen kannalta merkittävimmät tulevaisuuden tavoitteet?

A, B, C -teemat

- omassa asunnossa asumista tuetaan antamalla asiantuntija-apua ja taloudellista tukea korjaus- ja muutostöihin
- terveyskeskuksen fysioterapia kartoittaa yksilölliset tarpeet
- taloyhtiöt voivat hakea asuntolainaa tai peruskorjausavustusta hissien rakentamiseen

Tulkinta (tutkimustehtävät 2 ja 3)

Suunnitteluryhmä on ollut laaja. Siihen on kuitenkin pääasiassa kuulunut vain sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoita. On kuitenkin huomattava, että kyseessä on Äänekosken sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen kehittäminen vanhustenhuollossa. Suunnitelma on rajattu sosiaali- ja terveydenhuollon alueelle.

Suunnitelmassa on keskitytty paljon taloudellisiin kysymyksiin, mikä sinällään ei ole huono asia. Hyvä suunnitelma käsittää myös kustannuskysymyksiä. Tietona on käytetty tilastokeskuksen tekemiä väestöennusteita, potilasmääriä eri hoitoyksiköissä ja hintatietoja eri hoitomuodoissa ja -paikoissa. Ikääntyneiden omia kannanottoja ei ole tässäkään suunnitelmassa vaan se on laadittu edellä kuvattuja tilastoja hyväksikäyttäen.

Suunnitelma lähtee enemmän palvelujärjestelmän kuin ikääntyneiden tarpeista käsin. Lähtökohtana löytyy näkemys, jonka mukaan Äänekosken palvelurakenne on tulevaisuudessa kevyt ja se huomioi "vanhusten omat voimavarat". Mitä näillä vanhusten omilla voimavaroilla tarkoitetaan, jää lukijalle epäselväksi.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET

6.1 Yhteenveto tutkielman analyyseistä

Vanhuspolitiikan sisällön ja kustannusten kannalta on olennaista, pystytäänkö lisäämään toimintakykyisten ihmisten elinvuosien määrää. Toimintakyky ja sen kehitys vaikuttaa eläke- ja muun toimeentuloturvan kustannuksiin ja siihen kuinka paljon esimerkiksi laitoshoidon tarvitetaan. (Vanhuspolitiikkaa vuoteen 2001).

Jämsä ja Jämsänkoski ovat laatineet yhteisen vanhustenhuollon suunnitelman. Kunnat ovat tehneet hyvää pohjatyötä kartoittaessaan vanhusten asumisoloja. Hyvä asumistaso luo perustan kotona asumiselle ja tukee toimintakyvyn ylläpitoa. Henkilön toimintakykyä voidaan tukea tarkoitukseenmukaisella asuin- ja elinympäristöllä todetaan Vanhuspolitiikkaa vuoteen 2001-komiteamietinnössä. Jämsän ja Jämsänkosken tavoitteista löytyy paljon toimintakyvyn kannalta keskeisiä lähtökohtia. Niitä voi olla vaikea lähteä käytännössä toteuttamaan koska yksityiskohtaisempi suunnittelu puuttuu.

Ikääntyneiden toimintakyvyn kannalta katsottuna näiden kaupunkien suunnitelma on liian kapea ja yksipuolinen. Hyvä vanhustenhuollon suunnitelma vaatisi tietoja ikääntyneiden osallistumisesta erilaisiin yhteiskunnallisiin asioihin, harrastuksiin ja toiveisiin. Haluttaessa edistää ikääntyneiden henkilöiden toimintakykyä, toiminnan on perustuttava tilanteen laaja-alaiseen arviointiin (Emery, Gatz 1990; Sakari-Rantala ym. 1995).

Jämsän ja Jämsänkosken vanhustenhuollon suunnitelma jää liian abstraktille tasolle. Toimintakyvyn käsite on mainittu mutta sen riittävä määrittely puuttuu.

Keuruun kaupunki on puolestaan tehnyt vanhuspoliittisen ohjelman vuosille 1993-2030. Kyseessä on hyvin pitkälle aikajänteelle tehty suunnitelma. Vanhusväestö on kuvailtu tarkasti ja lisäksi on käytetty tilastokeskuksen tekemiä väestöennusteita. Ikääntyneiden toimintakyvyn kannalta on käsitelty siihen kuuluvia asioita; pitkäaikaissairauksia, siivousavun ja liikuntaryhmien tarvetta. Nykyiset palvelut ja niiden ongelmat ovat myös hyvin esillä. Suunnittelutyöryhmä on koostunut sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoista, lisäksi apuna on käytetty Kunnallisliiton konsultointia, hyödynnetty terveystieteiden toimintakyvututkimusta, ikäluokkatarkastuksia sekä Keuruulta kerättyä Ikivihreät-projektin tuloksia. Myös eläkeläisjärjestöiltä on pyydetty lausunto olemassaolevasta ohjelmaluonnoksesta. Itse suunnittelussa ikääntyneet eivät ole olleet mukana.

Keuruun vanhuspoliittisen ohjelman sisältö on monipuolinen. Ikääntyneiden toimintakyvyn kannalta katsottuna, aiheeseen on perehdytty laajasti ja sen jälkeen luotu strategiset kehittämissuunnat ja yleiset vanhuspoliittiset tavoitteet sekä toimenpiteet. Koska toimintakyky koostuu eri osa-alueista, tarvitaan suunnittelussa riittävän kattavia perustietoja. Tässä suhteessa voidaan Keuruun vanhuspoliittista ohjelmaa pitää varsin onnistuneena.

Äänekoskella ei ole tätä tutkielmaa tehtäessä ollut varsinaista vanhustenhuollon suunnitelmaa. Analyysin perustana on käytetty vanhustenhuoltoon liittyvää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen kehittämissuunnitelmaa.

Ikääntyneiden toimintakykyä ei oteta riittävän perusteellisesti huomioon tässä suunnitelmassa. Sisältö on hyvin hoito- ja sairauskeskeinen, joka suunnittelun luonteesta ja tarkoitusperästä johtuen on ymmärrettävää.

Suunnitelmaa lukiessa, jää kaipaamaan vaihtoehtoja, jotka todellisuudessa auttaisivat toimintakyvyn ylläpitämisessä ja sitä kautta olisivat myös tukemassa kaupungin ideaa "kevyestä, vanhusten omia voimavaroja huomioonottavasta" kevyestä palvelurakenteesta.

Suunnittelutyöryhmän kokoonpano on aika laaja, mutta kuten muissakin kaupungeissa, myös Äänekoskella on muut hallinto- sektorit täysin unohdettu. Vanhustenhuolto nähdään vain osana sosiaali- ja terveydenhuoltoa, ei osana ihmisen kokonaisvaltaista elämäntapaa. Hyvänä puolena Äänekosken suunnitelmassa on nähtävä se, että siihen on liitetty kustannus- ja investointitieto, joiden avulla tulevaisuutta voidaan paremmin suunnitella.

6.2 Analyysin arviointi

Kvantitatiivista tutkimusta varten kehitetyt reliabiliteetin ja validiteetin arviointikriteerit eivät ole suoraan käytettävissä kvalitatiivisen tutkimuksen onnistuneisuuden arvioinnissa. Ne ovat kuitenkin sisältönsä ja tarkoituksellisuutensa johdosta tärkeitä myös laadullisen tutkimuksen arvioinnissa. (King 1994.)

Aineiston merkittävyys. Vanhustenhuolto on nykyään kuntien vastuulla. On tärkeää tietää kuinka hyvin kunnat keskittyvät vanhuspoliittisiin kysymyksiin. Tässä tutkielmassa lähtökohdaksi on otettu vanhusten toimintakyky ja sen huomioon ottaminen vanhustenhuollon suunnitelmissa. Vanhusten toimintakyky on tärkeä sekä yksilön itsensä että koko yhteiskunnan kannalta katsottuna, sen merkitystä on korostettu myös vanhuspoliittisen tavoite- ja strategiatoimikunnan mietinnössä. (Vanhuspolitiikkaa vuoteen 2001.)

Aineisto sisältää kolme erilaista vanhustenhuollon suunnitelmaa, eikä niitä varsinaisesti vertailla tässä työssä keskenään. Aineistosta voidaan kuitenkin nähdä se taso, jolla kunnat liikkuvat. Analyysissä kunkin kunnan suunnitelma jaettiin kolmeen teema-alueeseen käsittelyn helpottamiseksi.

Aineiston riittävyys on valtakunnallisesti katsottuna pieni mutta paikallisella tasolla se antaa hyvän lähtökohdan tulevaisuuden hahmottamiselle ja keskustelun avaukselle. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei pyritäkään tilastollisiin yleistyksiin vaan kuvaamaan jotakin tapahtumaa, ymmärtämään tiettyä toimintaa tai antamaan teoreettisesti mielekäs tulkinta. (ks. Eskola ja Suoranta 1998).

Aineiston arvioitavuus ja toistettavuus tarkoittavat Mäkelän (1990) mukaan, että lukija kykenee seuraamaan tutkijan päättelyä, ja että niitä seuraamalla päädytään samoihin tuloksiin. Näitä vaatimuksia on huomioitu tutkielman laajalla kuvauksella (ks. luku 4).

Tutkielman analyysiosa on suoritettu monivaiheisesti. Se on aloitettu sisällön analyysillä, jolloin siitä saatiin muodostettua kokonaiskuva. Sen jälkeen edettiin diskurssi-analyysin avulla teemoihin, jotka olivat A) suunnittelun lähtökohdat, B) nykytilanne ja C) tulevaisuuden visiot. Näiden teemojen sisällä käytiin tutkimustehtävittäin läpi suunnitelmien sisältöjä ja tehtiin tulkintoja.

7 POHDINTA

7.1 Toimintakyky vanhustenhuollon suunnitelmissa

Toimintakyky on sekä yksilön että yhteiskunnan kannalta merkittävä asia kun ihminen ikääntyy. Sitä tulisi ylläpitää ja sen heikkenemisen alkamista pitäisi pystyä viivyttämään nopeamminkuin elinvuosien määrä kasvaa. (Sakari-Rantala ym. 1995). Heikentynyt toimintakyky lisää avuntarpeen määrää ja sen on katsottu olevan yhteydessä mm. depression. (ks. Pakkala, Kivelä 1991).

Toimintakyky sisältää fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen ulottuvuuden, joiden pohjalta ihmisen resurssit koostuvat. (Heikkinen 1990; Pohjolainen, Huuhka 1997). Asuin- ja elinympäristön suunnittelulla voidaan vaikuttaa kaikkiin näihin toimintakyvyn osa-alueisiin. Kaikissa tähän tutkielmaan osallistuneissa vanhustenhuollon suunnitelmissa löytyi asumiseen ja elinympäristöön kohdistuvia suunnitelmia. Eniten asumista ja siihen liittyviä ilmiöitä käsiteltiin Jämsän ja Jämsänkosken vanhustenhuollon suunnitelmassa. Siinä esitettiin toimenpide-ehdotuksena, että kaupungit laativat asuntopoliittisen ohjelman, joista vanhusten asuminen muodostaa tärkeän osan. Tarkempaa tietoa ohjelman laatimisen ajankohdasta tai sisällöstä ei kuitenkaan löydy, vaikka suunnitelmassa myöhemmin esitetään, että "...vanhusväestön lisääntyminen tulee edellyttämään ratkaisuja toimintakykyä vastaavien asumisjärjestelyjen suhteen jo lähivuosina." Tavoitteet hyvien asumisolosuhteiden järjestämiseksi siis löytyvät, mutta tarkemmat suunnitelmat kuitenkin vielä tässä vaiheessa puuttuvat. Myös Keuruulla on onnistuttu hahmottamaan oman alueen tilannetta. Äänekosken kartoitukset perustuvat tilastotietoihin.

Toimintakyvyn ylläpitämisen kannalta olisi hyvin tärkeää, että suunnittelussa aluksi määritellään mitä toimintakyky itseasiassa tarkoittaa. Kunnissa tulisi kiinnittää huomiota tietotasoon ja kehittää suunnittelussa tarvittavien tietojen keräämistä (Rokka 1990).

Ikääntyneeseen väestöön kohdistuvat laaja-alaiset terveystoimintakykytutkimukset auttavat sairauksien varhaisessa diagnosoinnissa ja sairautta aiheuttavien tunnusmerkkien identifioinnissa. Näiden tietojen avulla terveydenhuollon piirissä voidaan luoda tehokkaita interventioita ja lykätä toiminnanvajauksien ilmenemistä. (ks. Laukkanen ym. 1998.)

Tässä tutkimuksessa mukana olleista kunnista Keuruu on toteuttanut toimintakykytutkimuksia ja käyttänyt näitä tuloksia omassa vanhustenhuollon ohjelmassaan. Lisäksi Keuruulla aiotaan kutsua 1-2 ikäluokkaa vuosittain vanhustenneuvolan tutkimukseen. Jokilaaksossa on tehty 65-vuotiaiden terveystarkastuksia jo kymmenen vuoden ajan, lisäksi suunnitteilla on ollut 80-vuotiaiden terveystarkastukset. Jokilaakson vanhustenhuollon suunnitelmassa on nähtävillä taulukko, joka kertoo avun tarpeessa olevien vanhusten määrän arvioidusta kehityksestä. Taulukon perusteena on suoritettut toimintakykytutkimukset ja sen tarkoituksena on ollut palvelutarpeen arvioiminen. Ikääntyneiden toimintakyvyn ja sen ylläpitämiseen ei kuitenkaan löydy konkreettisia suunnitelmia.

Äänekoski on myös ottanut ohjelmistoonsa toimintakyvyn arvioinnin. Lisäksi kaupunki on päättänyt muodostaa tuloksista atk-tiedoston, jota voi seurata ja päivittää. Toimintakyvyn ylläpitämiseen ei kiinnitetä täälläkään sen enempää huomiota.

Toimintakykytarkastukset on löydettävissä kaikista suunnitelmista. Toimintakykymittauksia on tehty lähinnä palvelutarpeen määrittämiseksi, mikä on tärkeää. Toivottavaa olisi, että kunnissa ymmärrettäisiin myös se, että toimintakykyä voi ylläpitää ja kehittää yksilötasolla. Suunnitelmiin tulisikin sisällyttää oma osansa toimintakyvyn kehittämiseksi eri interventioiden avulla. Se vaatii paljon tietoa ja taitoa, jota on Suomessa jo saatavilla.

7.2 Vanhustenhuollon suunnitelmat kunnissa

Hyvä vanhustenhuollon suunnitelma tähtää tulevaisuuteen, jossa ikääntyneet ihmiset selviävät mahdollisimman pitkään omassa kodissaan ja omilla voimavaroillaan. Rokan (1990) mukaan vanhustenhuollon suunnittelun tulisi olla poikkihallinnollista yhteistyötä. Suunnitelmien toteuttajat täytyisi ottaa mukaan suunnitteluun ja palvelujen käyttäjiä tulisi myös kuulla. (Rokka 1990).

Keski-Suomessa aiemmin toteutetussa vanhustenhuoltoon suunnatussa tutkimuksessa on todettu, että vanhuksille suunnattujen palvelujen yhteensovittaminen on puutteellista. (Kontio ym. 1991.)

Tässä tutkielmassa analysoiduissa vanhustenhuollon suunnitelmissa ollaan suuntauduttu tulevaisuuteen. Keuruun kunta on ottanut suunnitelmaansa mukaan myös ikääntyneitä keuruulaisia, tosin vasta suunnitelman loppuvaiheessa. Muissa kunnissa suunnitelman tekoon osallistuivat pääasiassa sosiaali- ja terveydenhuoltoalan viranomaiset. Poikkihallinnollisuus ei näissä suunnitelmissa ole toteutunut.

Suunnitelmassa tulisi aluksi määritellä käytettävät käsitteet ja esitellä mahdollista tutkimustietoa niiden tueksi. Kuntien vanhustenhuollon suunnitelmissa on käytetty erilaisia tietolähteitä ja ongelmana on niiden puutteelliset merkinnät. Se tekee suunnitelmasta epämääräisen. Keuruun vanhuspoliittisessa ohjelmassa on lähdeluettelo, muiden kuntien suunnitelmissa ei sitäkään, vaikka viittauksia eri tietolähteisiin on.

Rokan (1990) mukaan ikääntyvään väestöön voi suhtautua kahdella tasolla; he ovat joko avuntarvitsijoita tai omaehtoista elämää eläviä yksilöitä. Tutkielman vanhustenhuollon suunnitelmissa ikääntyneet nähdään vielä avuntarvitsijoina.

Myönteistä Keuruun vanhuspoliittisessa ohjelmassa on näkemys, jonka mukaan tulevaisuudessa 65-vuotiaat keuruulaiset elävät omaehtoista, itsenäistä ja aktiivista elämää. Se viestii uutta ja ajanmukaista asenteidenmuutosta, jota vanhuspolitiikassa nyt tarvittaisiin.

7.3 Johtopäätökset

Tämän tutkielman jälkeen voidaan todeta, ettei kunnissa vielä riittävästi oteta huomioon ikääntyvien ihmisten toimintakykyä ja sen ylläpitoa. Kunnissa tulisi laatia ikäohjelmia, joiden osana olisi toimintakyvyn edistämisen ja ylläpitämisen suunnittelu.

Tässä tutkielmassa on mukana ollut vain kolme vanhustenhuollon suunnitelmaa. Se ei kerro valtakunnallista tilannetta, mutta voisi olla herätteenä valtakunnallisen tutkimuksen tekemiselle, jotta syntyisi selkeä kuva vanhustenhuollon suunnittelusta tämän päivän Suomessa. Mitä pidetään tärkeänä vanhustenhuollossa, miten ikääntyneisiin suhtaudutaan - ovatko ikääntyneet avuntarvitsijoita vai itsenäistä elämää eläviä yksilöitä.

Ikääntyneiden itsensä kannalta ajateltuna, voisi olla järkevää, että kunnalliset ikäohjelmat/suunnitelmat olisivat jatkossa lakisääteisiä. Se velvoittaisi kunnat tekemään todellisia vanhustenhuollon suunnitelmia/ohjelmia. Lisäksi niiden seuranta ja arviointi olisi paljon tehokkaampaa. Tutkielmassa mukana olleista suunnitelmista puuttui toteuttamisen kannalta tärkeä aikataulutusta, ja ne olivat osin rakenteellisesti epämääräisiä, mikä puolestaan vaikeutti tutkielman analyysivaihetta.

LÄHTEET

Avlund, K., Fromholt, P., Berg, S., Davidsen, M. 1997. Cognitive function and functional ability in daily life. Teoksessa Heikkinen, E. Berg, S. Schroll, M. Steen, B. ja Viidik, A. (toim.) Functional Status, Health and Aging: The NORA study. Serdi publisher. Paris. France. 93-104.

Emery, C. ja Gatz, M. 1990. Psychological and cognitive effects of an exercise program for community-residing older adults. The Gerontologist 30 (2). 188.

Era, P. 1992. Fyysinen toimintakyky, aistitoiminnot ja havaintomotoriikka. Teoksessa Heikkinen, R-L ja Suutama, T. (toim.) Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn ja terveyden arviointi. IKIVIHREÄT- projekti osa 2. STM kehittämisosaston julkaisuja 1991:10. Valtion painatuskeskus.

Eskola, J. ja Suoranta, J. 1998. Johdatus laadullisen tutkimukseen. Gummerus Kirjapaino oy. Jyväskylä.

Fromholt, P. ja Berg, S. 1997. Self-Reported Memory and Cognitive Performance Among 75-year Old People from Three Nordic Cities. Teoksessa Heikkinen, E., Berg, S., Schroll M., Steen, B., Viidik, A. (toim.) Functional status, Health and Aging: The NORA study. Serdi publisher. Paris. France. 55-65.

Hassmen, P., Ceci, R. ja Bäckman, L. 1992. Exercise for older women: a training method and its influences on physical and cognitive performance. European Journal of Applied Physiology 64, 460-466.

Healey, P., McDougall, G. ja Thomas, M.J. 1982. Theoretical debates in planning: towards a coherent dialogue. Teoksessa Healey, P., McDougall, G. ja Thomas, M. (toim.) Planning theory, prospects for the 1980s. Pergamon press. Great Britain. A. Wheaton & co. ltd. Exeter. 18.

Heikkinen, E. 1990a. Toimintakyvyn tutkimisen lähtökohdat ja tutkimusasetelma IKIVIHREÄT- projektissa. Teoksessa Heikkinen, E., Heikkinen, R-L., Kauppinen, M., Laukkanen, P., Ruoppila, I. ja Suutama, T. (toim.) Iäkkäiden henkilöiden toimintakyky. IKIVIHREÄT-projekti osa 1. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Helsinki.

Heikkinen, E. 1997. Theoretical Background and Implementation of the study. Teoksessa Heikkinen, E., Berg, S., Schroll, M., Steen, B. ja Viidik, A. (toim.) Functional Status, Health and Aging. The NORA study. Serdi publisher. Paris. France.

Heikkinen, R-L. 1990b. Sosiaalinen toimintakyky. Teoksessa Heikkinen, E., Heikkinen, R-L., Kauppinen, M., Laukkanen, P., Ruoppila, I. ja Suutama, T. (toim.) Iäkkäiden henkilöiden toimintakyky. IKIVIHREÄT-projekti osa 1. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Helsinki. 45-50.

Heikkinen, R-L. 1992. Psykkis-sosiaalisen hyvinvoinnin sekä sosiaalisen yhteisyyden ja suoriutumisen arviointi. Teoksessa Heikkinen, R-L. ja Suutama, T. (toim.) Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn ja terveyden arviointi. IKIVIHREÄT- projekti osa 2. STM kehittämissosaston julkaisuja 1991:10 Valtion painatuskeskus.

Heikkinen, R-L., Berg, S. ja Avlund, K. 1997. Depressive Symptomatology Among the Elderly in Three Nordic Localities as Measured by Ces-D scale. Teoksessa Heikkinen, E., Berg, s., Schroll, M., Steen, B. ja Viidik, A. (toim.) Functional Status, Health and Aging: The NORA study. Serdi publisher. Paris. France. 107-118.

Hoikka, T. 1990. Teun A. van Dijkn diskurssianalyysi. Teoksessa Mäkelä, K.(toim.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja hankinta. Gaudeamus. Helsinki. 142-160.

King, N. 1994. The Qualitative Research Interview. Teoksessa Cassell, C. ja Symen, G. (toim.) Qualitative Methods in Organizational Research. Sage publ. USA. 30-32.

Kontio, M-L., Ruoppila, I., Heikkinen, E., Karppinen, P., Mäkinen, T. ja Numminen, L. 1990. Keski-Suomen läänin vanhustenhuollon kehittämisen suuntaviivat ja vaihtoehdot vuoteen 2000. Osa 1. Keski-Suomen lääninhallitus, sosiaali- ja terveysosasto. Jyväskylä.

Kontio, M-L., Ruoppila, I., Heikkinen, E., Karppi, P., Mäkinen, T. ja Numminen, L. 1991. Keski-Suomen läänin vanhustenhuollon kehittämisen suuntaviivoja vuoteen 2000. osa 2. Keski-Suomen lääninhallitus. Sosiaali- ja terveysosasto.

Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet ja toimintaperiaatteet. 1994. Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1995-1998. Painatuskeskus. Helsinki.

Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet 1996. Valtakunnallinen suunnitela sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1997-2000. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Helsinki.

Kunnan vanhustenhuolto sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyönä. 1988. Sosiaalivaltuutuksen opas 2. Lääkintöhallituksen opassarja no 3. Valtion painatuskeskus. Helsinki.

Kuntatiedot. Keski- ja Pohjois-Suomi. 1993. Väestölaskentatietoja kunnittain. Väestölaskenta 1990. Osa 7 c. Helsinki.

Kuntien uudistuva suunnittelu. 1995. Houni, M. (toim.) Suomen Kuntaliitto. Helsinki.

Laaksovirta, T. H. 1988. Tutkimuksen lukeminen ja tekeminen. Kirjastopalvelu Oy. Helsinki.

Laukkanen, P., Sakari-Rantala, R., Kauppinen, M. ja Heikkinen, E. 1998. Morbidity and Disability in 75- and 80-year-old men and women. A five-year follow-up. Scandinavian Journal of Social Medicine. Functional Capacity and Health of Elderly People- the Evergreen Project. Supplementum 53. 79-97.

Liang, J. ja Whitelaw, N. A. 1990. Assessing the physical and mental health of the elderly. Teoksessa Stahl, S. M. (Toim.) The legacy of longevity. Sage. USA. 35-52.

Mintzberg, H. 1994. The rise and fall of strategic planning. Prentiss Hall. United Kingdom.

Mäkelä, K. 1990. Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa Mäkelä, K. (toim.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Gaudeamus. Helsinki.

Pahkala, K. ja Kivelä, S-L. 1991. Iäkkäiden terveys, toimintakyky ja depressio. Gerontologia 5 (2). 93.

Pihlaja, R. 1990. Vanhustenhuollon palvelujen alueellistaminen kunnassa-työkirja. Suomen kaupunkiliitto, sairaalaliitto ja Suomen kunnallisliitto. Gummerus. Jyväskylä.

Pohjolainen, P. ja Huuhka, M. 1997. Liikunnallisen kuntoutuksen vaikutus fyysiseen toimintakykyyn ja mielialaan. Gerontologia 11 (3). 202-211.

Raassina, A. 1994. Vanhuspolitiikka lähtökohdat tulevaisuudelle. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1994:6 2. p. Helsinki.

Rantanen, T, ja Heikkinen, E. 1998. The Role of Habitual Physical Activity in Preserving Muscle Strength From Age 80 to 85 Years. Journal of Aging and Physical Activity. Human Kinetics Publisher, Inc. 121-132.

Rokka, S. 1990. Vanhustenhuollon suunnittelun prosessimalli. Suomen kaupunkiliitto, sairaalaliitto ja Suomen kunnallisliitto. Gummerus. Jyväskylä.

Ruoppila, I. ja Heikkinen, E. 1992. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn ja terveydentilan arviointi perusterveydenhuollossa. Teoksessa Heikkinen, R-L. ja Suutama, T. (toim.) Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn ja terveyden arviointi. IKIVIHREÄT-projekti osa 2. STM kehittämisosaston julkaisuja 1991:10. Valtion painatuskeskus. 10-11.

Sakari-Rantala, R., Era, P., Heikkinen, E., Heikkinen, R-L., Laukkanen, P., Ruoppila, I., Suominen, H. ja Suutama, T. 1995. Iäkkäiden toimintakyky- ja terveystutkimus. Kahden keskisuomalaisen 75-vuotiaan väestöryhmän vertailu. Kansaneläkelaitos. Sosiaali- ja terveyden tutkimuksia 2. Kelan tutkimuskeskuksen kirjapaino. Turku. 11-13, 79-82.

Salminen, K., Suutama, T. ja Ruoppila, I. 1990. Psykkinen toimintakyky. Julkaisussa Iäkkäiden elinolosuhteet sekä psykkinen ja sosiaalinen toimintakykyisyys. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M:69. Kelan omatarvepaino. Helsinki.

Savolainen, J. 1991. Fyysinen toimintakyky ja ystävyys-suhteista eristyminen yli 65-vuotiailla. Gerontologia 5 (1). 13-27.

Suutama, T., Ruoppila, I. ja Kuikka, P. 1992. Kognitiivisten toimintojen arviointi. Teoksessa Heikkinen, R-L. ja Suutama, T. (toim.) Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn ja terveyden arviointi. IKIVIHREÄT-projekti osa 2. STM kehittämisosaston julkaisuja 1991:10. Valtion painatuskeskus. 83-85, 92.

Suutama, T., Salminen, K. ja Ruoppila, I. 1988. Fyysinen ja sosiaalinen toimintakyky. Teoksessa Iäkkäiden elinolosuhteet sekä psyykinen ja sosiaalinen toimintakykyisyys osa 2. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M:63. 63-73, 99.

Tuomola, S. 1980. Terveysthuollon suunnittelu. WSOY:N graafiset laitokset. Juva.

Tuori, K. 1985. Budjetti, laki ja suunnitelma. Valtionvarainministeriön järjestelyosasto. Valtion painatuskeskus. Helsinki.

Vaarama, M. ja Hurskainen, R. 1993. Vanhuspolitiikan tulevaisuuskuvat ja kehittämisstrategiat. Stakes. Raportteja 95. Gummeruksen Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Valvanne, J., Juva, K., Erkinjuntti, T. ja Tilvis, R. 1991. Kotona asuvien 75-,80- ja 85-vuotiaiden helsinkiläisten toimintakyky ja avuntarve. Gerontologia 5 (2). 105-113.

Vanhuspolitiikkaa vuoteen 2001. Komiteamietintö 1996:1. Suomen vanhuspoliittisen tavoite- ja strategiatoimikunnan mietintö. Oy Edita Ab. Helsinki.

Vanhuspoliittinen ohjelma vuosille 1993-2030. Keuruun kaupunki.

Vanhuusbarometri. 1994. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1994:6. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Vanhustenhuollon suunnitelma. 1997. Jämsän Seudun terveydenhuollon kuntayhtymä, Jämsän kaupunki ja Jämsänkosken kaupunki.

Verbrugge, L.M. 1990. The Iceberg of Disability. Teoksessa Stahl, S.M. (toim.) The Legacy of Longevity. Sage publ. 55-73.

Väestörakenne 1996. Väestö 1997:7. Suomen väestö iän, sukupuolen ja siviilisäädyn mukaan. Oy Edita Ab. Helsinki.

Äänekosken sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen kehittäminen vanhustenhuollossa vuoteen 2000. Äänekosken kaupunki, Äänekosken KTT Ky.