

**IKÄÄNTYNEEN TERVEYDEN JA  
HYVINVOINNIN EDISTÄMINEN KUNTIEN  
IKÄÄNTYMISPOLIITTISTEN  
STRATEGIOIDEN KUVAAMANA  
Asiakirja-analyysi**

Minna Laurio  
Gerontologia ja kansanterveystiede  
Pro gradu-tutkielma  
Jyväskylän yliopisto  
Terveystieteiden laitos  
syksy 2013

## TIIVISTELMÄ

Ikääntyneen terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen kuntien ikääntymispoliittisten strategioiden kuvaamana – Asiakirja-analyysi

Minna Laurio

Gerontologian ja kansanterveyden pro gradu-tutkielma

Jyväskylän yliopisto, Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta

Terveystieteiden laitos 2013

59 sivua, 5 liitettä

---

Kunnilla on vastuu ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä ja ikääntyneiden palveluiden tuottamisessa. Palvelujen toteuttaminen on sidoksissa taloudellisiin resursseihin ja poliittiseen tahtoon. Suomessa on laadittu kunnallisia ja seudullisia ikääntymispoliittisia strategioita ja kehittämisohjelmia ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi sekä palvelujen turvaamiseksi.

Tämän tutkielman tarkoituksena on kuvata ikääntyneiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen sisältöä, tavoitteita, tavoitteiden seuranta ja arviointia kuntien ikääntymispoliittisten strategioiden näkökulmista. Tutkimuksen kohderyhmänä ovat suomalaiset kunnat ja niiden ikääntymispoliittiset strategiat (n=20). Kunnat valittiin ositetun otannan perusteella mukaan arvottujen kuntien Internet-sivuilta. Aineisto analysoitiin deduktiivisella sisällönanalyysillä. Aineisto myös kvantifioitiin analyysirungon mukaisesti. Tutkimuksen tavoitteena on auttaa ja tukea kuntia kehittämään ikääntymispoliittisten strategioiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen sisältöä, tavoitteiden laadintaa, tavoitteiden seuranta ja arviointia.

Tutkimuksen tulosten mukaan strategioista 85 %:ssa oli kuvattu ikääntyneiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen nykytila. Kaikista strategioista löytyi sanallisia tavoitteita terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Eniten terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen nykytilaa ja tavoitteita kuvasivat ilmaisut, jotka koskivat varhaista puuttumista toimintakyvyn heikkenemiseen, sairauksien hoitoon ja toimintakyvyn ylläpitämiseen. Vähiten nykytilan ilmaisuja löytyi turvalliseen, terveelliseen ja virikkeelliseen asuin- ja elinympäristöön. Terveyden ja hyvinvoinnin tavoitteista löytyi puolestaan vähiten ilmaisuja, jotka koskivat ikääntyneen osallistavia toimintoja. Ikääntymispoliittisista strategioista 85 %:ssa oli selkeästi kuvattu strategian seuranta/arviointi.

Ikääntyneiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämällä korostetaan toiminnan laaja-alaisuutta ja sitä, että se koskettaa kaikkia kunnan hallinnonaloja. Kunnassa tulee tehdä tiivistä yhteistyötä eri hallinnonaloilla, niin että jokainen kunnan sektori pystyy sitoutumaan asetettuihin tavoitteisiin. Ikääntymispoliittisten strategioiden tavoitteita on seurattava säännöllisesti ja tehtävä arviointia ikääntyneen terveyden ja hyvinvoinnin tilasta.

Asiasanat: ikääntynyt, kunta, terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, ikääntymispoliittinen strategia

## ABSTRACT

Promoting health and welfare in old age in Finnish municipalities – Analysis of the municipalities old-age strategies

Minna Laurio

Master thesis in gerontology and public health

University of Jyväskylä, Faculty of sport and health sciences

Department of health sciences 2013

59 pages, 5 supplements

---

The aim of this study was to analyze how Finnish municipalities take into account the health and welfare promotion and how they set health and welfare promotion targets in their old age -strategies. The target group in this study was Finnish municipalities and their old age-strategies (n=20). The data was collected using stratified sampling from the randomly selected municipalities' Internet sites. The data was analyzed with deductive content analysis. The data was also quantified. The purpose of this study is to develop health and welfare promotion planning and evaluation in Finnish municipalities.

Municipalities are responsible for promotion health and welfare and also providing services for older people. Services are related to the economic resources and political will. Finland has elaborated a local and sub-regional old age- strategies and development programs for the elderly well-being and health promotion, as well as security of services.

According to the results 85 % of the strategies described the current state of health and welfare promotion of elderly people. All the strategies were found verbal targets of health and welfare promotion. Most of the health and welfare promotion targets were described by the words that are related to early intervention in declining health, treatment of diseases and maintaining functional capacity. Least the current state of the terms were found in a safe, healthy and stimulating housing and living environment. Least of the health and welfare promotion targets were described by the words that are related to elderly participatory activities. Old age- strategies 85 % were clearly described in the strategy monitoring / evaluation.

Elderly health and welfare promotion highlights the broad-based nature and the fact that it touches all the local government areas of the municipality. The municipality has to work closely with the various branches of government, so that every sector of the municipality is able to bind to the intended objective. Old age strategies' targets need to be monitored on a regular basis and make the assessment of the health and well-being of the aged state.

Key words: older people, municipality, health and welfare promotion, old age –strategy

## SISÄLLYS

<b>1 JOHDANTO .....</b>	<b>1</b>
<b>2 IKÄÄNTYMISPOLITIikka .....</b>	<b>4</b>
2.1 Ikääntyvä Suomi ja yhteiskunta .....	4
2.2 Ikääntymisen vaikutukset talouteen, palveluihin ja työmarkkinoihin .....	4
2.3 Ikääntymisen vaikutukset terveyteen, toimintakykyyn ja aktiivisuuteen .....	6
<b>3 LAIT, KANSALLISET OHJELMAT JA SUOSITUKSET IKÄIHMISTEN TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN EDISTÄMISEEN SEKÄ HOITOOIN JA PALVELUUN .....</b>	<b>8</b>
3.1 Ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen liittyvää lainsäädäntöä .....	8
3.2 Kansalliset ohjelmat ikääntyneiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen .....	9
3.3 Laatu- ja muut suositukset ikääntyneiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen .....	11
<b>4 KUNTIEN TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN EDISTÄMINEN JA STRATEGIAT .....</b>	<b>15</b>
4.1 Hyvinvointistrategiatyö .....	15
4.2 Yhteistyön kehittäminen ja vastuun jakaminen terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä .....	16
4.3 Yksilön oma vastuu terveydestä ja hyvinvoinnista tuen turvin .....	17
<b>5 KUNNAN IKÄÄNTYMISPOLIITTINEN STRATEGIA .....</b>	<b>19</b>
5.1 Ikääntymispoliittisen strategian rakenne, toimeenpano ja seuranta .....	19
5.2 Vanhuspoliittinen strategiatyö kunnissa .....	22
<b>6 TUTKIMUSPROSESSI .....</b>	<b>25</b>
6.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset .....	25
6.2 Tutkimusaineisto .....	25
6.3 Tutkimuksen analyysimenetelmä .....	28
<b>7 TUTKIMUSTULOKSET .....</b>	<b>32</b>
7.1 Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen nykytila .....	32
7.1.1 Varhainen puuttuminen toimintakyvyn heikkenemiseen, sairauksien hoito ja toimintakyvyn ylläpitäminen .....	33
7.1.2 Itsenäisen suoriutumisen ja kotona asumisen tukeminen .....	35
7.1.3 Turvallinen, terveellinen ja virikkeellinen asuin- ja elinympäristö .....	37
7.1.4 Osallistavat toiminnot .....	38
7.1.5 Terveyttä ja hyvinvointia edistävien palvelujen kehittäminen ja yhteistyö eri toimijoiden kesken .....	39
7.2 Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tavoitteet .....	41
7.3 Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen toimenpide-ehdotukset/keinot ja vastuutahot .....	42
7.4 Ikääntymispoliittisten strategioiden seuranta ja arviointi .....	42
<b>8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET .....</b>	<b>44</b>
8.1 Tulosten tarkastelua .....	44
8.2 Tutkimuksen luotettavuus .....	51
8.3 Johtopäätökset .....	53

**LIITTEET**

Liite 1: Esimerkki tutkimusaineiston luokittelu pääluokka 1. Varhainen puuttuminen toimintakyvyn heikkenemiseen, sairauksien hoito ja toimintakyvyn ylläpitäminen

Liite 2: Esimerkki tutkimusaineiston luokittelu pääluokka 2. Itsenäisen suoriutumisen ja kotona asumisen tukeminen

Liite 3: Esimerkki tutkimusaineiston luokittelu pääluokka 3. Turvallinen, terveellinen ja virikkeellinen asuin- ja elinympäristö

Liite 4: Esimerkki tutkimusaineiston luokittelu pääluokka 4. Osallistavat toiminnot

Liite 5: Esimerkki tutkimusaineiston luokittelu pääluokka 5. Terveystta ja hyvinvointia edistävien palvelujen kehittäminen ja yhteistyö eri toimijoiden kesken

## 1. JOHDANTO

Ikääntyneestä ja ikääntymisestä ei ole olemassa yksiselitteistä määritelmää tai konsensusta, sillä ikääntyneiden joukkoon mahtuu hyvin erilaisia ja eri tavalla ikääntyviä ihmisiä. Ikääntymistä määriteltäessä kaikilla on yhteinen näkemys kuitenkin siitä, että fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn lasku eivät ole väistämättömiä ikääntymiseen kuuluvia muutoksia. Ihmisen elämässä ikääntymiseen liittyy vapautuminen tiukoista arkipäivän rooleista ja velvollisuuksista, itsenäisyys ja vapaus toteuttaa itseään, sekä viettää tyytyväistä ja onnellista elämää. Toisaalta joillakin ikääntyneillä voi olla lisääntyntä riippuvuutta toisista ihmisistä ja terveydellisiä ongelmia, jotka vaikeuttavat arkipäivän askareista selviytymistä ja elämästä nauttimista (Bowling, 2005).

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveystaloudesta-ohjausryhmän muistiossa (2012) ikääntyneellä väestöllä tarkoitetaan vanhuuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä olevaa väestöä ja iäkkäällä henkilöllä sellaista iäkstä, jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykinen tai sosiaalinen toimintakyky on merkittävästi heikentynyt ikääntymisen myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien vuoksi tai ikääntymiseen liittyvän rappeutumisen johdosta. Tässä tutkielmassa ikääntyneellä tarkoitetaan kaikkia henkilöitä, jotka ovat täyttäneet 65 vuotta.

Suomen ja koko maailman väestön ikääntyminen tuo haasteita kansantaloudelle, terveyden- ja sosiaalihuollolle, julkiselle vallalle ja työelämälle. Erityisesti Suomessa ikääntyneen väestön osuus tulee kasvamaan merkittävästi tulevana vuosina ja muiden ikäluokkien osuus tulee puolestaan pienenemään. Väestön ikääntyminen vaikuttaa julkiseen talouteen eläkkeiden ja sosiaali- sekä terveystalousten menojen kasvuna. Suomessa pidetään lähtökohtana riittävien terveyden- ja sosiaalihuollon palvelujen turvaamista kaikille ikäryhmille taloudellisista haasteista huolimatta. Ihmiset elävät tänä päivänä ja tulevaisuudessa pidempään ja tulevaisuuden sosiaali- ja terveydenhuollon paineita helpottamaan odotetaan, että ikääntyneet voisivat elää terveenä ja toimintakykyisinä (Ikääntymisraportti 2009).

Kuntatalouden heikkeneminen ja samaan aikaan ikääntyneiden palvelutarpeen kasvu tuovat haasteita kunnalliselle päätöksenteolle. Palvelutuotannossa painopiste siirtyy raskaista ja

kalliista palveluista ennaltaehkäisevään toimintaan. Lainsäädäntö velvoittaa kuntia seuraamaan ikääntyneen väestön terveyden ja hyvinvoinnin tilaa sekä asettamaan strategisessa suunnittelussaan paikallisiin olosuhteisiin ja tarpeisiin perustuvat terveyden ja hyvinvoinnin tavoitteet. Kunnilla tulee olla ikääntymispolitiikka, jossa varaudutaan väestörakenteen muutoksiin sekä ikäihmisten hyvinvoinnin ja palvelujen turvaamiseen. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus velvoittaa, että kunnalla on valtuuston hyväksymä ikääntymispoliittinen strategia, jonka toimeenpano on kytketty kunnan talousarvioon ja -suunnitelmaan. Strategian toteutumista seurataan ja arvioidaan säännöllisesti (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008).

Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä kunnissa on hyvin monia käytäntöjä ja kuntien päätöksenteossa kuntalaisten terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen nähdään kaikkien hallintokuntien tehtäväksi. Ajattelutapa ”terveys kaikissa poliitikoissa” (Health in All Policies, HiAP) toimii edelleen terveyden edistämisen vahvana periaatteena. Poliittisessa päätöksenteossa on ymmärrettävä eri terveystavoitteiden vaihtoehtojen terveystavoitteet ja -vaikutukset. Tämä puolestaan edellyttää terveyteen vaikuttavien ongelmien tunnistamista ja tietoa kuntalaisten terveydentilasta (Ollila ym. 2006).

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalouksista (980/28.12.2012) eli vanhuspalvelulaki tuli voimaan 1.7.2013 ja se velvoittaa kuntia laatimaan suunnitelman ikääntyneen väestön tukemiseksi. Suunnitelmassa tulee olla kuvattuna toimenpiteet ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi sekä iäkkäiden henkilöiden tarvitsemien palvelujen ja omaishoidon järjestämiseksi ja kehittämiseksi. Suunnittelussa on painotettava kotona asumista ja kuntoutumista edistäviä toimenpiteitä. Suunnitelma on laadittava osana kunnan strategista suunnittelua. Suunnitelman hyväksyy kunnanvaltuusto ja se on tarkistettava valtuustokausittain.

Kuntien terveyden ja hyvinvoinnin strategista suunnittelua on tutkittu viime vuosina erityisesti kuntien palvelurakenteen uudistustyön vaiheessa. Tutkimukset ovat painottuneet pääasiassa kuntastrategioiden, toiminta- ja taloussuunnitelmien sekä toimintakertomuksien tutkimukseen (mm. Kurkinen 2003, Raasakka 2003, Poikajärvi & Perttilä 2006).

Ikääntyneiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen nykytilaa ja tavoitteita kuntien ikääntymispoliittisten strategioiden sisältöä analysoimalla ei ole aikaisemmin tehty. Tutkielman tarkoituksena on tuoda laadullisen tutkimuksen menetelmin tietoa miten ikääntyneiden terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen näyttäytyy kuntien ikääntymispoliittisissa strategioissa. Tavoitteena on auttaa ja tukea kuntia kehittämään ikääntymispoliittisten strategioiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen sisältöä, tavoitteiden laadintaa, tavoitteiden seuranta ja arviointia. Poikajärvi ja Perttilä (2006) toteavat omassa kuntien terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä käsittelevässä tutkimuksessaan, että kunnissa tarvitaan tukea hyvinvointistrategioiden valmisteluun, hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen koulutukseen sekä väestön hyvinvoinnin, terveydentilan ja elintapojen analysoimiseen.



## 2. IKÄÄNTYMISPOLITIikka

### 2.1 Ikääntyvä Suomi ja yhteiskunta

Sosiaali- ja terveysministeriön Ikäihmisten palvelujen laatusuositus (2008) määrittelee ikääntymispolitiikan seuraavasti:

*”Ikääntymispolitiikka on erilaisia yhteiskunta- ja hyvinvointipoliittisia tavoitteita, strategioita, toimintajärjestelmiä ja toimenpiteitä sekä lainsäädäntöä, joilla sekä ylläpidetään että parannetaan ikääntyneiden itsenäisen elämänhallinnan edellytyksiä. Ikääntymispolitiikka on osa koko elämänsäajan sisältävää ikäpolitiikkaa, joka ohjaa kehittämään yhteiskuntapolitiikan eri alueita väestön ikärakenteen kehityksen mukaisesti eli keskimäärin entistä iäkkäämmän väestön tarpeisiin”.*

Väestön ikääntyminen on maailmanlaajuinen ilmiö, koska eliniän odote kasvaa ja syntyvyys alenee. Ikääntyneiden osuus Suomen väestöstä on kasvussa mittaustavasta riippumatta. Lähimpien 20 vuoden aikana ikääntyminen on Suomessa Euroopan nopeinta. Uusimpien ennusteiden mukaan Suomen väestömäärä jatkaa kasvuaan ainakin 2040-luvulle saakka. Syynä tähän ovat lähinnä maahanmuutto ja elinajan odotteen nousu aiempiin arvioihin verrattuna. Väestön ikärakennetta kuvaavat huoltosuhteet nousevat tuoreimpien väestöennusteiden mukaan jopa nopeammin kuin aiemmin arvioitiin. Yleisesti käytetty ”vanhushuoltosuhte” (65 vuotta täyttäneiden suhde 15 - 64-vuotiaaseen väestöön) nousee vuoden 2007 arvion mukaan 26 %:sta 46 %:iin vuonna 2030 (Ikääntymisraportti 2009).

### 2.2 Ikääntymisen vaikutukset talouteen, palveluihin ja työmarkkinoihin

Ikääntyminen vaikuttaa kansantalouteen työvoiman ikääntymisen ja eläköitymisen kautta. Keskeisimmät kansantaloudelliset vaikutukset liittyvät työikäisen väestöosuuden laskuun, josta seuraa asukasta kohden lasketun työpanoksen pienenemistä. Tämä taas merkitsee annetulla työn tuottavuuden kasvuvauhdilla asukasta kohden lasketun kokonaistuotannon kasvuvauhdin hidastumista. Yhteiskunnassa on kuitenkin sama määrä kuluttajia jatkossakin (Börsch-Supan 2010). Viimeisten kymmenien vuosien ajan Suomessa yhteiskuntapolitiikka on kehittynyt huomioimaan ikääntymisen vaikutukset julkiselle taloudelle, mutta varautuminen

ei edelleenkään ole ollut riittävää. Työikäisen väestön siirtyminen kasvukeskuksiin vähentää entisestään kuntien kykyä rahoittaa ikääntyneiden tarvitsemat palvelut verorahoituksella ja yhä useammassa vähenevän väestön kunnassa ollaan yhä riippuvaisempia valtionavusta (Ikääntymisraportti 2009).

Väestön ikääntymisellä on vaikutuksia terveydenhuollon menojen kasvuun. Erityisesti kasvua on odotettavissa hyvin iäkkäiden henkilöiden pitkäaikaisessa sairaanhoidossa. Toisaalta terveydenhuollon menoja pyritään hillitsemään uusilla lääketieteen innovaatioilla ja teknologisilla ratkaisuilla, jotka samalla parantavat ikääntyneiden elämänlaatua (Breyer ym. 2010). Ikääntyneiden pitkäaikaisen laitoshoidon tarve on kasvanut monissa maissa merkittävästi ja samalla myös vaatimukset hoidon tasolle ovat nousseet. Ongelmia ovat tuottaneet hoidon tasa-arvoinen saatavuus ja kattavuus, jotka väistämättä tulevat nostamaan terveydenhuollon kustannuksia entisestään (Fernandez & Forder 2010).

Suomessa hyvinvointipalvelujen, erityisesti ikääntyneiden hoito- ja hoivapalvelujen varmistaminen kaikille ei ole tulevaisuudessa itsestään selvää. Nykyisinkin jo palvelujen saatavuudessa ja laadussa on merkittäviä kuntakohtaisia eroja, eikä palvelujen taso ole kauttaaltaan tyydyttävä. Tulevaisuudessa erot palvelujen laadussa voivat jopa kasvaa. Maaseudulla haasteena on turvata monipuoliset lähipalvelut. Kasvavilla kaupunkiseuduilla puolestaan haasteena rahoituksen lisäksi on lisätä palveluja ikääntyvien määrän kasvua vastaavaksi. Suomessa on tähän saakka arvostettu laajoja julkisia hyvinvointipalveluja – hyvinvointivastuuta. Tulevaisuudessa on kuitenkin mahdollista syntyä konflikteja eri sukupolvien välille hyvinvointivastuu-mallin suhteen. Näin voi tapahtua, jos julkisen talouden kestävyysongelmat pääsevät kärjistymään niin, että hyvinvointipalveluista kiinni pitäminen edellyttää jyrkkää verotuksen kiristämistä (Ikääntymisraportti 2009).

Ikääntymisraportissa (2009) todetaan, että mikäli Suomen ikäryhmittäiset osallistumisasteet pysyisivät nykyisellä tasolla, laskisi työvoiman osuus koko väestöstä nykyisestä 49 prosentista 42 prosenttiin vuoteen 2050 mennessä. Vaikka ikääntyneiden terveys ja toimintakyky ovat parantuneet, ei ole itsestään selvää, että tämä näkyisi työvoimapulan vähenemisenä. Tarvitaankin riittäviä kannustimia ja työnantajien halukkuutta palkata ikääntyneitä työelämään. Börsch-Supan (2010) toteaa, että väestön ikääntymisen myötä

työvoiman ”laadun” säilyttäminen on ensiarvoisen tärkeää. Työntekijöiden terveys on kriittinen menestystekijä työntuottavuudessa ja työkykyyn tulee panostaa läpi työelämän. Työssä tulee korostaa elinikäistä oppimista ja jatkuvaa kouluttautumista.

Ilmarinen (2005) puolestaan toteaa että työmarkkinoiden ja työelämän näkökulmasta ikääntyneiden työntekijöiden toimintakyvyn tulisi vastata työn vaatimuksia. Ikääntyneen työntekijän toimintakyky voi heikentyä ja mikäli työelämän vaatimukset eivät huomioi näitä muutoksia, seurauksena on työkuormituksen kasvaminen kohtuuttomaksi. Ikääntyneiden työntekijöiden toimintakykyä ei vahvisteta sen vuoksi, jotta työkuormaa voitaisiin lisätä, vaan jotta ehkäistäisiin työntekijän ylikuormittuminen ja mahdollistettaisiin työstä elpyminen. Työkuorman sääteleminen mahdollistaa osaltaan pidemmän työuran.

### 2.3 Ikääntymisen vaikutukset terveyteen, toimintakykyyn ja aktiivisuuteen

Ikääntymiseen liittyy monia fysiologisia, biokemiallisia ja solutason muutoksia, jotka vaikuttavat elimistön toimintakykyyn ja sairauksien vastustuskykyyn. Fyysisiä vanhenemismuutoksia tapahtuu kaikkialla elimistössä – aistitoiminnoissa, verenkierto- ja hengityselimistössä, lihaksistossa ja motorisissa toiminnoissa. Aistitoimintojen muutoksista tyypillisimpiä ovat silmän akkommodaatio- eli silmän mukautumiskyky lähietäisyyksille ja korkeiden äänien kuulemiskyky, jotka heikentyvät ikääntymisen myötä. Hengitys- ja verenkiertoelimistön muutoksista tavallisempia ovat maksimaalisen hapenkulutuksen aleneminen ja systolisen verenpaineen kohoaminen valtimoiden seinämien rakenteellisten muutosten takia. Keuhkoissa tapahtuu keuhkofunktioiden heikentymistä, jolloin hengitystyöhön käytetyn hapen osuus kokonaishapenotosta kasvaa. Lihaksiston suorituskyvyssä voi tapahtua heikkenemistä ja lihaksiston suorituskyvyn palautuminen rasituksen jälkeen hidastuu. Ikääntymisen myötä myös staattinen ja dynaaminen tasapaino voivat heikentyä, samoin kuin havaintomotoriikkakin. Elimistön ikääntymismuutokset tapahtuvat yksilöllisesti ja suorituskyvyssä voi olla merkittäviä eroja verrattaessa samanikäisiä ikääntyneitä keskenään (Heikkinen 2001).

Ikääntymisen vaikutusta kognitiivisten toimintojen muutoksiin tapahtuu pääasiassa vasta 65 ikävuoden ohittamisen jälkeen. Ikääntymistä merkittävimpinä tekijöinä ovat yleinen

aktiivisuus oppimiskokemuksineen ja koulutustausta. Ikääntyvien yksilöiden väliset erot ovat merkittäviä ja ikääntyminen onkin hyvin yksilöllinen tapahtuma, jossa osa ihmisistä ikääntyy hyvin vähäisin kognitiivisin muutoksin (Sallinen & Akila 2001). Kognitiiviset toiminnot heikkenevät ikääntyessä, mutta heikentyminen on eritasoista kognition eri osa-alueilla. Joustavat toiminnot, eli uuden oppiminen tai prosessoinnin nopeutta vaativat tehtävät heikkenevät. Sen sijaan kiteytyneet toiminnot eli aiemmin opittuihin tietoihin, ymmärrykseen ja deduktiiviseen päättelyyn liittyvät toiminnot säilyvät (Soininen & Hänninen 2008).

Ikääntymisen myötä muistissa tapahtuu muutoksia, jotka liittyvät keskeisesti käyttömuistin toimintaan ja mieleenpalauttamisen sujuvuuteen. Käyttömuistin häiriöherkkyys tulee ilmi esimerkiksi ajatuskulun katoamisena tilanteissa, joissa on runsaasti keskittymistä häiritseviä tekijöitä. Ikääntyminen ei sinänsä kadota opittuja tietoja muistista, mutta sen sijaan opittujen tietojen mieleenpalautus voi vaikeutua. Tämä tulee erityisesti esille irrallista tietoinesta eli ns. sirpaletietoa mieleenpalauttaessa (Sallinen & Akila 2001).

Ikääntyneen toimintakyky on laaja hyvinvointiin liittyvä käsite, johon liittyy fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen osa-alue. Toimintakykyä voidaan mitata esimerkiksi arvioimalla päivittäisistä perustoiminnoista selviytymistä. Väestötasolla mitattuna iän mukana lisääntyy vaikeus päivittäisistä toiminnoista selviytymisessä – on kuitenkin huomattava, että yksilölliset erot voivat olla merkittäviä. Hyvällä sosioekonomisella asemalla on myönteisiä vaikutuksia toimintakyvyn säilymiseen. Toimintakykyä voivat alentaa fyysinen inaktiivisuus, tupakointi, runsas alkoholinkäyttö ja ylipaino. Hyvä fyysinen kunto on ikääntyneillä yhteydessä parempaan terveydentilaan ja toimintakykyyn (Laukkanen 2008).

### **3. LAIT, KANSALLISET OHJELMAT JA SUOSITUKSET IKÄIHMISTEN TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN EDISTÄMISEEN SEKÄ HOITON JA PALVELUUN**

#### 3.1 Ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen liittyvää lainsäädäntöä

Perustuslain (731/1999) mukaan "julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä". Kuntalain (365/1995) perusteella väestön hyvinvoinnin edistäminen on kunnan perustehtävä. Lain perusteluissa todetaan, että kunnan keskeisimpiin tehtäviin kuuluvat asukkaiden hyvinvoinnin edistäminen ja sen edellyttämistä palveluista huolehtiminen käytettävissä olevien voimavarojen mukaan. Kansanterveyslain (66/1972) mukaan kunnan tehtävänä on toteuttaa kansanterveystyötä, jolla tarkoitetaan yksilöön ja hänen elinympäristöönsä kohdistuvaa terveydenhoitoa ja yksilön sairaanhoitoa, sekä niihin liittyvää toimintaa, jonka tarkoituksena on väestön terveydentilan ylläpitäminen ja edistäminen. Näin kansanterveystyöhön sisältyvät sairaanhoito, ehkäisevät palvelut ja myös laajemmin terveyden edistäminen. Vuoden 2006 kansanterveyslain uudistuksessa vastuu kuntalaisten terveyden edistämisestä asetetaan kunnalle kokonaisuudessaan. Terveyskeskuksella on tässä työssä keskeinen rooli, mutta laki velvoittaa kuntien kaikkia toimialoja ottamaan päätöksenteossa huomioon kuntalaisten terveyden.

Terveydenhuoltolaki (1326/2010) velvoittaa kuntia kytkemään hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tiiviisti osaksi päätöksentekoa sekä talouden ja toiminnan suunnittelua. Terveydenhuoltolain mukaan kuntien on seurattava asukkaidensa terveyden ja hyvinvoinnin tilaa, laadittava väestön terveys- ja hyvinvointitiedot kokoava laajempi hyvinvointikertomus kerran valtuustokaudessa, sekä raportoitava valtuustolle vuosittain kuntalaisten terveyden ja hyvinvoinnin tilasta. Lain mukaan kunnan tulee nimetä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen vastuutahot, turvata osaaminen sekä hyvinvointityötä tukevat rakenteet. Laissa velvoitetaan kunnan eri toimijat, sekä muut kunnassa toimivat julkiset yritykset ja yleishyödylliset yhteisöt tekemään yhteistyötä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä.

Hyvinvointia edistävään toimintaan viitataan myös sosiaalihuoltolaissa (710/1982), jossa kuntaa velvoitetaan toimimaan alueellaan sosiaalisten olojen kehittämiseksi ja sosiaalisten

epäkohtien poistamiseksi. Sosiaalihuoltoasetuksen (607/1983) mukaan sosiaaliset näkökulmat tulee ottaa huomioon kunnan eri toiminnoissa, kuten terveydenhuollossa, maankäytössä ja rakentamisessa, asumisen järjestämisessä, työllistämisessä, kulttuuri- ja vapaa-ajan toiminnoissa sekä liikenne- ja muiden palvelujen järjestämisessä. Kunnan sosiaalilautakunnan on perehdyttävä elinolosuhteisiin kunnassa ja seurattava niiden kehitystä. Sosiaalilautakunnan on toimittava yhteistyössä muiden viranomaisten, yhteisöjen ja asukkaiden kanssa. Sosiaalihuoltolaki velvoittaa kuntaa järjestämään ohjausta ja neuvontaa sosiaalihuollon ja muun sosiaaliturvan etuuksista ja niiden hyväksikäytöstä.

### 3.2 Kansalliset ohjelmat ikääntyneiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen

Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015-kansanterveysohjelman (2001) tavoitteena ikääntyneiden kohdalla on, että yli 75-vuotiaiden keskimääräisen toimintakyvyn paraneminen jatkuu samansuuntaisena kuin viimeisten 20 vuoden ajan. Lisäksi ohjelma korostaa seuraavia toimintasuuntia ikääntyneiden osalta:

- 1. Turvataan ikääntyneiden mahdollisuudet toimia aktiivisesti yhteiskunnassa, kehittää omia tietojaan, taitojaan ja itsehoitotaitojaan ja jatkaa mahdollisimman pitkään itsenäistä ja laadullisesti mielekästä elämää riittävän toimeentulon turvin.*
- 2. Iäkkäille väestöryhmille kehitetään asumis-, lähipalvelu- ja liikenneympäristöjä, jotka turvaavat toimintakyvyn alentuessakin itsenäisen elämän edellytykset. Näihin tavoitteisiin pyritään kunnissa mm. kuntasuunnitelmaan liittyvässä vanhuspoliittisessa strategiassa, osana hyvinvointipoliittisia ohjelmia, liikennesuunnittelussa sekä lähiöalueiden kehittämisessä ja täydennysrakentamisessa.*
- 3. Yhdessä kuntien kanssa toteutetaan vanhustenhuollon palvelujen kehittämisohjelmaa, jossa kehitetään iäkkäiden henkilöiden arkielämässä ja pitkäaikaishoidossa tarvittavia omaishoitoon, vapaaehtoistoimintaan, yrittäjätoimintaan ja julkisen vallan toimintaan perustuvia hoiva- ja huolenpitopalveluja uutta teknologiaa hyödyntäen.*

Valtioneuvosto vahvistaa joka neljäs vuosi Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (Kaste). Ohjelmassa määritellään alan uudistustyön tavoitteet ja toimenpiteet niiden saavuttamiseksi. Lisäksi siinä määritellään tavoitteiden saavuttamista tukevat keskeiset lainsäädäntöhankkeet, ohjelmat, suositukset ja valvonnan painopisteet.

Kaste-ohjelman tavoitteena on, että hyvinvointi- ja terveyserot kaventuvat sekä sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteet ja palvelut ovat järjestetty asiakaslähtöisesti.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (Kaste) 2008 - 2011 (2008) tavoitteena oli, että kuntalaisten osallisuus lisääntyy ja syrjäytyminen vähentyy, hyvinvointi ja terveys lisääntyvät, hyvinvointi- ja terveyserot kaventuvat, palvelujen laatu, vaikuttavuus ja saatavuus paranevat sekä alueelliset erot pienenevät. Kaste-ohjelman mukaan ikääntyneiden hyvinvointi paranee, kun toimintakyky on hyvä, arkiaskareet sujuvat ja ikääntyneellä on voimia sosiaalisten suhteiden ylläpitoon. Kodin ja lähiympäristön esteettömyys, toimivuus ja turvallisuus tukevat ikääntyneen omatoimisuutta ja estävät myös tapaturmien syntyä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (Kaste) 2008 – 2011 arvioinnissa ilmeni, että kuntien tietoisuus Kaste-ohjelmasta ja strateginen vaikuttavuus kunnissa oli vielä vähäistä. Kunnissa ohjelman tavoitteet eivät toteutuneet, koska niiltä puuttui poliittista tahtotilaa ja PARAS-hankkeen keskeneräisyys. Arviointi korostaa, että kuntien tulisi itse olla aktiivisia toimijoita ohjelman tavoitteiden toteutumisessa ja huolehtia, että kuntien päätöksentekijöillä on riittävästi ja ajantasaista tietoa sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämiseen. Kaste-ohjelma 2008-2011 sisälsi monia eri hankkeita. Hankkeiden kokonaisarviointi toi kehittämiskohteiksi asiakaslähtöisyyden, ammattikuntien välisten raja-aitojen rikkomisen ja palvelujen saatavuuden ja käytettävyyden. Hankkeiden vaikuttavuus edellyttää rakenteellisia ja toimintakulttuureihin liittyviä muutoksia, joita yksittäisillä hankkeilla ei välttämättä pystytä saavuttamaan (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman arviointi 2011).

Sosiaali- ja terveydenhuollon uuden kansallisen kehittämisohjelman (Kaste) 2012 - 2015 (2012) päätavoitteena ja toimenpiteenä ikääntyneiden osalta on ikäihmisten palvelujen rakennemuutos. Ohjelmassa pyrkimyksenä on muun muassa parantaa ja yhdenmukaistaa palvelutarpeen arviointikäytäntöjä sekä uudistaa ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Tavoitteena on vähentää pitkäaikaista laitoshoidtoa sekä monipuolistaa ja lisätä kotiin saatavia palveluja ja kuntoutusta. Kaste-ohjelmaan liittyy lisäksi kansallisen muistiohjelman toimeenpano ja hanke ikäihmisten suun terveydenhuollon palvelujen kehittämiseksi.

Ohjelmassa korostetaan myös ikääntyneen ravitsemustilan säännöllistä arviointia ja ikääntyneiden ravitsemus- ja liikuntasuositusten käytön tehostamista (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma 2012).

### 3.3 Laatu- ja muut suositukset ikääntyneiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen

Maailman Terveysjärjestö (WHO) on määritellyt terveyden edistämisen prosessiksi, joka antaa yksilöille ja yhteisöille entistä paremmat mahdollisuudet hallita terveyttään ja siihen vaikuttavia taustatekijöitä. Kunnan toiminnassa terveyden edistäminen on kunnan toimintapolitiikkaa, jossa terveysnäkökohdat ovat huomioitu yhteisvastuullisesti kaikilla kunnan toimialoilla. Jokaisella hallinnonalalla on tehtäviä ja ratkaisuja, jotka vaikuttavat kuntalaisten terveyteen ja vaihtoehtoja tulee tarkastella terveysnäkökohtien kannalta. Terveyden edistämisen näkökulma tulee näkyä kunnan strategiassa, toiminta- ja taloussuunnitelmassa sekä jokaisen hallinnonalan omissa suunnitelmissa. Terveydenhuollolla on merkittävä rooli toimiessaan kunnassa terveyden edistämisen asiantuntijana (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006).

Terveyden edistämisen laatusuositus (2006) sisältää toimintalinjoja terveyden edistämisen toimintapolitiikkaan ja johtamiseen, terveyttä edistävään elinympäristöön, yhteistyöhön, osallistumiseen, osaamiseen sekä terveyden edistämisen seurantaan ja arvioitiin. Jokaiseen näistä toimintalinjoista sisältyy 4–8 suositusta, jotka perustuvat olemassa olevaan näyttöön ja hyvistä käytännöistä saatuihin kokemuksiin. Laatusuositus sisältää esimerkkejä terveyden edistämistyön sisällöstä, muun muassa ravitsemuksesta, liikunnasta, päihteiden käytöstä, tapaturmien ehkäisystä, suun terveydestä, tartuntatautien ehkäisystä ja seksuaaliterveyden edistämisestä sekä eri ikäryhmien terveyden edistämisestä. Jokaisella näistä on osaltaan merkittävä vaikutus kunnan asukkaiden terveyteen.

Ikääntyneitä koskevassa terveyden edistämisen suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa keskeistä on terveyden ja toimintakyvyn näkeminen laajana, tasapainoisena kokonaisuutena, joka muodostuu fyysisestä, kognitiivisesta, psyykkisestä ja sosiaalisesta osa-alueista. Ikääntyneen terveyden edistämisen keskiössä on toimintakyvyn tukeminen, joka



mahdollistaa ikääntyneen kotona asumisen. Varhaisen puuttumisen onnistuminen edellyttää panostamista ennaltaehkäiseviin toimiin, esimerkiksi liikunta-, kulttuuri- ja järjestötoimintaan (Voutilainen & Heinola 2006).

Liikunta on kunnan lakisääteinen tehtävä. Liikuntalaki (1054/1998) velvoittaa kuntia luomaan edellytyksiä kuntalaisten liikunnalle kehittämällä paikallista ja alueellista yhteistyötä sekä terveyttä edistävää liikuntaa, tukemalla kansalaistoimintaa, tarjoamalla liikuntapaikkoja sekä järjestämällä liikuntaa, huomioiden myös erityisryhmät. Liikunta on kunnallinen peruspalvelu, jonka tavoitteena on edistää kuntalaisten hyvinvointia ja terveyttä, fyysistä aktiivisuutta, liikunnanharrastusta sekä vahvistaa liikunnan kansalaistoiminnan elinvoimaisuutta paikallistasolla. Sosiaali- ja terveysministeriön eri yhteistyötahojen kanssa julkaisema Suositukset liikunnan edistämiseksi kunnissa (2010) korostaa, että kunnissa tulee ikääntyneille järjestää säännöllisiä toiminta- ja liikuntakykytarkastuksia sekä liikuntaneuvontaa.

Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015-kansanterveysohjelmasta (2001) korostaa ikääntyneiden toimintakyvyn ylläpitämistä arjen turvaajana ja erityisesti tavoitteena on, että yli 75-vuotiaiden keskimääräisen toimintakyvyn paraneminen jatkuu samansuuntaisena kuin viimeisten 20 vuoden ajan. Hirvensalo ym. (2008) mukaan ikääntyneitä tulisi rohkaista liikkumaan säännöllisesti sairauksista ja toimintarajoitteista huolimatta. Turhien liikuntarajoitusten ja -varoitusten antamista tulee välttää, sillä siitä voi olla seurauksena ikääntyneen passivoituminen ja toimintakyvyn heikkeneminen entisestään. Ikääntyneen liikuntaharrastuksella pyritään fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn parantamiseen. Harjoitusten tulee kohdistua niihin toimintoihin, joita ikääntynyt tarvitsee selviytyäkseen päivittäisistä toimista.

The American College of Sports Medicine (ACSM) antamien liikuntasuosituksien (2011) mukaan yli 65-vuotiaiden tulisi tehdä aerobista liikuntaa keskitasoisella intensiteetillä 30 minuuttia viitenä päivänä viikossa tai raskasta aerobista liikuntaa 20 minuuttia kolmena päivänä viikossa. Lisäksi yli 65-vuotiaille suositellaan 8-10 eri lihasvoimaliikkeen tekemistä 2-3 kertaa viikossa sekä tasapainoharjoituksia. Liikuntaohjelma tulee sovittaa aina ikääntyneen

fyysiseen toimintakykyyn ja terveydentilaan. Mikäli ikääntynyt ei syystä tai toisesta voi liikkua suositusten mukaisesti, on kuitenkin hyötyä, että hän liikkuu vaikka vähemmänkin.

Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettaman työryhmän Aikuisten liikunta käypä hoito-suosituksen (2010) mukaan 65 vuotta täyttäneet tarvitsevat aerobista liikuntaa vähintään viitenä päivänä ja lihasvoimaharjoittelua kahtena päivänä viikossa. Lisäksi tarvitaan liikkuvuutta ja tasapainoa ylläpitävää ja kehittävää liikuntaa. Ikääntyneille henkilöille suositellaan asiantuntijan konsultaatioon perustuvan liikuntasuunnitelman tekemistä.

Ikäihmisten hoitoa ja palvelua koskevan laatusuosituksen mukaan kunnalla tulee olla valtuuston hyväksymä, ajantasainen ja ikääntyneiden sosiaaliset oikeudet turvaava vanhuspoliittinen strategia ja palvelurakenteen kehittämisohjelma (Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus 2001). Laatusuosituksen toteutumisen arviointi osoitti, että strategioissa oli esillä suosituksen keskeisten osa-alueiden sisältöjä sekä toiminnan eettisiä ja toiminnallisia tavoitteita. Palveluille oli asetettu myös määrällisiä tavoitteita, mutta sanallisia ilmaisuja oli vähemmän. Tutkimuksessa ilmeni, että strategian seurannan ja arvioinnin osalta tavoitteet olivat jossain määrin selkiintymättömiä ja kolmasosassa strategioista ei ilmaistu lainkaan miten seuranta ja arviointi toteutetaan (Voutilainen 2007).

Vuonna 2008 uusittu ikäihmisten palvelujen laatusuositus huomioi ikääntymispolitiikan ajankohtaiset valtakunnalliset linjaukset, laatusuositusten arviointien tulokset, uusimman tutkimustiedon sekä toimintaympäristön muutokset. Laatusuositus tukee kuntia kehittämään ikäihmisten palveluja paikallisista tarpeista ja voimavaroista lähtien yhteistyössä kolmannen sektorin, yksityisten palveluntuottajien sekä asiakkaiden, omaisten ja muiden kuntalaisten kanssa (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008).

Laatusuosituksessa määritellään ikääntyneiden palvelujen järjestämistä ohjaavat arvot ja eettiset periaatteet. Suositus sisältää strategisia linjauksia laadun ja vaikuttavuuden parantamiseksi hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi sekä palvelurakenteen kehittämisessä, henkilöstön määrässä, osaamisessa ja johtamisessa sekä asumis- ja hoitoympäristöissä. Keskeisille ikääntyneiden palveluille asetetaan suosituksessa

valtakunnalliset määrälliset tavoitteet, joiden pohjalta kunnat asettavat kuntakohtaiset tavoitteet. Painopisteinä ovat hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen, ehkäisevän toiminnan ja kotona asumisen tukemisen ensisijaisuus sekä kattavan yksilökohtaisen palvelutarpeen arviointi (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008).

Laatusuositus korostaa palveluvalikoiman monipuolistamista neuvonta- ja muilla ehkäisevillä palveluilla sekä terveyttä, toimintakykyä ja kuntoutumista on tuettava kaikissa palveluissa. Laatusuosituksesta käy ilmi henkilöstön mitoitusperusteet ja siinä annetaan suosituksia henkilöstön vähimmäismitoituksesta ympärivuorokautisessa hoidossa. Suositus korostaa henkilöstön työhyvinvoinnin lisäämistä, gerontologisen osaamisen ja johtajaosaamisen kehittämistä. Ikääntyneiden asumis- ja hoitoympäristöjen laadun kehittäminen edellyttää panostusta esteettömyyteen, turvallisuuteen ja viihtyisyyteen. Suositus sisältää lisäksi seurantaindikaattoreita, joiden avulla saadaan säännöllistä kuntakohtaista ja valtakunnallista tietoa suosituksen keskeisten sisältöalueiden toteutumisesta (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008).

## 4. KUNTIEN TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN EDISTÄMINEN JA STRATEGIAT

### 4.1 Hyvinvointistrategiatyö

Kunnissa on kuntalaisten terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi tehty erilaisia strategioita, toimintaohjelmia, suunnitelmia, tilannekatsauksia ja profiileja. Hyvinvointia käsittelevissä ohjelmissa erilaisia yläkäsitteitä ja termejä ei ole tiukasti määritelty. Kuntien hyvinvointistrategiset ohjelmat pyrkivät hyvinvoinnin edistämiseen, joissa tavoitteena on kunnan valmistautuminen asianomaisen tehtävän mukaiseen ympäristön ja tulevaisuuden kohtaamiseen. Kuntien hyvinvointistrategioissa tulisi ilmetä, millaiseen tietoon ja analyysiin strategian rakentaminen perustuu. Strategiatyö tarvitsee vahvaa tietoperustaa niin kunnan sisäisistä, kuin ulkoisistakin olosuhteista ja strategiassa pyritään lähtemään kunkin alueen omista tarpeista. Tietoa tarvitaan kuntalaisten kokemista hyvinvointitarpeista, vajeista ja riskeistä. Strategian tulee perustua niiden tahojen tarpeisiin, joihin kunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen strategioilla ja toimenpiteillä pyritään vaikuttamaan (Kurkinen 2003).

Tutkimusten mukaan kunnista puuttuu käyttökelpoisia ja toimivia mittareita, joilla kuntalaisten terveyttä ja hyvinvointia voisi säännöllisesti seurata. Hyvinvointipoliittisten ohjelmien ja –strategioiden seuranta edellyttää siis hyvinvointia kuvaavien mittareiden kehittämistä (Perttilä 1999, Arora ym. 2009, Fulop ym. 2000, Hirvonen & Pulkkinen 2005, Poikajärvi & Perttilä 2006, Hoeijmakers ym. 2007, Uusitalo ym. 2007, Wilskman ym. 2008, Kruger ym. 2009, Jansson & Tillgren 2010). Poikajärven ja Perttilän (2006) mukaan kunnissa seurataan parhaiten väestön elinoloja ja elinympäristöä, sen sijaan vähiten seurataan väestön elintapoja ja väestöryhmien välisiä terveyseroja. Hirvosen ja Pulkkinen (2005) mukaan hyvinvointitutkimuksella saatu tieto tulisi liittää osaksi kuntien hyvinvointiohjelmien, vanhus- ja lapsipoliittisten ohjelmien, mielenterveyshuollon kehittämissuunnitelmien, syrjäytymisen ehkäisyohjelmien ym. sosiaali- ja terveystieteellisten strategioiden toteutumisen seurantaan.

Terveyden edistämisen strateginen suunnittelu on kunnissa jäsentymätöntä. Terveyden edistämisen tavoitteiden operationalisoinnissa ja toteutuksen seurannassa on kehitettävää.

Terveyden edistäminen näkyy kuntasuunnitelmien päämäärissä, mutta keinot ja menettelytavat ovat tavoitteisiin nähden usein irrallisia ja vaatimattomia. Tämän vuoksi myös terveyden edistämisen seurantakin on vaikeaa (Perttilä 1999, Hirvonen & Pulkkinen 2005, Uusitalo ym. 2007, Wilskman ym. 2008, Jansson & Tillgren 2010).

Uusitalo ym. (2007) tutkimuksessa hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sekä ehkäisevä toiminta näkyy kuntastrategioissa, kuntien toiminta- ja taloussuunnitelmissa sekä toimintakertomuksissa laajasti. Toisaalta asiakirjojen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen maininnat ovat sattumanvaraisia ja epäjohdonmukaisia. Talousarvioissa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteita asetetaan paljon, mutta tavoitteiden seuranta jää puutteelliseksi. Poikajärven ja Perttilän (2006) mukaan kunnissa tarvitaan tukea hyvinvointistrategioiden valmisteluun, hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen koulutukseen sekä väestön hyvinvoinnin, terveydentilan ja elintapojen analysoimiseen.

#### 4.2 Yhteistyön kehittäminen ja vastuun jakaminen terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä

Kuntalaisten terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä tarvitaan poikkihallinnollista yhteistyötä (Fulop ym. 2000, Uusitalo ym. 2007, Jansson & Tillgren 2010). Terveyden ja hyvinvoinnin edistämistyössä tarvitaan myös kunnassa toimivien muiden tahojen välistä tiivistä yhteistyötä (Perttilä 1999, Arora ym. 2009, Fulop ym. 2000, Simonsen-Rehn ym. 2004, Hirvonen & Pulkkinen 2005, Nikula ym. 2006, Hoeijmakers ym. 2007, Uusitalo ym. 2007, Wilskman ym. 2008, Kruger ym. 2009, Jansson & Tillgren 2010). Uusitalo ym. (2007) toteaa tutkimuksessaan, että hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kohdentuu useimmiten sosiaali- ja terveyssektorille, mutta myös liikunta-, nuoriso-, vapaa-aika- ja kulttuuritoimien alueille. Poikajärvi & Perttilä (2006) toteavat, että hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen koetaan terveydenhuollon vastuualueelle kuuluvana toimintana, ei kuntajohdon strategisena painoalueena. Wilskman ym. (2008) toteavat, että hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen yhdistäminen ainoastaan sosiaali- ja terveystoimen tehtäväksi saattaa johtua myös siitä, että sen sisältö kytketään yhä enemmän sairauksien ehkäisyyn ja yksilöön kohdistuvaan terveysvalistukseen.

Simonsen-Rehn ym. (2004) tutkivat kuntien peruspalvelujen tuloksellisuutta ja kuntien paikallisyhdistysten roolia ja merkitystä terveyden edistämässä. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että kuntien paikallisyhdistykset näkivät roolinsa kuntalaisten terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä tärkeänä. Yhdistysten toiminta painottui sosiaalisten kontaktien ja toimintamahdollisuuksien luomiseen sekä liikuntaharrastusten edistämiseen. Painopisteinä olivat lasten, nuorten ja eläkeläisten hyvinvointi, vaikka periaatteessa toiminta oli suunnattu kaikille kuntalaisille. Yhdistykset korostivat yhteistyötä ja vaikutusvaltaa päätöksentekoon sekä kuntalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista käytävän keskustelun seuraamista.

Wilskman ym. (2008) toteavat, että kuntiin tulisi luoda terveyden edistämisen yhteistyörakenne, jossa luottamushenkilöt ovat myös mukana. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kehittämiseksi tarvitaan uusia johtamismalleja, joissa terveys- ja hyvinvointijohtajat paneutuvat terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen strategiatyöhön, seurantaan ja arviointiin. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen tulisivat olla osa kuntastrategiaa, johtamista ja taloussuunnittelua. Terveys ja hyvinvointi tulisivat huomioida kaikessa kunnan suunnittelussa sekä toiminnassa ja niiden tulisi olla kaikkien hallintokuntien työtä.

#### 4.3 Yksilön oma vastuu terveydestä ja hyvinvoinnista tuen turvin

Tutkimuksissa nousi esille, että kunnilta odotetaan toimia kuntalaisten terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä, mutta toisaalta yksilön vastuu omasta terveydestä ja hyvinvoinnista nousi myös selkeästi esille (Perttilä 1999, Arora ym. 2009, Hirvonen & Pulkkinen 2005, Nikula ym. 2006, Poikajärvi & Perttilä 2006, Uusitalo ym. 2007). Yksilö tarvitsee ja hänelle on tarjottava mahdollisuus saada tukea oman terveytensä ja hyvinvointinsa ylläpitämiseen ja edistämiseen (Perttilä 1999, Arora ym. 2009, Simonsen-Rehn ym. 2004, Nikula ym. 2006, Uusitalo ym. 2007, Kruger ym. 2009, Jansson & Tillgren 2010).

Nikula ym. (2006) tutkivat kuntalaisten käsityksiä ja toiveita oman kotikuntansa terveyden edistämistyön riittävydestä. Tutkimuksen mukaan hyvin koulutetut kuntalaiset kokevat, että kuntien nykyiset terveyden edistämistoimet ovat riittäviä, eivätkä he odota terveyden edistämisen lisätoimenpiteitä kunnaltaan. Kuntalaiset ottavat yhä enemmän vastuuta omasta terveydestään, esimerkiksi elintapamuutoksilla. Terveyteen vaikuttavat asiat ovat vain rajallisesti kunnallisen päätöksenteon asioita ja kuntalaiset ovat valmiita ostamaan terveyteen liittyviä palveluja yksityisiltä palveluntuottajilta ja kolmannelta sektorilta.

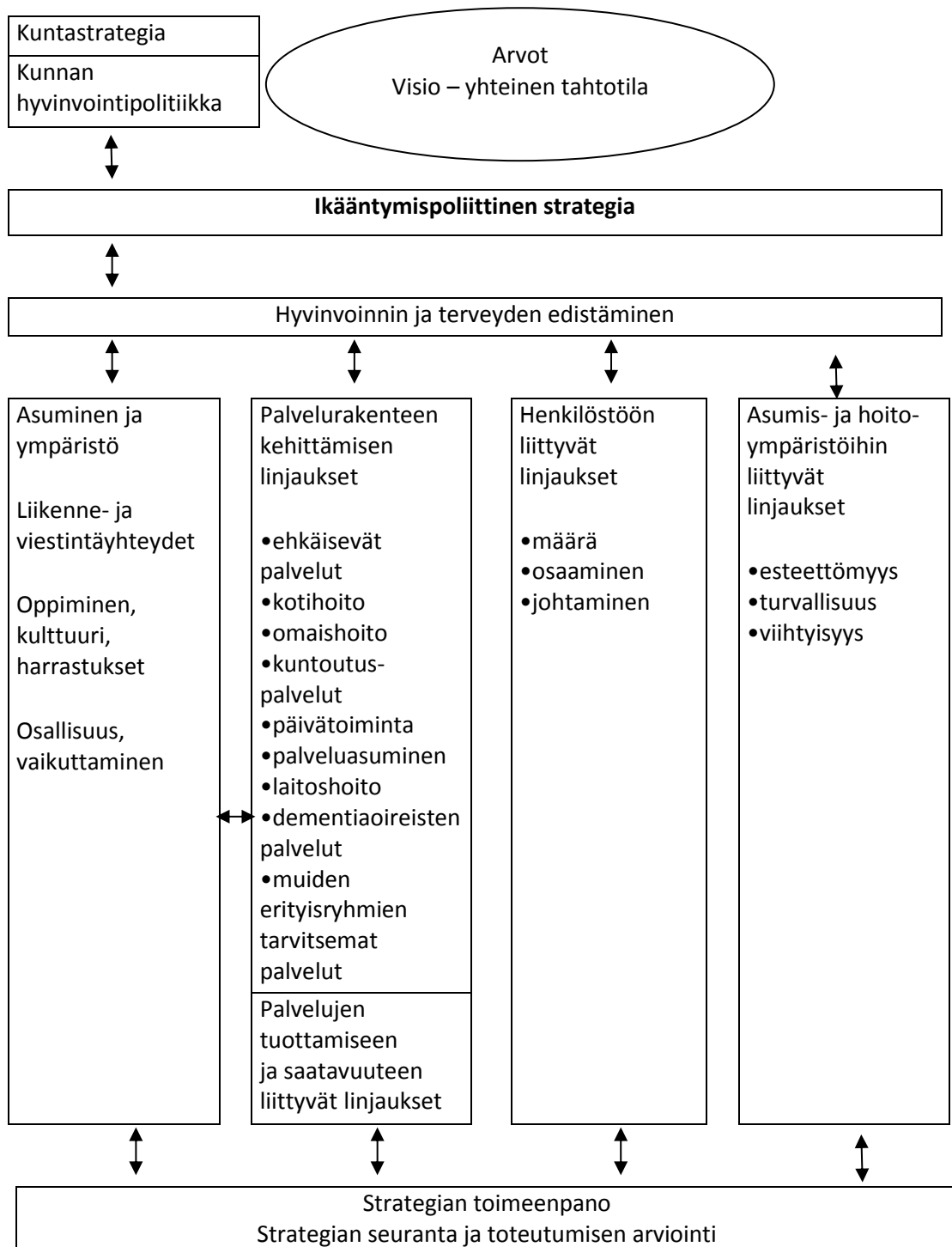
## 5. KUNNAN IKÄÄNTYMISPOLIITTINEN STRATEGIA

### 5.1 Ikääntymispoliittisen strategian rakenne, toimeenpano ja seuranta

Kuten aikaisemmin on todettu, jokaisella kunnalla tulisi olla kunnanvaltuuston hyväksymä ikääntymispoliittinen strategia ja jonka toimeenpano on kytketty kunnan talousarvioon ja -suunnitelmaan. Seudun tai yhteistoiminta-alueen kunnilla voi olla myös yhteinen strategia. Strategian lähtökohtana ovat ikääntyneiden erilaiset tarpeet ja voimavarat sekä paikalliset olot. Strategia määrittää vision ja strategiset linjaukset ikääntyneiden hyvinvoinnin ja palvelujen turvaamiseksi niin, että palveluissa painopiste on lähipalveluissa. Strategian toteutumista seurataan ja arvioidaan myös säännöllisesti (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008).

Ikääntymispoliittisen strategian laadintaan osallistuvat eri hallintokuntien edustajat, kuntalaiset, ikääntyneet palvelujen käyttäjät ja omaiset sekä keskeiset sidosryhmät, esimerkiksi vanhusneuvosto, järjestöt ja seurakunnat. Ikääntymispoliittisessa strategiassa analysoidaan palvelujen ja väestön hyvinvoinnin sekä terveyden nykytila. Strategiassa huomioidaan ikääntyneiden kannalta yhdyskuntasuunnittelu, liikenne- ja asuntopolitiikka, kulttuuri- ja harrastustoiminta, oppiminen ja osallisuus, hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sekä palvelut. Strategiasta ilmenee visio, eli yhteinen tahtotila, strategiset linjaukset sekä eri toimijoiden vastuut näiden toteuttamisessa. Strategian linjaukset ovat osa kuntastrategiaa ja ne liittyvät osaksi kunnan muita terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen ohjelmia. Ikääntyneitä palvelevan henkilöstön linjaukset ovat osa kunnan henkilöstöstrategiaa (Kuva 1) (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008).





**Kuva 1.** Kunnan tai kuntien ikääntymispoliittinen strategia (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008).

Ikääntymispoliittisessa strategiassa painotetaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä ottamalla huomioon esimerkiksi ikääntyneen terveellisten elintapojen edistäminen ja sairauksien ehkäisy. Strategia korostaa hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamista, itsenäisen suoriutumisen ja turvallisuuden tukemista, lihaskuntoa ja tasapainoa edistäviä ja ylläpitäviä liikuntamuotoja, varhaista puuttumista terveydentilan ja toimintakyvyn heikkenemiseen sekä sairauksien tehokasta hoitoa ja kuntoutusta. Strategiassa korostetaan myös gerontologisen ja geriatrisen asiantuntemuksen vahvistamista. Palvelurakenteen kehittämisessä painopisteitä ovat ikääntyneen mahdollisuus saada neuvontaa ja ohjausta, hyvinvointia edistävien kotikäyntien ottaminen kuntien palveluvalikoimaan ja kuntoutuspalvelujen sisällön kehittäminen. Ikääntyneen hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi aktiivista yhteistyötä tekevät julkinen, yksityinen ja kolmas sektori (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008).

Ikääntymispoliittisessa strategiassa henkilöstön mitoittamisen lähtökohtana on asiakkaiden toimintakyky ja avuntarve. Strategiaan tulee sisällyttää ikääntyneiden palveluissa toimivan henkilöstön määrä, tehtävä rakenne sekä toimet henkilöstön työhyvinvoinnin ja työturvallisuuden turvaamiseksi. Ikääntyneiden palveluissa on turvattava myös ammattitaitoinen ja riittävä johto. Ikääntymispoliittisessa strategiassa ikääntyneiden asumis- ja hoitoympäristöjen osalta tavoitteena ovat esteettömyys, turvallisuus ja viihtyisyys. Kunnan eri hallintokunnat tekevät yhteistyötä ikääntyneen kotona asumisen edistämiseksi ja tulevaisuuden tilatarpeisiin varautumiseksi. Näitä toimenpiteitä ovat esimerkiksi ennaltaehkäisevät kotikäynnit, asunnon muutostyöt, palo- ja muiden turvallisuusnäkökulmien sekä ikääntyneiden hoito- ja lähiympäristön turvallisuuden ja esteettömyyden huomioiminen (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008).

Strategian toteutus on pitkä prosessi, joka edellyttää kunnan virkamies- ja luottamushenkilöjohdon sekä henkilöstön yhteistyötä, toimivaa johtajuutta ja sitoutumista asetettuihin tavoitteisiin. Kunnanvaltuusto hyväksyy strategian, joka kytetään kunnan suunnitteluun, talousarvion laadintaan, kehittämistoimintaan ja arviointiin. Strategian laadinnassa henkilöstö on aktiivisesti osallisena kaikissa vaiheissa, niin että strategian tavoitteet ovat jokaisen toimialan, toimintayksiköiden, tiimin ja yksittäisen työntekijän

tavoitteita ja toimintaa. Järjestelmällinen arviointitiedon keruu asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi on keskeinen osa strategian toimeenpanoa (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008).

Ikääntymispoliittisen strategian seurannassa ja arvioinnissa käytetään yhteisesti sovittuja määrällisiä ja laadullisia arviointimenetelmiä ja indikaattoreita. Indikaattoreiden avulla kunnissa ja valtakunnan tasolla voidaan arvioida kehitystä ajassa ja verrata tietoja toisten kuntien sekä koko valtakunnan tilanteeseen. Strategia sisältää indikaattoreita hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen, palvelutarpeen, palvelurakenteen sekä talouden seurantaan ja vertailuun. Selkeä analyysi kunnan ikääntyneiden palvelujen sekä terveyden ja hyvinvoinnin nykytilasta toimii seurannan ja arvioinnin lähtökohtana. Arvioinnin tuloksena tehtävät johtopäätökset ohjaavat toimintaa, vaikuttavat uusien tavoitteiden asettamiseen tai entisten tavoitteiden tarkistamiseen (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008).

## 5.2 Vanhuspoliittinen strategiatyö kunnissa

Suomen Kuntaliitto teki vuonna 2002 kyselyn vanhuspoliittisen strategiatyön tilanteesta kunnissa. Tutkimuksen mukaan vanhuspoliittisen ohjelman laatimiseen ovat osallistuneet monet tahot. Päävastuu valmistelusta on ollut sosiaali- ja terveydenhuollon viranhaltijoilla, usein yhdessä kunnan luottamushenkilöiden kanssa. Kunnan yleisjohto tai muiden toimialojen viranhaltijat ovat olleet jonkin verran valmistelussa mukana, mutta tiivistä yhteistyötä on ollut vain 10 %:lla vastanneista. Ikäihmisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksien parantamiseksi kuntiin on perustettu vanhusneuvostoja. Vanhuspoliittisen ohjelman tehneistä kunnista 127 kunnassa toimi vanhusneuvosto. Vanhusneuvosto oli vastaajien arvion mukaan osallistunut paljon tai jonkin verran strategian valmisteluun joka toisessa kunnassa. Toisaalta lähes puolet vanhusneuvostoista ei ollut lainkaan mukana strategian valmistelussa. Vanhusneuvoston lisäksi järjestöt, seurakunta, palvelujen käyttäjät ja omaiset ovat olleet jonkin verran mukana valmisteluvaiheessa. Kaikkein vähiten näyttää yhteistyötä olleen kaupallisten palveluntuottajien ja vapaaehtoistyötä tekevien kanssa (Vanhuspoliittinen strategiatyö-kunnissa 2002).

Kuntaliiton tutkimuksessa siis selvitettiin kunnan vanhuspoliittisen strategian sisältöä ja odotuksia strategiatyön tueksi. Tutkimuksen mukaan kunnan vanhuspoliittinen strategia sisälsi tavallisimmin palvelurakenteen kehittämisohjelman ja toimenpiteet tavoitteiden toteuttamiseksi. Strategiatyön tueksi kunnissa toivottiin mallia, runkoa tai esimerkinomaista sisällysluetteloä vanhuspoliittisen strategian pohjaksi. Lisäksi toivottiin näkökulmia ja esimerkkejä ohjelman sisältöalueista. Vastaajat kaipasivat keinoja siihen, miten vanhuspoliittinen strategia työväliseen saadaan elämään kunnissa. Ikäohjelma ei saisi jäädä vain perusturvalautakunnan harteille, vaan muidenkin hallintokuntien tulisi ottaa asia omakseen. Sosiaali- ja terveysjohtajat korostivat vastauksissaan aktiivista koulutusta ja tiedottamista koko kunnan johdolle ja luottamushenkilöille strategian merkityksestä kunnassa. Kunnan johto, sekä ammatti- että luottamushenkilöjohto tulisivat saada paremmin sitoutumaan strategiatyöhön ja strategia tulisi sisällyttää kunnan hyvinvointiohjelmaan. Valtuustoseminaareihin pitäisi saada puhujia, joiden "sanoma otetaan aidosti todesta ja tosissaan". Seudullista ja alueellista koulutusta pidettiin tarpeellisena. Jatkossa koulutusta tarvitaan erityisesti seurannan ja arvioinnin tueksi (Vanhuspoliittinen strategiatyö-kunnissa 2002).

Kuntien vanhuspoliittisten ohjelmien ja strategioiden keskeisiä sisältöjä ja rakennetta tutkineen Raasakan (2003) mukaan kunnissa vanhus- tai ikääntymispoliittiset strategiat ovat aikajänteeltään viidestä kymmeneen vuotta, operatiivisen toiminnan suunnittelun ollessa keskimäärin kolmen - viiden vuoden ajalle ja investointisuunnitelmat kymmenen, jopa kolmenkymmenen vuoden aikajänteelle. Ikääntymispoliittisten strategioiden rakenne muodostuu useimmiten yleisestä osiosta, jossa kuvataan strategian muokausprosessia ja hahmotetaan paikallisen vanhustyön, -politiikan ja toimintaympäristön yhteyksiä. Toinen osio strategiasta kuvaa yksityiskohtaisemmin palvelurakenteen kehittämisohjelmaa. Ikääntymispoliittisten strategioiden operationalisoinnissa, eli miten suunnitellut visiot muutetaan käytännön toiminnaksi, havaittiin merkittäviä eroja strategioiden välillä.

Ikääntymispoliittisten strategioiden palvelurakenteen kehittämisohjelma-osiossa toimenpiteitä ja vastuunottajia nimetään runsaasti, sen sijaan tietoa operationalisoinnin taloudellisista kustannuksista löytyy harvemmin. Palvelurakenteen kehittämisohjelmissa löytyy vähiten tietoa operationalisoinnin systemaattisesta ja konkreettisesta seurannasta

sekä arvioinnista ja seurannan toteuttamiselta puuttuu selkeät työvälineet ja menetelmät. Ikääntymispoliittisten strategioiden tavoitteiden seurannan puutteellisuus voi johtua kohteen rajaamattomuudesta, eli strategia sisältää monia kokonaisuuksia, joiden arviointiin ei ole varattu riittävästi resursseja – pelkästään kattavaa seurantaakin voidaan pitää hyvänä saavutuksena (Raasakka 2003).

## 6. TUTKIMUSPROSESSI

### 6.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tämän pro gradu-tutkielman tarkoituksena on kuvata ikääntyneiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen nykytilaa, tavoitteita, tavoitteiden seuranta ja arviointia kuntien ikääntymispoliittisen strategioiden näkökulmista. Ikääntymispoliittiset strategiat ovat kuntien virallisia asiakirjoja. Arkistolaisissa (831/1994) asiakirjalla tarkoitetaan *”kirjallista tai kuvallista esitystä taikka sellaista sähköisesti tai muulla vastaavalla tavalla aikaansaattua esitystä, joka on luettavissa, kuunneltavissa tai muutoin ymmärrettävissä teknisin apuvälinein”*. Tässä tutkimuksessa ikääntymispoliittisella strategialla tarkoitetaan kunnallista strategia-asiakirjaa, jossa ikääntyneen hoidon ja palvelun valtakunnalliset tavoitteet sovelletaan kuntien paikalliseen toimintaan. Tutkimuksen tavoitteena on auttaa ja tukea kuntia kehittämään ikääntymispoliittisten strategioiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen sisältöä, tavoitteiden laadintaa, seuranta ja arviointia.

Tämän pro gradu -tutkielman tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten kuntien ikääntymispoliittisissa strategioissa on kuvattu ikääntyneen väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen nykytila?
2. Miten kuntien ikääntymispoliittisissa strategioissa on kuvattu terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tavoitteet ja miten strategian tavoitteita seurataan ja arvioidaan?

### 6.2 Tutkimusaineisto

Vuoden 2012 alussa Suomessa oli kuntia yhteensä 336 (Kuntaliitto 2011). Tämän tutkimuksen aineisto muodostui kahdestakymmenestä (n= 20) erikokoisesta kunnasta eri puolilta Suomea ja niiden ikääntymispoliittisista strategioista. Lähtöoletuksena oli, että kaikissa Suomen kunnissa on laadittu Sosiaali- ja terveysministeriön sekä Suomen Kuntaliiton

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen (2008) mukaisesti ikääntymispoliittinen strategia joko kuntakohtaisena tai seudullisena. Otoksen kattavuuden ja kuvaavuuden varmistamiseksi tässä tutkimuksessa käytettiin otosmenetelmänä ositettua otantaa. Ositetulla otannalla pyrittiin varmistamaan, että otos on mahdollisimman edustava Suomen kuntien osalta, eli kunnat ovat edustettuina otoksessa samassa suhteessa kuin perusjoukossa. Tutkimukseen otettiin mukaan asukasluvultaan suuria sekä pieniä kuntia samassa suhteessa, kuin niiden osuus on kaikkien kuntien joukosta. Tutkimuksessa ei pyritty vertailemaan ikääntymispoliittisten strategioiden alueellisia eroja, jolloin otos suhteutettiin pelkästään kuntien lukumäärään.

Ositetussa otannassa käytettiin hyväksi etukäteistietoja Suomen kuntien jakautumisesta tilastollisen kuntaryhmituksen mukaan. Tilastokeskuksen (2010) tilastollinen kuntaryhmitys on kaupunkimaisuuden kuvaaja, joka jakaa kunnat taajamaväestön osuuden ja suurimman taajaman väkiluvun perusteella kaupunkimaisiin, taajaan asuttuihin ja maaseutumaisiin kuntiin. Tilastokeskuksen (2009) mukaan kaupunkimaisia kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä vähintään 90 % asuu taajamissa tai suurimman taajaman väkiluku on vähintään 15 000. Taajaan asuttuja kuntia ovat puolestaan kunnat, joiden väestöstä vähintään 60 %, mutta alle 90 %, asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on vähintään 4 000, mutta alle 15 000. Maaseutumaisia kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä alle 60 % asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on alle 15 000, sekä kunnat, joiden väestöstä vähintään 60 %, mutta alle 90 %, asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on alle 4 000. Kuntaliiton (2012) tilaston mukaan Suomessa vuoden 2012 alussa oli 61 kaupunkimaista kuntaa, 67 taajaan asuttua kuntaa ja 208 maaseutumaista kuntaa (Taulukko 1).

Tutkimukseen otettiin mukaan yhä paljon kaupunkimaisia, taajaan asuttuja ja maaseutumaisia kuntia, jolloin kunnat jaettiin näihin kolmeen ryhmään. Otokseen haluttiin yhteensä 20 kuntaa ( $n=20$ ), joista erityyppisten kuntien edustavuuden varmistamiseksi otokseen poimittiin neljä kuntaa kaupunkimaisista kunnista, neljä kuntaa taajaan asutuista kunnista ja kaksitoista kuntaa maaseutumaisista kunnista. Tällä varmistettiin, että lopullisessa otoksessa kaikkien kuntaryhmien suhteellinen osuus on sama kuin perusjoukossa ( $N=336$ ). Yksittäiset kunnat poimittiin kolmelta listalta käyttäen yksinkertaista

satunnaisotantaa. Lisäksi tutkimuksessa käytettiin harkinnanvaraista otantaa niin, että kuntia valittiin niin pitkään, että ennalta päätetty otos (n=20) tuli täyteen. Tilastollinen kuntaryhmittymä haettiin Tilastokeskuksen (2012) Internet-sivuilta, jossa ne olivat valmiina taulukkomuodossa (Taulukko 1).

**Taulukko 1.** Kunnat ja kuntaryhmäjako lukumäärinä, prosenttiosuuksina Suomessa 1.1.2012 sekä tutkimuksen otos suhteutettuna kuntaryhmitukseen (Kuntaliitto 2011).

Kuntia Manner-Suomessa	320		
Kuntia Ahvenanmaalla	16		
Kuntia Suomessa yhteensä	336		
Kuntaryhmä	Lukumäärä	% osuus	Otos
Kaupunkimaisia kuntia	61	18 %	4
Taajaan asuttuja kuntia	67	20 %	4
Maaseutumaisia kuntia	208	62 %	12
Yhteensä	336	100 %	20

Aineistonkerääminen aloitettiin ryhmittelemällä kunnat kolmeen eri kuntaryhmään, jonka jälkeen kunnat numeroitiin kussakin ryhmässä alkaen numerosta yksi. Tämän jälkeen jokaisesta ryhmästä arvottiin tarvittava lukumäärä kuntia. Lähtöoletuksena aineistonkeräyksessä oli, että kuntien suomenkieliset ikääntymispoliittiset strategiat löytyisivät kunnan Internet-sivuilta sähköisessä versiossa. Mikäli ikääntymispoliittista strategiaa ei kunnan Internet-sivuilta löytynyt tai strategian voimassaolo ei yltänyt enää vuoteen 2012 asti, arvottiin uusi kunta, kunnes saatiin haluttu kahdenkymmenen (n=20) kunnan ikääntymispoliittinen strategia. Kahdestakymmenestä strategiasta kuusi oli sellaisia, joissa oli mukana kaksi tai useampi kunta (=seudullinen strategia) ja loput 14 strategiaa olivat yhden kunnan strategioita. Koska seudulliset strategiat hyväksyttiin tutkimukseen



mukaan, niin tutkimus käsitteli kaikkiaan 42 kuntaa. Kuntien ikääntymispoliittiset strategiat ovat julkisia asiakirjoja, jolloin erillistä tutkimuslupaa ei tässä tutkimuksessa tarvittu.

### 6.3 Tutkimuksen analyysimenetelmä

Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa ikääntymispoliittiset strategiat numeroitiin satunnaisesti alkaen numerosta yksi, jolla varmistettiin että asiakirjaa voidaan tarvittaessa palata uudelleen tarkastelemaan. Asiakirjoja käsiteltiin anonyymisti, jolloin kunnat eivät ole tunnistettavissa ikääntymispoliittisista strategioistaan ja tutkijan mahdolliset ennakkoletukset eivät vaikuta aineiston analysointivaiheessa. Tutkimuksen alkuvaiheesta saakka kunnista käytettiin kirjain- ja numerokoodeja, jotka toimivat tunnistusviitteenä tutkijalle; K = kaupunkimainen kunta, T = taajaan asuttu kunta ja M = maaseutumainen kunta. Esimerkiksi K1 = kaupunkimainen kunta, numero 1.

Tämän tutkimusaineiston analysoinnissa käytettiin teorialähtöistä eli deduktiivista sisällönanalyysiä, jossa aineiston luokittelu perustui aikaisempaan viitekehukseen. Ensimmäisessä vaiheessa teorialähtöisessä analyysissä muodostettiin väljä analyysirunko, jonka sisälle kerättiin aineistosta erilaisia luokkia. Aineistosta poimittiin ne asiat, jotka olivat analyysirungon mukaisia (Hirsjärvi ym. 2002). Deduktiivisen sisällönanalyysin ensimmäisessä vaiheessa määritettiin analyysiyksikkö, jonka valintaa ohjasi tutkimustehtävä ja aineiston laatu (Kyngäs & Vanhanen 1999, Tuomi & Sarajärvi 2004).

Tässä tutkimuksessa analyysiyksikkönä käytettiin ikääntymispoliittisten strategioiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen viittaavia ajatuskokonaisuuksia, jolloin saatiin esille ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen keskiössä olevat asiat. Analyysirunko muodostettiin Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015-kansanterveysohjelman (2001), Terveyden edistämisen laatusuosituksen (2006), Ikäihmisten hoitoa ja palvelua koskevan laatusuosituksen (2008) sekä Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelman (2008) ikääntyneiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen keskiössä olevista viidestä eri pääluokasta (Kuva 2).

1. Varhainen puuttuminen toimintakyvyn heikkenemiseen, sairauksien hoito ja toimintakyvyn ylläpitäminen.
2. Itsenäisen suoriutumisen ja kotona asumisen tukeminen.
3. Turvallinen, terveellinen ja virikkeellinen asuin- ja elinympäristö.
4. Osallistavat toiminnot.
5. Terveyttä ja hyvinvointia edistävien palvelujen kehittäminen ja yhteistyö eri toimijoiden kesken.

(Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 – kansanterveysohjelmasta (2001), Terveiden edistämisen laatusuositus (2006), Ikäihmisten hoitoa ja palvelua koskeva laatusuositus (2008), Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma (Kaste) 2008 - 2011 (2008))

**Kuva 2.** Ikääntyneiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen deduktiivinen analyysirunko

Ikääntymispoliittisten strategioiden sisällönanalyysi aloitettiin lukemalla niistä yleiset maininnat ja kuvaukset ikääntyneiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä, jotka pohjautuvat lakeihin ja suosituksiin. Näitä yleisluonteisia mainintoja ei kuitenkaan huomioitu analyysivaiheessa, sillä ne toistuivat lähes kaikissa kuntien strategioissa samansisältöisinä. Tällä ratkaisulla haluttiin erottaa toisistaan yleisluonteinen teksti ikääntyneiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä, kunnan nykyisistä ja konkreettisista toimista sekä tulevaisuuden tavoitteista ikääntyneiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä.

Analyysin seuraavassa vaiheessa ikääntymispoliittisista strategioista litteroitiin kaikki ne osiot, jotka kuvasivat kunnan omaa ikääntyneiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen nykytilaa analyysirungon mukaisesti ja nämä koottiin yhteen, erilliseen asiakirjaan. Litteroitua asiakirjatekstiä luettiin useaan kertaan, jonka jälkeen ikääntyneiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen nykytilaa kuvaava aineisto pelkistettiin käyttäen apuna alkuperäisilmaisuja. Tässä tutkimuksessa aineistoa pelkistettiin niin, että ikääntyneiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen viittaavat kappaleet eroteltiin lauseiksi, jotka myös kvantifioitiin (esimerkki aineiston pelkistämisestä kuva 3).

Alkuperäisilmaisu	Pelkistetty ilmaisu
<i>”Päivätoiminta toteuttaa ikäihmisille kotona asumista tukevaa toimintaa, terveyttä ja toimintakykyä edistävää ja tukevaa toimintaa ja luo ikäihmisille sosiaalisia kontakteja” M1</i>	M1. Päivätoiminta tukee ikääntyneiden kotona asumista, edistää terveyttä ja toimintakykyä ja luo ikäihmisille sosiaalisia kontakteja.  (M1=maaseutumainen kunta, tunnistenumero 1)

**Kuva 3.** Esimerkki aineiston pelkistämisestä

Seuraavassa vaiheessa terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen nykytilaa kuvaavat pelkistetyt ilmaisut listattiin ja niistä etsittiin samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia. Pelkistetyt ilmaisut ryhmiteltiin analyysirungon mukaisesti ja niistä muodostettiin alaluokkia. Alaluokat yhdistettiin samansisältöisiksi yläluokiksi ja näiden yläluokkien yhdistämisen kautta saatiin muodostettua viisi kokoavaa luokkaa, jotka ovat siis samat kuin analyysirungon pääluokat. Kuvassa 4 on esimerkki analyysivaiheiden etenemisestä alkuperäisilmaisusta tutkijan muodostamiksi pelkistetyksi ilmaisuksi, alaluokaksi, yläluokaksi ja viimeisenä ryhmittely pääluokkaan analyysirungon mukaisesti. Liitteissä 1-5 ovat esimerkit tutkimusaineiston luokittelusta viiteen eri pääluokkaan.

Alkuperäisilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka/ analyysirunko
<i>”Päivätoiminta toteuttaa ikäihmisille kotona asumista tukevaa toimintaa, terveyttä ja toimintakykyä edistävää ja tukevaa toimintaa ja luo ikäihmisille sosiaalisia kontakteja.” M1</i>	Päivätoiminta tukee ikääntyneiden kotona asumista, edistää terveyttä ja toimintakykyä ja luo ikäihmisille sosiaalisia kontakteja.	Päivätoiminta tukee ikäihmisten toimintakykyä ja itsenäistä selviytymistä kotona.	Päivätoiminta omatoimisuuden tukemisessa.	<b>Itsenäisen suoriutumisen ja kotona asumisen tukeminen.</b>

**Kuva 4.** Esimerkki aineiston pelkistämisestä, ryhmittelystä ja luokittelusta

Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tavoitteiden osalta aineisto analysoitiin etsimällä strategioista vastaukset seuraaviin kysymyksiin; löytyykö strategiasta sanallisia tavoitteita

ikäntyneiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi, löytyykö toimenpide-ehdotuksia/keinoja tavoitteiden saavuttamiseksi ja onko tavoitteille sekä toimenpide-ehdotuksille/keinoille määritelty vastuutahot. Ikääntymispoliittisista strategioista etsittiin myös kuvaukset strategian ja sen tavoitteiden seurannasta ja arvioinnista etsimällä vastaukset kysymyksiin; kuinka usein strategian tavoitteiden toteutumista seurataan, miten ja kuka vastaa seurannasta, mitkä tahot käsittelevät strategian tavoitteiden arvioinnin ja kenelle strategian toteutumisesta informoidaan. Tässä tutkimuksessa sisällönanalyysia täydennettiin kvantifioimalla terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen nykytilaa kuvaavat pelkistetyt ilmaisut, samoin kuin terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tavoitteet. Näin muodostui kokonaiskuva ikääntyneiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen nykytilasta, tavoitteista ja tavoitteiden seurannasta kunnissa (Tuomi & Sarajärvi 2004).

## 7. TUTKIMUSTULOKSET

### 7.1 Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen nykytila

Ikääntymispoliittisten strategioiden voimassaolo vaihteli alkaen vuodesta 2002 vuoteen 2030 asti, eli pisimmillään strategia oli kunnassa suunniteltu 28 vuodeksi eteenpäin ja lyhin strategia oli suunniteltu kolmeksi vuodeksi. Keskiarvo strategioiden voimassaololle oli 10 vuotta ja eniten, eli kuusi strategiaa oli voimassa myös 10 vuotta. Vanhimmat strategiat olivat vuodelta 2002 ja uusin strategia vuodelta 2012.

Tutkituista kahdestakymmenestä ikääntymispoliittisesta strategiasta 85 %:ssa (17 strategiaa) kuvattiin ikääntyneiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen nykytila ja kolmesta strategiasta (15 %) kuvaus terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen nykytilasta puuttui kokonaan. Tarkastelluissa 17 strategiassa oli yhteensä 352 analyysirungon mukaista pelkistettyä ilmaisua ikääntyneen terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen nykytilasta. Kaikista pelkistetyistä ilmaisuista eniten, eli 117 (33 %) liittyivät pääluokkaan ”Varhainen puuttuminen toimintakyvyn heikkenemiseen, sairauksien hoito ja toimintakyvyn ylläpitäminen”. Toiseksi eniten, eli 99 (28 %) pelkistetyistä ilmaisuista liittyivät pääluokkaan ”Itsenäinen suoriutuminen ja kotona asumisen tukeminen”. Vähiten, eli 33 (9 %) pelkistetyistä ilmaisuista olivat pääluokassa ”Terveyttä ja hyvinvointia edistävien palvelujen kehittäminen ja yhteistyö eri toimijoiden kesken” (Taulukko 2).

**Taulukko 2.** Analyysirungon pääluokkien mukainen pelkistettyjen ilmaisujen jakauma

Analyysirungon pääluokat	Pelkistetyt ilmaiset lukumäärä	% osuus
1. Varhainen puuttuminen toimintakyvyn heikkenemiseen, sairauksien hoito ja toimintakyvyn ylläpitäminen	117	33 %
2. Itsenäisen suoriutumisen ja kotona asumisen tukeminen	99	28 %
3. Turvallinen, terveellinen ja virikkeellinen asuin- ja elinympäristö	34	10 %
4. Osallistavat toiminnot	69	20 %
5. Terveyttä ja hyvinvointia edistävien palvelujen kehittäminen ja yhteistyö eri toimijoiden kesken	33	9 %
Yhteensä	352	100 %

Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen nykytilan kuvauksista ilmeni, että pääpaino kuntien ikääntyneiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä kohdistuu siis varhaiseen puuttumiseen toimintakyvyn heikkenemiseen, sairauksien hoitoon ja toimintakyvyn ylläpitämiseen. Vähiten nykytilan kuvauksia oli turvallisesta, terveellisestä ja virikkeellisestä asuin- ja elinympäristöstä sekä terveyttä ja hyvinvointia edistävien palvelujen kehittämisestä ja yhteistyöstä eri toimijoiden kesken.

#### 7.1.1 Varhainen puuttuminen toimintakyvyn heikkenemiseen, sairauksien hoito ja toimintakyvyn ylläpitäminen

Pelkistetyitä ilmaisuista, jotka liittyivät pääluokkaan ”Varhainen puuttuminen toimintakyvyn heikkenemiseen, sairauksien hoito ja toimintakyvyn ylläpitäminen”, muodostettiin 16 yläluokkaa, joista eniten eli 16 ilmaisua (14 %) liittyivät yläluokkaan ”Fysioterapian kuntoutus, liikuntaryhmät ja apuvälinepalvelut”. Toiseksi eniten eli 12 (10 %) pelkistettyä ilmaisua liittyivät yläluokkaan ”Muistisairauksien varhainen tunnistaminen ja hoito sekä tiedottaminen”. Vähiten ilmaisuja oli yläluokissa, jotka liittyivät ikääntyneen ravitsemukseen ja kansalaisopiston toimintaan osana ikääntyneen hyvinvointia, joihin molempiin yläluokkiin tuli vain yksi pelkistetty ilmaisu (Taulukko 3).

*”Kuntoutusyksikkö tuottaa ikääntyneen fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen kuntoutukseen liittyvät palvelut.” M3*

*”Terveyskeskuksen fysioterapian työntekijät järjestävät liikuntapiirejä, mm. kuntosali- ja tasapainoryhmiä ikääntyneille.” M9*

*”Muistipoliklinikka on tarkoitettu muistihäiriöisten tutkimukseen, ohjaukseen, hoitoon ja seurantaan. Tavoitteena on selvittää muistiongelmien syyt mahdollisimman varhain.” K4*

*”Ajokorttitarkastuksen yhteydessä 69-vuotiaille tehdään CERAD-muistitutkimus.” M1*

**Taulukko 3.** Varhainen puuttuminen toimintakyvyn heikkenemiseen, sairauksien hoito ja toimintakyvyn ylläpitäminen-pelkistetyt ilmaiset jakauma yläluokkiin

Yläluokka	Pelkistetyt ilmaiset lukumäärä	% osuus
1. Terveystuon ennaltaehkäisevät palvelut ja sairauksien tehokas hoito	10	8.5 %
2. Voimavaraalähtöiset ja toimintakykyä sekä kuntoutusta edistävät terveydenhuollon palvelut	5	4 %
3. Muistisairauksien varhainen tunnistaminen ja hoito sekä tiedottaminen	12	10 %
4. Terveystuon erikoispalvelut osana ikääntyneen terveyttä ja hyvinvointia	9	8 %
5. Terveystuon terveyden- ja sairaanhoito, neuvonta ja ryhmätoiminta	8	7 %
6. Ennaltaehkäisevä/hyvinvointia edistävä kotikäynti	8	7 %
7. Fysioterapian kuntoutus, liikuntaryhmät ja apuvälinepalvelut	16	14 %
8. Turvallinen, voimavaraalähtöinen ja kuntouttava vuodeosastoahoito	9	8 %
9. Palveluohjaus toimintakyvyn turvaajana	4	3 %
10. Sosiaalityö sosiaalisten oikeuksien turvaajana	2	2 %
11. Kuntouttava työtapo vanhainkodissa	5	4 %
12. Lyhytaikaishoito toimintakyvyn ja omaishoitajien tukena	6	5 %
13. Omatoimisuutta ja kotona asumista tukeva päivätoiminta	11	9 %
14. Liikuntaryhmät fyysisen toimintakyvyn ylläpitäjänä	10	8.5 %
15. Ikääntyneen ravitsemuksen turvaaminen	1	1 %
16. Kansalaisopisto osana ikääntyneen hyvinvointia	1	1 %
<b>Yhteensä</b>	<b>117</b>	<b>100 %</b>

Analysoitaessa tarkemmin terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen nykytilan pääluokkaa ”Varhainen puuttuminen toimintakyvyn heikkenemiseen, sairauksien hoito ja toimintakyvyn ylläpitäminen” havaitaan että kuntien fysioterapian kuntoutus, liikuntaryhmät ja apuvälinepalvelut olivat strategioissa eniten esillä. Strategioissa tuotiin lisäksi esille muistisairauksien varhaista tunnistamista ja hoitoa sekä muistisairauksista tiedottamista. Lisäksi strategioissa nousivat esille omatoimisuutta ja kotona asumista tukeva päivätoiminta osana varhaista puuttumista toimintakyvyn heikkenemiseen ja ylläpitämiseen. Vähiten strategioissa oli kuvauksia ikääntyneen ravitsemuksen turvaamisen merkitykseen ja kansalaisopiston toimintaan osana ikääntyneen toimintakyvyn ylläpitämistä.

#### 7.1.2 Itsenäisen suoriutumisen ja kotona asumisen tukeminen

”Itsenäisen suoriutumisen ja kotona asumisen tukeminen”-pääluokan pelkistetyistä ilmaisuista muodostettiin 16 yläluokkaa, joista eniten, eli 19 ilmaisu (19 %) liittyivät yläluokkaan ”Päivätoiminta omatoimisuuden tukemisessa”. Toiseksi eniten eli 16 (16 %) pelkistettyä ilmaisu liittyivät yläluokkaan ”Voimavaralähtöinen kotihoito kotona selviytymisen tukena”. Vähiten ilmaisuja oli yläluokissa, jotka liittyivät palvelutarpeen arviointiin, muistihoitajan toimintaan, turvapalveluihin sekä ikääntyneen omavastuuseen ja läheisten tukeen hyvinvoinnissa. Näihin kaikkiin yläluokkiin liittyi vain yksi pelkistetty ilmaisu (Taulukko 4).

*”Päiväkeskustoiminnan tavoitteena on tukea asiakkaan kotona selviytymistä, kuntouttaa häntä, edistää sosiaalista kanssakäymistä ja antaa omaishoitajille mahdollisuus vapaapäivään. Tarkoituksena on korvata hoitoa tai palvelua, joka edellyttäisi hoitajilta kotikäynnin tai asiakkaalta terveystakeskuskäynnin.” M10*

*”Päiväkeskustoiminnan tavoitteena on tukea kotona asumista ja siellä selviytymistä, muistisairauksien ennaltaehkäisy, sairauksien ja tapaturmien mm. kaatumisien ennaltaehkäisy, liikunnan lisääminen, lihasvoiman ja tasapainon parantaminen ja yksinäisyyden torjuminen.” T2*

*”Kotihoidon palvelut tukevat kotona asuvaa asiakasta niissä päivittäisissä toiminnoissa, joista asiakas ei suoriudu itse.”T1*

*”Kotihoidon tavoitteena on tukea asiakkaan selviytymistä päivittäisistä toiminnoista, auttaa sairauden hoidossa, edesauttaa asiakkaan omien*



*voimavarojen käyttöä, järjestää tarvittavat tukipalvelut sekä mahdollistaa kotona asuminen elämän päättymiseen saakka asiakkaan niin halutessa.” M3*

**Taulukko 4.** Itsenäisen suoriutumisen ja kotona asumisen tukeminen-pelkistetyt ilmaiset jakauma yläluokkiin

Yläluokka	Pelkistetyt ilmaiset lukumäärä	% osuus
1. Päivätoiminta omatoimisuuden tukemisessa	19	19 %
2. Voimavaralähtöinen kotihoito kotona selviytymisen tukena	16	16 %
3. Tuki- ja turvapalvelut täydentävinä palveluina	7	7 %
4. Ennaltaehkäisevän työn työmuotoina kotikäynnit ja terveysneuvonta.	11	11 %
5. Kolmas sektori kotona selviytymisen tukena	11	11 %
6. Kirjasto osana hyvinvointia	2	2 %
7. Liikunta toimintakyvyn ylläpitäjänä	8	8 %
8. Palvelutarpeen arviointi osana palveluohjausta	1	1 %
9. Ateriapalvelu ravitsemuksen turvaajana	5	5 %
10. Lyhytaikaishoito toimintakyvyn tukena	5	5 %
11. Muistihoidajan tuki moniammatillisena yhteistyönä	1	1 %
12. Sosiaalityö sosiaalisten oikeuksien turvaajana	2	2 %
13. Yhdistykset ja yritykset kotona selviytymisen tukena	2	2 %
14. Fysioterapian kuntoutus ja apuvälinepalvelut	4	4 %
15. Omavastuu ja läheisten tuki hyvinvoinnissa	1	1 %
16. Kuntien tavoitteellinen ennaltaehkäisevä toiminta	4	4 %
<b>Yhteensä</b>	<b>99</b>	<b>100 %</b>

Kuntien terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen nykytilan kuvauksista pääluokkaan ”Itsenäisen suoriutumisen ja kotona asumisen tukeminen” liittyi siis lähes kolmasosa kaikista terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen ilmaisuista. Tarkasteltaessa tarkemmin tämän pääluokan ilmaisuja havaitaan että vahvimmin nousevat esille ilmaiset, jotka liittyivät päivätoimintaan omatoimisuuden tukemisessa. Voimavaralähtöiseen kotihoitoon kotona selviytymisen tukena liittyi lähes yhtä paljon ilmaisuja tämän pääluokan ilmaisuista.

### 7.1.3 Turvallinen, terveellinen ja virikkeellinen asuin- ja elinympäristö

Turvalliseen, terveelliseen ja virikkeelliseen asuin- ja elinympäristöön liittyvistä pelkistetyistä ilmaisuista luotiin kahdeksan yläluokkaa, joista eniten, eli 12 ilmaisua (34 %) liittyivät kaavoituksen ja rakentamisen esteettömyyteen ja turvallisuuteen. Vähiten ilmaisuja oli yläluokassa ”Liikuntapaikkojen soveltuvuus ikääntyneille”, josta löytyi vain yksi pelkistetty ilmaisu tähän yläluokkaan liitettäväksi (Taulukko 5).

*”Sosiaali- ja terveystoimen kannalta on tärkeää, että kaavoitusprosessissa hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen, syrjäytymisen torjuminen ja lähipalveluiden säilyminen otetaan kansalaisten näkökulmasta huomioon.” K3*

*”Rakennusvalvontayksikössä rakennuslupakäsittelyn yhteydessä varmistetaan, että esteettömyyttä edellyttävissä rakennushankkeissa piirustukset on laadittu sekä rakennuksen että rakennuspaikan osalta esteetöntä rakentamista koskevien määräysten ja ohjeiden mukaisesti...”K4*

*”Ikääntyneet huomioidaan kaavoituksessa ja rakentamisessa (esteetön ympäristö).” M10*

**Taulukko 5.** Turvallinen, terveellinen ja virikkeellinen asuin- ja elinympäristö-pelkistetyt ilmaisut jakauma yläluokkiin

Yläluokka	Pelkistetyt ilmaisut lukumäärä	% osuus
1. Hoito- ja asuinympäristön turvallisuus ja terveellisyys	4	12 %
2. Teknologiset ratkaisut kotona asumisen turvana	5	14 %
3. Kolmas sektori kotona asumisen tukena ja turvana	2	6 %
4. Kaavoituksen ja rakentamisen esteettömyys ja turvallisuus	12	35 %
5. Liikenneympäristön esteettömyys ja turvallisuus ja toimivuus	4	12 %
6. Kodin muutos- ja korjaustöiden taloudellinen tuki	4	12 %
7. Ennaltaehkäisevät/hyvinvointia edistävät kotikäynnit	2	6 %
8. Liikuntapaikkojen soveltuvuus ikääntyneille	1	3 %
<b>Yhteensä</b>	<b>34</b>	<b>100 %</b>

Kuntien terveyden ja hyvinvoinnin nykytilan kuvauksista pääluokkaan ”Turvallinen, terveellinen ja virikkeellinen asuin- ja elinympäristö” liittyvistä kuvauksista eniten ilmaisuja

oli yläluokassa, joka sisälsi kaavoituksen ja rakentamisen esteettömyyteen ja turvallisuuteen liittyviä asioita. Ainoastaan yhdessä kunnan strategiassa oli maininta, jossa huomioitiin liikuntapaikkojen soveltuvuus ikääntyneille. Nykytilan kuvauksissa vain kolmen kunnan strategiassa oli maininta (yhteensä neljä pelkistettyä ilmaisua), joka viittasi teknologisiin ratkaisuihin kotona asumisen turvana ja tukemisessa.

#### 7.1.4 Osallistavat toiminnot

Osallistavat toiminnot -pääluokkaan liittyvistä pelkistetyistä ilmaisuista luotiin 11 yläluokkaa, joista eniten, eli 10 ilmaisua (15 %) olivat yläluokassa ”Seurakunta osallistavana toimijana ja tukijana”. Lähes yhtä monta ilmaisua liittyivät yläluokkiin ”Kirjastot tukemassa osallisuutta”, ”Kulttuuritoimen osallistavat toiminnot” ja ”Vaikuttaminen vanhusneuvoston kautta”, joista jokaiseen yläluokkaan liittyi yhdeksän (13 %) pelkistettyä ilmaisua. Vähiten ilmaisuja oli yläluokissa, jotka liittyivät potilasjärjestöjen toimintaan, osallistuminen liikunta-, päivä- ja viriketoimintaryhmiin, joista löytyi kustakin kolme pelkistettyä ilmaisua näihin yläluokkiin liitettäväksi (Taulukko 6).

*”Seurakunnissa järjestetään erilaisia pienryhmiä, juhlia, kuorotoimintaa ja hengellisiä tilaisuuksia ikäihmisille. Seurakuntien työntekijät ja vapaaehtoiset vierailevat säännöllisesti vanhus- ja terveystoimintojen yksiköissä...” T1*

*”Kirjaston palveluista ikäihmiset hyödyntävät eniten lainauspalvelua, lehtien lukua ja internetin käyttämättömyyttä.” M3*

*”Kulttuuritoimen tavoitteena on parantaa vanhusten mahdollisuuksia nauttia kulttuuripalveluista tuomalla näitä palveluja suoraan ikäihmisten ulottuville ja mahdollistaa heidän osallistuminen tilaisuuksiin.” M8*

*”Vanhusneuvoston tavoitteena on edistää viranomaisten, vanhusten sekä eläkeläis- ja vanhustyöjärjestöjen yhteistoimintaa sekä edesauttaa ikäihmisten osallistumista ja vaikuttamista kunnalliseen päätöksentekoon.” M12*

**Taulukko 6.** Osallistavat toiminnot pelkistetyt ilmaiset jakauma yläluokkiin

Yläluokka	Pelkistetyt ilmaiset lukumäärä	% osuus
1. Seurakunta osallistavana toimijana ja tukijana	10	15 %
2. Monitoimijuus ikääntyneiden osallistavissa toiminnoissa	8	12 %
3. Eläkeläis- ja veteraanijärjestöt osallistavina toimijoina	4	6 %
4. Vapaaehtoiset toimijat tukena ja osallistavina toimijoina	5	7 %
5. Potilasjärjestöt ja -yhdistykset ikääntyneiden tukena ja osallistajina	3	4 %
6. Kirjastot tukemassa osallisuutta	9	13 %
7. Kansalaisopiston osallistavat toiminnot	6	9 %
8. Kulttuuritoimen osallistavat toiminnot	9	13 %
9. Vaikuttaminen vanhusneuvoston kautta	9	13 %
10. Osallistuminen liikuntaryhmiin	3	4 %
11. Osallistuminen päivä- ja viriketoimintaryhmiin	3	4 %
<b>Yhteensä</b>	<b>69</b>	<b>100 %</b>

Ikääntyneiden osallistavissa toiminnoissa kuntien strategioista nousi esille seurakunnan rooli ikääntyneen osallistavana toimijana ja tukijana. Strategioiden mukaan lähes yhtä tärkeä rooli ikääntyneen osallisuuden tukemisessa oli kirjastoilla, kulttuuritoimen osallistavilla toiminnoilla sekä vaikuttamismahdollisuuksilla vanhusneuvostojen kautta. Monitoimijuus ikääntyneiden osallistavissa toiminnoissa nähtiin myös tärkeänä ikääntymispoliittisissa strategioissa.

#### 7.1.5 Terveyttä ja hyvinvointia edistävien palvelujen kehittäminen ja yhteistyö eri toimijoiden kesken

Pääluokkaan ”Terveyttä ja hyvinvointia edistävien palvelujen kehittäminen ja yhteistyö eri toimijoiden kesken” liittyvistä pelkistetyistä ilmaisuista luotiin 10 yläluokkaa, joista eniten, eli yhdeksän (28 %) ilmaisua olivat yläluokassa ”Kolmannen sektorin toimijat yhteistyössä”. Toiseksi eniten, eli kuusi (18 %) pelkistettyä ilmaisua olivat yläluokassa ”Terveystieteiden ja terveydenhuollon

palvelujen kehittäminen”. Neljään yläluokkaan tuli ainoastaan yksi pelkistetty ilmaisu ja nämä ilmaiset liittyivät perhehoitoon, kulttuuri- ja kirjastotoimeen sekä liikennepalvelujen kehittämiseen (Taulukko 7).

*”Eläkeläisyhdistykset toimivat aktiivisesti ja tekevät yhteistyötä viranomaisten, seurakunnan ja muiden järjestöjen kanssa.” M8*

*”Kaupungin yhtenä tavoitteena on pyrkiä mahdollisimman hyvään yhteistyöhön järjestöjen, seurakuntien ja vapaaehtoistyöntekijöiden kanssa ja hyödyntää myös heidän voimavarat ikääntyneiden osallisuuden ja aktiivisen elämän tukemisessa.” T2*

*”Palvelujen kehittäminen perustuu väestön terveyden ja toimintakyvyn analysointiin ja toimintaympäristön muutosten ennakointiin.” K1*

**Taulukko 7.** Terveyttä ja hyvinvointia edistävien palvelujen kehittäminen ja yhteistyö eri toimijoiden kesken-pelkistetyt ilmaiset jakauma yläluokkiin

Yläluokka	Pelkistetyt ilmaiset lukumäärä	% osuus
1. Terveydenhuollon palvelujen kehittäminen	6	18 %
2. Tietoa ja tukea palveluohjauksella.	5	15 %
3. Perhehoito vaihtoehtona ikääntyneiden hoidossa	1	3 %
4. Vanhusneuvosto yhteistoiminnan edistäjänä	2	6 %
5. Kulttuuritoimi yhteistyössä virallisen palvelujärjestelmän kanssa	1	3 %
6. Muistineuvola osa moniammatillista dementiahoitoa	4	12 %
7. Kolmannen sektorin toimijat yhteistyössä	9	28 %
8. Ikääntyneiden liikuntapalvelut yhteistyönä	3	9 %
9. Kirjasto osana hyvinvointia ja sairauksien ennaltaehkäisyä	1	3 %
10. Liikennepalvelujen kehittäminen	1	3 %
<b>Yhteensä</b>	<b>33</b>	<b>100 %</b>

Kuntien terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen nykytilan kuvauksia liittyi vähiten pääluokkaan ”Terveyttä ja hyvinvointia edistävien palvelujen kehittäminen ja yhteistyö eri

toimijoiden kesken”. Strategioista löytyi eniten mainintoja kolmannen sektorin toimimisesta yhteistyössä keskenään ja terveydenhuollon palvelujen kehittämisestä. Vähiten strategioista löytyi tähän pääluokkaan liitettäväksi ilmaisut, jotka koskivat siis perhehoitoa vaihtoehtona ikääntyneiden hoidossa ja liikennepalvelujen kehittämistä.

## 7.2 Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tavoitteet

Kaikista tutkituista kahdestakymmenestä ikääntymispoliittisesta strategiasta löytyi sanallisia tavoitteita ikääntyneiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Ikääntyneiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen päätavoitteita tutkituista ikääntymispoliittisista strategioista löytyi yhteensä 200 kappaletta ja lukumäärät strategiaa kohden vaihtelivat kahdesta päätavoitteesta 29 päätavoitteeseen, keskiarvo päätavoitteiden lukumäärässä oli 10. Eniten, eli 30 % terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen päätavoitteista oli kirjattu pääluokkaan ”Varhainen puuttuminen toimintakyvyn heikkenemiseen, sairauksien hoito ja toimintakyvyn ylläpitäminen” ja vähiten, eli 7 % päätavoitteista oli pääluokassa ”Osallistavat toiminnat” (Taulukko 8).

**Taulukko 8.** Ikääntymispoliittisten strategioiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen päätavoitteet jakautuminen pääluokkiin

Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen päätavoitteiden jakaumien pääluokat	Pätavoitteiden lukumäärä	% -osuus
1. Varhainen puuttuminen toimintakyvyn heikkenemiseen, sairauksien hoito ja toimintakyvyn ylläpitäminen	61	30 %
2. Itsenäisen suoriutumisen ja kotona asumisen tukeminen	41	20 %
3. Turvallinen, terveellinen ja virikkeellinen asuin- ja elinympäristö	54	27 %
4. Osallistavat toiminnat	13	7 %
5. Terveyttä ja hyvinvointia edistävien palvelujen kehittäminen ja yhteistyö eri toimijoiden kesken	31	16 %
Yhteensä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen päätavoitteita lukumäärä	200	100 %

Vaikka tässä tutkimuksessa kaikista strategioista löytyikin sanallisia tavoitteita ikääntyneiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi, niin kahdesta strategiasta ei löytynyt kuitenkaan mainintaa toimenpide-ehdotuksista tai keinoista, miten tavoitteet saavutetaan. Tässä tutkimuksessa mukana olevista strategioista 65 % oli määritelty vastuutahot terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tavoitteille.

### 7.3 Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen toimenpide-ehdotukset/keinot ja vastuutahot

Ikääntymispoliittisista strategioista 90 %:ssa (n=18) oli toimenpide-ehdotuksia ja/tai keinoja terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tavoitteiden saavuttamiseksi. Kahdessa strategiassa ei ollut toimenpide-ehdotuksista tai keinoja tavoitteiden saavuttamiseksi. Strategioista 65 %:ssa (n=13) oli määritelty vastuutahot terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tavoitteille, toimenpide-ehdotuksille ja/tai keinoille tavoitteiden saavuttamiseksi. Strategioista 35 %:ssa (n=7) ei ollut vastuutahoja määritelty laisinkaan, joista siis kahdessa ei ollut laisinkaan toimenpide-ehdotuksia tai keinoja, jolloin ei myöskään vastuutahoja ollut määritelty.

### 7.4 Ikääntymispoliittisten strategioiden seuranta ja arviointi

Tutkituista kahdestakymmenestä ikääntymispoliittisesta strategiasta 85 %:ssa (n=17) oli selkeästi kuvattu strategian seuranta/arviointi. Näistä yhdessä seuranta/arviointi tapahtui viiden vuoden välein, viidessätoista vuosittain ja yhdessä puolen vuoden välein. Ikääntymispoliittisten strategioiden seuranta varten oli perustettu tai oli perusteilla seurantaryhmä neljässä kunnassa. Lautakunta- ja hallitustasolle seuranta ulottui kuudessa kunnassa ja viiden kunnan valtuustot seurasivat strategian toteutumista. Kuntalaisille strategian tavoitteiden toteutumisesta informoitiin vain neljässä kunnassa.

*”Strategiatyöryhmä kokoontuu vuosittain vanhustenhuollon johtajan kutsusta seuraamaan ja arvioimaan strategian toteutumista. Seurantatiedot käsitellään lisäksi säännöllisesti perusturvalautakunnassa.” K1*

*”Ikäpoliittisen suunnitelman ja kehittämissuunnitelman toteutumista seurataan ja arvioidaan hallintokunnittain, kukin omien tavoitteidensa osalta. Sosiaali- ja terveyslautakunnalle tiedotetaan suunnitelman toteutumisesta vuosittain ja kunnanvaltuustolle kerran valtuustokauden aikana.” M11*

*”Ikäpoliittisen ohjelman toteutuminen edellyttää systemaattista seuranta ja määräaikaista arviointia ja raportointia. Toimenpideosassa on nimetty vastuutaho kullekin tavoitteelle. Tarpeiden arviointia ja toimenpiteiden toteutumista tullaan tekemään vuosittain tulevien talousarvioiden ja toimintakertomusten yhteydessä.” T2*

Kolmessa strategiassa (15 %) ei selkeästi käynyt ilmi strategian seuranta tai arviointi, niissä todettiin vain seurannan olevan välttämätöntä.

*”Kunnan toteuttama sosiaali- ja terveystalouden reaaliaikainen seuranta ja toteutumisen arviointi on välttämätöntä..” K3*



## 8. POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

### 8.1 Tulosten tarkastelua

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin ikääntyneiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen nykytilaa, tavoitteita sekä seuranta- ja arviointia kuntien ikääntymispoliittisten strategioiden kuvaamana. Tavoitteena oli muodostaa kokonaiskuva kuntien ikääntymispoliittisten strategioiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen nykytilasta ja tavoitteiden asettelusta sekä arvioinnista.

Yhteenvetona tutkimuksesta voidaan todeta, että kuntien ikääntymispoliittiset strategiat vaihtelivat hyvin suppeista ja pelkistetyistä strategioista laajoihin ja erittäin monipuolisiin asiakirjoihin. Niissä strategioissa, joista löytyi terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen nykytilan kuvauksia, painopiste oli terveydenhuollon ikääntyneille tarjoamissa eri palveluissa. Varhainen puuttuminen ja toimintakyvyn ylläpitämisen rooli nousivat selkeimpänä esille, samoin voimavaralähtöinen vanhuskäsitelmä, jossa tuetaan itsenäistä suoriutumista ja korostetaan kotona asumisen ensisijaisuutta. Nykytilan kuvauksissa oli selkeästi vähemmän kuvauksia asumisen ja ympäristön esteettömyydestä, samoin kuin yhteistyöstä eri toimijoiden kesken. Uusitalo ym. (2007) tutkimus osoitti, että joissakin kunnissa hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sekä ehkäisevä työ kohdentuu edelleen pääosin sosiaali- ja terveystoimen sektorien sisältöalueiksi, mutta myös liikunta-, nuoriso-, vapaa-aika- ja kulttuuritoimien alueille. Poikajärvi & Perttilä (2006) toteavat, että hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen koetaan edelleen terveydenhuollon vastuualueelle kuuluvana toimintana, ei kuntajohdon strategisena painoalueena.

Tulevaisuuden tavoitteet terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä painottuivat varhaiseen puuttumiseen ja toimintakyvyn ylläpitämiseen, mutta lähes yhtä paljon tavoitteet koskivat turvallista, terveellistä ja virikkeellistä asuin- ja elinympäristöä. Terveyttä ja hyvinvointia edistävien palvelujen kehittäminen ja yhteistyö nousivat myös selkeästi esille tulevaisuuden tavoitteissa, mitä voidaan pitää erittäin hyvänä suuntauksena. Terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä on aina lähdettävä ikääntyneen omista tarpeista ja voimavaroista. Kunnan tehtävänä on auttaa ikääntynyttä tunnistamaan omat voimavaransa ja kykynsä oman

terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä, mutta pystyttävä tarjoamaan myös riittävästi tukea ja ohjausta, kun ikääntynyt sitä tarvitsee. Kunnan luottamushenkilöt ovat osaltaan merkittävässä roolissa tässä, sillä ennaltaehkäisevät palvelut ikääntyneille ovat paitsi inhimillisempiä vaihtoehtoja, myös taloudellisesti perusteltuja vaihtoehtoja raskaaseen ja kalliiseen sairaanhoitoon verrattuna. Terveiden ja hyvinvoinnin edistämisen tuleekin kunnissa olla tavoitteellista toimintaa, johon kaikkien tulee sitoutua. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus (2008) korostaakin juuri kääntyneiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä ennaltaehkäiseviä palveluja, neuvontapalveluja ja toimintakyvyn sekä kuntoutumisen tukemista. Laatusuosituksessa korostetaan lisäksi ympäristön esteettömyyttä, turvallisuutta ja viihtyisyyttä.

Ikääntymispoliittisten strategioiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen nykytila strategioiden mukaan näyttäytyi kunnissa selkeästi painottuvan varhaiseen puuttumiseen toimintakyvyn heikkenemiseen, sairauksien hoitoon ja toimintakyvyn ylläpitämiseen. Pelkistetetyt ilmaisut painottuivat terveydenhuollon eri palveluihin, muistisairauksien varhaiseen tunnistamiseen, fysioterapian kuntoutukseen sekä liikunta- ja päivätoimintaryhmiin, joissa pyritään tukemaan omatoimisuutta ja kotona asumista. Nämä ovatkin perinteisiä ikääntyneen terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen keinoja, mutta myös uusia toimintamalleja on yhä enemmän tuotu terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen, koskien esimerkiksi kolmannen sektorin roolia ja rakentamisen esteettömyyttä. Kuten aikaisemmin Wilskmanin ym. (2008) tutkimuksessa ilmeni, että syy sosiaali- ja terveystoimen vahvaan rooliin terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä voi perustua perinteiseen ajattelumalliin siitä, että terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen on pelkästään sairauksien ehkäisyä ja yksilölle annettavaa terveystasvatusta ja -valistusta. Guttmacher ym. (2010) toteavat, että terveyden edistämisen interventiot yhteisötasolla (kunta) poikkeavat kuitenkin merkittävästi henkilökohtaisesta terveystasvatuksesta ja sairauksien hoidosta. Terveiden edistäminen yhteisössä kohdentuu siis koko alueen väestöön ja sillä pyritään vähentämään väestön sairastavuutta ja kuolleisuutta. Tällaisia terveyden edistämisen toimia ovat esimerkiksi kävelyreittien rakentaminen ja julkisten tilojen tupakointikiellot.

Aikaisemmissa tutkimuksissa (Perttilä 1999, Arora ym. 2009, Hirvonen & Pulkkinen 2005, Nikula ym. 2006, Poikajärvi & Perttilä 2006, Uusitalo ym. 2007) koskien kuntien terveyden ja

hyvinvoinnin edistämistä ja strategista suunnittelua nousi esille, että kunnilta odotetaan toimia kuntalaisten terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Toisaalta tutkimuksissa ilmeni, että yksilön vastuu omasta terveydestä ja hyvinvoinnista korostuu. Tässä tutkimuksessa vain yhdestä ikääntymispoliittisesta strategiasta löytyi maininta ikääntyneen omavastuusta ja läheisten tuesta terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi.

Tutkimustuloksissa huomio kiinnittyi myös siihen, että terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen nykytilan kuvausten jakautuminen pääluokkiin poikkesi jonkin verran terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tavoitteiden jakautumisesta. Nykytilan kuvaukset painottuivat varhaiseen puuttumiseen toimintakyvyn heikkenemiseen, sairauksien hoitoon ja toimintakyvyn ylläpitämiseen. Sen sijaan vähemmälle huomiolle nykytilan kuvauksissa oli selkeästi jäänyt turvallinen, terveellinen ja virikkeellinen asuin- ja elinympäristö. Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tulevaisuuden tavoitteet puolestaan jakoutuivat melko tasaisesti kaikkiin pääluokkiin – kuitenkin toiseksi eniten päätavoitteista koskivat juuri asuin- ja elinympäristön turvallisuutta, terveellisyttä ja virikkeellisyttä. Tästä voidaan päätellä, että juuri rakentamisen esteettömyys ja turvallisuus sekä kaavoituksen asiat ovat niitä, joihin ikääntyneiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi tulevaisuudessa halutaan kunnissa panostaa. Tutkimuksessa huomio kiinnittyi myös siihen, että nykytilan kuvauksissa teknologiset ratkaisut olivat jääneet erittäin pieneen rooliin strategioissa. Tämä kertonee osaltaan teknologian painottuvan kotona asumisen tukemisessa vielä enemmän tulevaisuuteen.

Verrattaessa nykytilan kuvauksia tulevaisuuden tavoitteisiin huomataan myös, että terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen nykytilan kuvauksissa osallistaviin toimintoihin löytyi 20 % kaikista pelkistetyistä ilmauksista, mutta vain 7 % kaikista terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tavoitteista. Syytä tähän on vaikea yksiselitteisesti löytää, mutta onko niin, että ikääntyneiden osallistavat toiminnot ovat jo kunnissa niin hyvin huomioitu ja käytännöt vakiintuneet, että niiden mainitsemista tavoitteissa ei pidetä tärkeänä? Ikääntyneiden osallistavien toimien rooli tulee ikääntyneen väestömäärän kasvaessa yhä enemmän lisääntymään. Tulevaisuuden ikääntyneet ovat todennäköisesti tämän päivän ikääntyneitä aktiivisempia osallistumaan esimerkiksi oman toimintakykynsä ylläpitämiseen ja vaikuttamaan heitä koskevaan kunnalliseen päätöksentekoon. Mikäli yleinen eläkeiän

nostaminen ei tule lähivuosina toteutumaan, jää ikääntyneille yhä enemmän aikaa osallistua kolmannen sektorin toimintaan. Kulttuuripalveluja tullaan todennäköisesti yhä enemmän kohdentamaan ikääntyneille, sillä ikääntyneiden parantunut taloudellinen tilanne mahdollistaa paremmin myös näihin palveluihin osallistumisen. Huomioitava on, että ikääntyneet eivät ainoastaan ole niitä jotka itse osallistuvat kolmannen sektorin toimintaan, vaan ovat yhä todennäköisemmin myös niitä itse tuottamassa. Ikäihmiset tulevat tulevaisuudessa osallistumaan ja toimimaan yhä enemmän yhdessä.

Kuntien hyvinvointistrategiatyötä tutkineen Kurkisen (2003) mukaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen strategiatyössä mukana tulee olla kunnan kaikkien hallintokuntien lisäksi luottamushenkilöt, muut viranomaiset, yksityinen sektori, yhdistykset ja kansalaiset. Yhteistyön laajuus, eli se kenen tehtäviin kunnassa kuuluu ajaa terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä, tulee määritellä riittävän selkeästi. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ei tulisi olla suppeasti vain sosiaali- ja terveystoimen vastuualuetta. Fulop ym. 2000, Uusitalo ym. 2007, Jansson & Tillgren 2010) tekemien tutkimusten mukaan kunnissa tulee kehittää yhteistyötä terveyden ja hyvinvoinnin edistämistyössä sekä poikkihallinnollisesti, että myös muiden toimijoiden kanssa. Raasakka (2003) puolestaan toteaa, että strategiassa eri toimijoiden vastuiden tulee olla realistisia ja ikäihmisiä tukevia – monitoimijuus ikäihmisten parissa on kannatettavaa, mutta toisaalta sen ei tule olla itsetarkoitus.

Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tavoitteita ja toimenpiteitä sisältyi kaikkien tutkimuksessa mukana olevien kuntien ikääntymispoliittisiin strategioihin. Strategisten päätavoitteiden lukumäärä vaihteli strategiakohtaisesti yhdestä tavoitteesta aina lähes kolmeenkymmeneen tavoitteeseen ja yksityiskohtaisia toimenpide-esityksiä löytyi kaikista strategioista hyvin kattavasti. Voidaankin kysyä, että jos terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen päätavoitteiden lukumäärä on lähes kolmekymmentä ja jokaiseen tavoitteeseen liittyy useita toimenpide-ehdotuksia, niin hajoaako tavoiteasettelu liian pirstaleiseksi tai vaikeaksi hallittavaksi kokonaisuudeksi? Tässä tutkimuksessa tavoitteiden sisältöä tai toimenpide-ehdotuksia ei kuitenkaan analysoitu tarkemmin.

Tutkittaessa ikääntymispoliittisia strategioita huomattiin, että ikääntyneiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen nykytilasta sekä tavoitteista ei löytynyt mainintoja ikääntyneiden

ehkäisevästä päihdetyöstä ja hyvin vähälle huomiolle jäivät myös ikääntyneiden mielenterveyspalvelut ja suun terveys. Tänä päivänä ikääntyneiden päihdeongelmat ovat jo merkittävä terveys- ja sosiaalinen ongelma ja suurten ikäluokkien eläköityessä päihdeongelmien määrä tulee selkeästi kasvamaan. Voidaan kysyä, että ovatko strategian tavoitteet rakennettu perinteisen ajattelumallin mukaisesti, jossa ikääntyneiden alkoholiongelmia ei osata tunnistaa tai ikääntyneiden päihdeongelmien hoitoon ei ole kunnissa luotu selkeitä toimintamalleja, toisin kuin esimerkiksi työikäisille on luotu. Ikääntynyt voi syrjäytyä yhteiskunnasta monesta eri syystä ja päihdeongelmat voivat olla yksi syrjäytymisen aiheuttaja. Mielenterveyden ongelmat ovat myös ikääntyneillä merkittävä terveyttä ja toimintakykyä alentava sairausryhmä, jotka on kunnissa syytä huomioida myös strategisen suunnittelun tasolla. Suun terveydenhoito on osa ikääntyneen kokonaisvaltaista hyvinvointia, sillä suun ja hampaiden ongelmat voivat johtaa jopa ikääntyneen huonoon ravitsemustilaan.

Ikääntyneiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä strategioiden perusteella saatua kuvaa havaittiin, että mukana on elementtejä Terveyden edistämisen laatusuosituksesta (2006). Strategioissa käsiteltiin esimerkiksi terveyttä edistävää elinympäristöä, yhteistyötä ja palveluja sekä osallistumista. Strategioista löytyi tarkempia kuvauksia laatusuosituksen osaluokista, koskien esimerkiksi liikuntaa ja tapaturmien (kaatumistapaturmat) ehkäisyä. Sen sijaan nykytilan kuvauksista puuttuivat siis kokonaan terveyden edistämisen sisällöt, jotka liittyivät päihteiden käyttöön ja vain yhdessä strategiassa käsiteltiin ikääntyneiden suun terveyttä.

Ikääntymispoliittisten strategioiden tavoitteita on seurattava säännöllisesti ja tehtävä arviointia ikääntyneen terveyden ja hyvinvoinnin tilasta. Strategian on "elettävä", jolloin tavoitteita voidaan tarkistaa ja tarvittaessa muuttaa palveluja vastaamaan paremmin ikääntyneiden tarpeisiin. Arviointimenetelmiä tulee edelleen kehittää niin, että ne ovat riittävän kattavia, mutta toisaalta myös helposti toteutettavissa olevia. Resursseja tulee kunnissa kohdentaa ikääntymispoliittisten strategioiden nykytilaan kuvaukseen, tavoitteiden asettamiseen ja myös strategioiden tavoitteiden seurantaan ja arviointiin.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista (980/28.12.2012) eli ns. vanhuspalvelulaki tuli voimaan 1.7.2013. Lain yhtenä tarkoituksena on mm. tukea ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista. Tänä päivänä kuntien ikääntymispoliittisten strategioiden laatiminen pohjautuu ikääntyneiden palvelujen laatusuositukseen vuodelta 2008. Uusi vanhuspalvelulaki velvoittaa kuntia laatimaan suunnitelman ikääntyneen väestön tukemiseksi. Suunnitelmassa tulee olla kuvattuna toimenpiteet ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi sekä iäkkäiden henkilöiden tarvitsemien palvelujen ja omaishoidon järjestämiseksi ja kehittämiseksi. Suunnittelussa on painotettava kotona asumista ja kuntoutumista edistäviä toimenpiteitä. Suunnitelma on laadittava osana kunnan strategista suunnittelua. Suunnitelman hyväksyy kunnanvaltuusto ja se on tarkistettava valtuustokausittain.

Lainsäädäntö velvoittaa kuntia suunnitelmassaan arvioimaan mm. ikääntyneen väestön hyvinvoinnin tila ja väestön palveluntarpeeseen vaikuttavia tekijöitä. Suunnitelmassa on myös määriteltävä tavoitteet, toimenpiteet ja vastuutahot ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi. Laki velvoittaa kunnan järjestämään ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista tukevia neuvontapalveluja ja kohderyhmänä ovat erityisesti ne ikääntyneet, joiden elinoloihin tai elämäntilanteeseen arvioidaan tutkimustiedon tai yleisen elämäkokemuksen perusteella liittyvän palveluntarvetta lisääviä riskitekijöitä.

Terveyden ja hyvinvoinnin edistämistyöhön kuntien rinnalle on noussut yhä enemmän myös yksityisiä toimijoita ja yhdistyksiä, jotka näkevät oman roolinsa terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä merkittävänä. Paikallisten toimijoiden mukaantulo terveyden ja hyvinvoinnin edistämistyöhön vahvistaa myös osaltaan kuntalaisten osallistumista ja sitoutumista. Aikaisemmassa tutkimuksessaan Simonsen-Rehn ym. (2004) tutkivat kuntien peruspalvelujen tuloksellisuutta ja kuntien paikallisyhdistysten roolia ja merkitystä terveyden edistämässä. Tutkimuksen mukaan kuntien paikallisyhdistykset näkivät roolinsa kuntalaisten terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä tärkeänä. Yhdistysten toiminta painottui sosiaalisten kontaktien ja toimintamahdollisuuksien luomiseen sekä yksittäisistä terveellisten elintapoihin kuuluvista tekijöistä liikuntaharrastusten edistämiseen.

Ikääntymispoliittisten strategioiden seuranta ja arviointi oli kuvattu selkeästi 85 % strategioista, joista siis ilmeni miten ja milloin strategiaa seurataan ja kuka seurannasta vastaa. Raasakka (2003) toteaa omassa kuntien ikääntymispoliittisia strategioita koskevassa tutkimuksessaan, että palvelurakenteen kehittämissuunnitelmien tavoitteiden tulee olla realistisia ja seurannan sekä arvioinnin aktiivista. Tässä tutkimuksessa kahdestakymmenestä strategiasta 17:sta oli kuvattu strategioiden seuranta, joista yhdessä strategian seuranta/arviointi tapahtui viiden vuoden välein, viidessätoista vuosittain ja yhdessä puolen vuoden välein. Raasakka (2003) toteaa omassa tutkimuksessaan että ikääntymispoliittisten strategioiden tavoitteiden seurannan puutteellisuus voi johtua kohteen rajaamattomuudesta eli strategia sisältää monia kokonaisuuksia, joiden arviointiin ei ole varattu riittävästi resursseja. Aikaisemmat tutkimukset (Perttilä 1999, Hirvonen & Pulkkinen 2005, Uusitalo ym. 2007, Wilskman ym. 2008, Jansson & Tillgren 2010) kuntien terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen strategisesta suunnittelusta osoittavat, että suunnittelu on kunnissa vielä jäsentymätöntä. Erityisesti terveyden edistämisen tavoitteiden konkretisoinnissa ja toteutuksen seurannassa on vielä kehitettävää.

Kuten aikaisemmin on todettu, niin ikääntyneiden terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen kunnissa on kaikkien hallintokuntien vastuulla. Kuntien viranhaltijoiden ja luottamushenkilöiden tulee saada riittävästi tietoa kunnan ikääntyneiden terveydestä ja toimintakyvystä, jolloin myös tavoitteiden asettaminen pohjautuu tutkittuun tietoon ja ikääntyneiden omiin tarpeisiin. Tietoa ikääntyneiden kuntalaisten terveyden ja hyvinvoinnin tilasta on tänä päivänä saatavilla useammastakin eri lähteestä, esimerkiksi Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANetistä tai Tilastokeskuksesta. Toisaalta joidenkin sairausryhmien, esimerkiksi muistisairauksien esiintyminen kunnan ikääntyneellä väestöllä, ei ole välttämättä saatavilla tarkkaa tietoa suoraan mistään tilastosta. Terveyden ja hyvinvoinnin tilaa kuvaavat indikaattorit tulisivatkin olla koottuna yhtenäiseen tilastopankkiin, jota myös kunnan virkamiehet ja luottamushenkilöt pystyisivät helposti käyttämään.

Terveyden ja hyvinvoinnin edistämällä korostetaan toiminnan laaja-alaisuutta ja sitä, että se koskettaa siis kunnan kaikkia kunnan hallinnonaloja. Kunnassa tulee tehdä tiivistä yhteistyötä eri hallinnonaloilla, niin että jokainen kunnan sektori pystyy sitoutumaan asetettuihin tavoitteisiin (Poikajärvi ja Perttilä 2006). Ikääntyneiden terveyden edistäminen

tuottaa myönteisiä tuloksia vain, mikäli koko yhteisö (kunta) on vahvasti mukana terveyden edistämässä (Guttmacher ym. 2010). Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tavoitteet tulevat olla riittävän konkreettisia ja mitattavissa olevia, jolloin myös asetettujen tavoitteiden seuranta ja arviointi onnistuu. Ikääntyneen väestön hyvinvointia koskevia päätöksiä tehdään paitsi kuntien sosiaali- ja terveystoimessa, mutta myös kaavoituksessa, rakentamisessa, kulttuuri- ja liikuntatoimessa. Tässä tutkimuksessa mukana olevien strategioiden yleisluonteiset tekstit strategiatyöstä ja strategian merkitystä toistuivat lähes kaikissa strategioissa samansisältöisinä. Monen kunnan kohdalla varsinaiselle paikallisten terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen nykytilan kuvaukselle tai tavoitteille oli jäänyt pieni osa strategian sisällöstä ja osasta strategioista nykytilan kuvaukset puuttuivat jopa kokonaan.

Poikajärvi ja Perttilä (2006) toteavat kuntajohtajille ja johtaville luottamushenkilöille tehdyssä tutkimuksessaan, että terveyden edistäminen nähdään kunnassa ideologisesti merkittävänä ja hyvänä asiana, mutta toisaalta ei niin tärkeänä, että siihen kannattaisi kuntien taloudellisesti niukkoja resursseja kohdentaa. Tutkimuksessa ilmeni myös että kunnissa koetaan rajallisiksi mahdollisuudet vaikuttaa kuntalaisten terveyteen ja hyvinvointiin. Tästä seuraa, että terveyden edistämiseen ja ehkäiseviin palveluihin ei resursoida riittävästi. Kuntalaiset tekevät yksilötasolla terveyttään ja hyvinvointiaan koskevat päätökset, mutta kunnalla on monia mahdollisuuksia vaikuttaa kuntalaisten elinympäristöön, yhteisöön, palvelujen tarjontaan ja sisältöön.

## 8.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuus ja validiteetti tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuutta lisää tarkka kuvaus tutkimuksen toteuttamisesta (Hirsjärvi ym. 2002). Tuomi ja Sarajärvi (2004) toteavat, että tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa otetaan huomioon mm. tutkimuksen kohde ja tarkoitus, tutkijan oma sitoumus tutkimukseen, aineiston keruu ja analyysi sekä tutkimuksen kesto. Tärkeää on se, miten tutkija pystyy osoittamaan luotettavasti yhteyden aineiston ja tulosten välillä.



Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen nykytilanteen ja tavoitteiden rajaaminen kuntien ikääntymispoliittisista strategioista on haasteellista, koska ikääntyneiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen voivat vaikuttaa myös esimerkiksi kunnallisten palveluiden henkilöstöresurssit. Tässä tutkielmassa oli tehtävä päätös, mitkä asiat terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen otetaan strategioista mukaan ja mitkä rajataan tutkimuksen ulkopuolelle. Tässä tutkimuksessa analyysirunko muodostettiin kuitenkin tärkeimmistä tällä hetkellä voimassa olevien valtakunnallisten terveyden edistämisen laatusuosituksen ja kehittämisohjelmien terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen keskiössä olevista asioista. On huomattava, että osa nykytilaa kuvaavien pelkistettyjen ilmausten sisällöstä on sijoitettu useampaan pääluokkaan, jolloin kussakin yläluokassa tai pääluokassa olevat pelkistetyt ilmaisut eivät ole pakotettu sopimaan vain tiettyyn pääluokkaan. Nämä tulkinnat on tehty kaikista asiakirjoista kuitenkin samalla periaatteella. Analyysirungon lisäksi strategioista on mahdollista löytää myös muita lausumia ja ilmaisuja, jotka liittyvät ikääntyneen terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen, mutta joita ei ole huomioitu tässä tutkimuksessa (induktiivinen analyysi). Tässä tutkimuksessa on rajattu ulkopuolelle muut terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen liittyvät osatekijät, esimerkiksi johtaminen ja henkilöstön rooli ikääntyneiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä, koska tämä voisi olla jo pelkästään itsessään tutkimusaiheena.

Tämän tutkimuksen luotettavuutta vahvistaa se, että tutkimuksen tekijä on ollut laatimassa omassa työtehtävässään kunnan ikääntymispoliittista strategiaa ja tuntee strategian laatimisprosessin. Tutkielmassa on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä ja tutkimuksen kriteerien mukaisia tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Muiden tutkijoiden työ on huomioitu ja lähdeviittaukset on merkitty Jyväskylän yliopiston terveystieteiden laitoksen kirjoitusohjeiden mukaisesti. Tutkimusprosessi on pyritty raportoimaan huolellisesti luotettavuuden varmistamiseksi. Tutkimuksen tulokset ovat nousseet aineiston analyysin pohjalta.

Tutkimustuloksia esitetään käyttäen apuna suoria lainauksia, jolla pyritään osoittamaan yhteys aineiston ja tuloksen välillä. Raporttiin sisällytettiin näytteitä, joista ajattelukulku on lähtenyt. Näytteiden tarkoituksena on ensisijaisesti tehdä lukijalle helpommaksi seurata

tutkijan ajattelua ja toiseksi elävöittää tutkimusraporttia. Lauseiden ottamisella näytteiksi on osaltaan tarkoitus näyttää aineiston ja tulosten välinen yhteys sekä antaa lukijalle mahdollisuus seurata ja arvioida tutkijan ajattelua analyysiprosessissa (Kyngäs & Vanhanen 1999).

Tämän tutkimusaineiston analyysissä teorialähtöisen sisällönanalyysin avulla voitiin tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. Menetelmänä sisällönanalyysi mahdollisti havaintojen teon ja tietojen keräämisen tieteellisesti. Siitä oli apua myös päätelmien tekemisessä tutkimusaineiston sisällöstä (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001).

### 8.3 Johtopäätökset

Ikääntyneiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen korostetaan toiminnan laaja-alaisuutta ja sitä, että se koskettaa kaikkia kunnan hallinnonaloja. Kunnassa tulee tehdä tiivistä yhteistyötä eri hallinnonaloilla, niin että jokainen kunnan sektori pystyy sitoutumaan asetettuihin tavoitteisiin. Ikääntymispoliittisten strategioiden tavoitteita on seurattava säännöllisesti ja tehtävä arviointia ikääntyneen terveyden ja hyvinvoinnin tilasta.

Ikääntyneiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen kunnilla on päävastuu, mutta suuntaus tulevaisuudessa on yhä enemmän myös ikääntyneen omaan vastuuseen ja läheisten tukeen terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen. Yksilön omavastuu terveydestään ja hyvinvoinnistaan tulee entisestään tulevaisuudessa korostumaan kuntien rajallisista taloudellista resursseista johtuen. Onko tämän päivän ikääntyneillä vielä riittävästi tietoa omasta terveydestään ja terveyteen sekä hyvinvointiin liittyvistä tekijöistä? Onko kaikilla ikääntyneillä valmiuksia hoitaa itseään ja hakea tukea itselleen oikeasta paikasta? Ovatko terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen palvelut kaikkien ikääntyneiden saatavilla tasavertaisesti? Kiistatonta on, että vaikka kunnilla on vastuullinen rooli ikääntyneiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen, niin myös ikääntyneen ja läheisten vastuuta tulee korostaa vielä enemmän myös strategisessa suunnittelussa ja tavoitteiden asettelussa. Ikääntyneelle tulee olla tarjolla erilaisia vaihtoehtoja terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen, jolloin myös yksityisen sektorin ja kolmannen sektorin rooli tulee entisestään vahvistumaan.

Jatkotutkimusehdotuksena kuntien ikääntyneiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä sekä ikääntymispoliittisista strategioista voisi tarkastella miten strategioiden tavoitteet ja arviointi ovat toteutuneet kuntien arjessa tutkimalla niitä tahoja, joita strategian tavoitteet koskevat eli ikääntyneitä itseään, terveyden- ja sosiaalihuollon sekä muiden sektoreiden palveluja, kolmatta sektoria ja muita strategian tahoja. Tutkimusta tarvitaan nimenomaan niiden henkilöiden näkökulmasta, jolle strategia on erityisesti suunnattu. Tutkimuksen edetessä toiseksi tutkimusaiheeksi nousi ikääntymispoliittisen strategian ja sen tavoitteiden tuntemus ja ”eläminen” ikääntyneiden palveluissa toimivien työntekijöiden arjessa, ”ruohonjuuri”-tasolla, esimerkiksi kotihoidon työyksiköissä.

## LÄHTEET

Aikuisten liikunta. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Käypä hoito johtoryhmän asettama työryhmä. [www-dokumentti] 8.11.2010 [haettu 18.12.2011] <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50075>

American College of Sports Medicine. Quantity and Quality of Exercise for Developing and Maintaining Cardiorespiratory, Musculoskeletal, and Neuromotor Fitness in Apparently Healthy Adults: Guidance for Prescribing Exercise. [www-dokumentti] 2011 [haettu 27.5.2013] <http://www.acsm.org/access-public-information/position-stands/position-stands/lists/position-stands/quantity-and-quality-of-exercise-for-developing-and-maintaining-cardiorespiratory-musculoskeletal-and-neuromotor-fitness-in-apparently-healthy-adults-guidance-for-prescribing-exercise>

Arora S, Davies A, Thompson S. Developing health improvement programmes: challenges for a new millennium. *J Interprof Care* 2009; 1 (14): 9-18.

Arkistolaki 831/23.9.1994. [www-dokumentti] Päivitetty 29.2.2012 [haettu 7.3.2012] <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940831>

Bowling A. *Ageing Well: Quality of Life in Old Age*. Berkshire, GBR: McGraw-Hill Professional Publishing, 2005; 2-3.

Breyer F, Costa-Font J, Felder S. Ageing, health, and health care. *Oxford Rev Econ Pol* 2010; 26 (4): 674–90.

Börsch-Supan AH. Macroeconomic and Financial Impacts. Teoksessa Smith A (toim.) *Grand Challenges of Our Aging Society: Workshop Summary*. Center for Economic Governance, and International Studies; National Research Council. Washington DC, USA: National Academies Press, 2010; 23-24.

Fernandez J-L, Forder J. Equity, efficiency, and financial risk of alternative arrangements for funding long-term care systems in an ageing society. *Oxford Rev Econ Pol* 2010; 26 (4): 713-33.

Fulop N, Elston J, Hensher M, Mckee M, Walters R. Lessons for health strategies in Europe. The evaluation of a national health strategy in England. *Eur J Public Health* 2000; 1 (10): 11-17.

Guttmacher S, Ruiz-Janecko Y, Kelly, PJ. Ecological Theory and Levels of Prevention. Teoksessa *Community-Based Health Interventions*. Hoboken NJ, USA: Jossey-Bass, 2010: 5-10.

Heikkinen E. Ihmisen fyysinen vanheneminen. Teoksessa Lyytinen P, Korkiakangas M, Lyytinen H (toim.) *Näkökulmia kehityopsykologiaan. Kehitys kontekstissaan*. Helsinki: WSOY, 2001; 408-25.

Hirvensalo M, Rasinaho M, Rantanen T, Heikkinen E. Liikunta. Teoksessa Heikkinen E, Rantanen T (toim.) Gerontologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 2008;461-65.

Hirvonen J, Pulkkinen P. Alueellinen hyvinvointibarometri kunnallisen sosiaali- ja terveyspolitiikan suunnittelun tukena. Kunnallistieteellinen aikakauskirja 2005;1:36-46.

Hirsjärvi S, Remes P, Sajavaara P. Tutki ja kirjoita. 6.-8. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 2002.

Hoeijmakers M, De Leeuw E, Kenis P, De Vries N K. Local health policy development processes in the Netherlands: an expanded toolbox for health promotion. Health Promot Int 2007;2 (22): 112-21.

Ikäihmisten hoitoa ja palvelua koskeva laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto, 2001.

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto, 2008.

Ikääntymisraportti. Kokonaisarvio ikääntymisen vaikutuksista ja varautumisen riittävydestä. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 1/2009. Helsinki, 2009.

Ilmarinen J. Pitkää Työuraa! Ikääntyminen ja työelämän laatu Euroopan unionissa. Helsinki: Työterveyslaitos ja Sosiaali- ja terveysministeriö, 2005.

Jansson E, Tillgren P. Health promotion at local level: a case study of content, organization and development in four Swedish municipalities. BMC Public Health 2010; 10 (455): 1-12.

Kansanterveyslaki 66/28.1.1972. [www-dokumentti] Päivitetty 8.12.2011 [haettu 17.12.2011] <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>

Kruger D J, Shirey L, Morrel-Samuels S, Skorcz S, Brady J. Using a Community-Based Health Survey as a Tool for Informing Local Health Policy. J Public Health Management Practice 2009; 15 (1): 47-53.

Kuntalaki 365/17.3.1995. [www-dokumentti] Päivitetty 8.12.2011 [haettu 17.12.2011] <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1995/19950365>

Kuntaliitto. Kuntapohjaiset aluejaot, kunnanumerot ja kuntien lukumäärät. [www-dokumentti] 21.12.2011 [haettu 26.1.2012] <http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/tilastot/aluejaot/Sivut/default.aspx>

Kurkinen J. Kuntien hyvinvointistrateginen työ. Teoksessa Kinnunen P, Kostamo-Pääkkö K (toim.) Alueelliset hyvinvointistrategiat. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen julkaisusarja 5. Oulu: Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus, 2003;38-76.

Kyngäs H, Vanhanen L. Sisällön analyysi. Hoitotiede-lehti 1999;1:3-12.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/28.12.2012. [www-dokumentti] päivitetty 3.4.2013 [haettu 12.4.2013] <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Ohjausryhmän muisto. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistiota 2012:12. Helsinki 2012: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2012.

Latvala E, Vanhanen-Nuutinen L. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen S, Nikkonen M (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki : WSOY, 2001: 21-43.

Laukkanen P. Toimintakyky ja ikääntyminen-käsitteestä ja viitekehystä päivittäistoiminnoista selviytymisen arviointiin. Teoksessa Heikkinen E, Rantanen T (toim.) Gerontologia. Helsinki: Duodecim, 2008:261-72.

Liikuntalaki 1054/18.12.1998. [www-dokumentti] Päivitetty 27.3.2013 [haettu 10.4.2013] <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1998/19981054>

Nikula J, Uutela A, Puska P. Kotikuntaan kohdistetut odotukset terveyden edistämässä. Kunnallistieteellinen aikakauskirja 2006;3: 249-58.

Ollila E, Lahtinen E, Melkas T, Wismar M, Ståhl T, Leppo, K. Towards a healthier future. Teoksessa Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K (toim.) Health of All Policies – Prospects and Potentials. Ministry of Social Affairs and Health, European Observatory on Health Systems and Policies, 2006; 269-79.

Perttilä K. Terveyden edistäminen kunnan tehtävänä. STAKES tutkimuksia 103. Helsinki: Stakes, 1999.

Perustuslaki 731/11.6.1999. [www-dokumentti] Päivitetty 8.12.2011 [haettu 17.12.2011] <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>

Poikajärvi K, Perttilä K. Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnissa. Raportti kunnanjohtajien kyselystä 2004. Stakesin työpapereita 4/2006. Helsinki: Stakes, 2006.

Raasakka P. Vanhuspoliittiset ohjelmat. Teoksessa Kinnunen P, Kostamo-Pääkkö K (toim.) Alueelliset hyvinvointistrategiat. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen julkaisusarja 5. Oulu: Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus, 2003;106-32.

Sallinen M, Akila R. Ikääntyvä ihminen oppijana. Työterveiset 2001;1: 14-16.

Soininen H, Hänninen T. Dementoivat sairaudet. Teoksessa Juntunen J, Castrén E, Hänninen T, Hämäläinen H, Koponen H, Korhonen T, Müller K, Nybo T, Saarinen P, Sulkava R, Taajamaa B, Tamminen T, Vanni S. Kliininen kognitiivinen neurotiede - Aivot ja ajattelu. Klaukkala: Recallmed Oy, 2008:102-18.

Simonsen-Rehn N, Laamanen R, Suominen S. Paikallisyhdistysten rooli ja merkitys terveyden edistämässä kunnissa. Kunnallistieteellinen aikakauskirja 2004;2:99-117.

Sosiaalihuoltoasetus 607/ 29.6.1983. [www-dokumentti] Päivitetty 27.3.2013 [haettu 10.4.2013] <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1983/19830607>

Sosiaalihuoltolaki 710/17.9.1982. [www-dokumentti] Päivitetty 27.3.2013 [haettu 10.4.2013] <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710>

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008-2011. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja 2008:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, 2008.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012-2015. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja 2012:1. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, 2012.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (KASTE) arviointi. Toinen väliraportti. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2010:27. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, 2011.

Suosituksien liikunnan edistämiseksi kunnissa. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen esitteitä 2010:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Opetus- ja kulttuuriministeriö, Liikenne- ja viestintäministeriö, Ympäristöministeriö ja Suomen Kuntaliitto, 2010.

Terveyden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja 2006:19. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, 2006.

Terveydenhuoltolaki 1326/30.12.2010. [www-dokumentti] Päivitetty 8.12.2011 [haettu 17.12.2011] <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Tilastokeskus 2009. [www-dokumentti] 2009 [haettu 28.1.2012] <http://www.stat.fi/meta/luokitukset/kuntaryhmitys/001-2009/1.html>

Tilastokeskus 2010. [www-dokumentti] 2010 [haettu 28.1.2012] <http://www.stat.fi/meta/luokitukset/kuntaryhmitys/001-2011-10-24/kuvaus.html>

Tilastokeskus 2012. [www-dokumentti] 2012 [haettu 28.1.2012] [http://www.stat.fi/meta/luokitukset/kunta/001-2012/luokitusavain\\_kuntar.html](http://www.stat.fi/meta/luokitukset/kunta/001-2012/luokitusavain_kuntar.html)

Tuomi J, Sarajärvi A. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 1.-3. painos. Helsinki : Tammi, 2004.

Uusitalo M, Ståhl T, Perttilä K, Rimpelä M. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuntien suunnittelu- ja seuranta-asiakirjoissa. Kunnallistieteellinen aikakauskirja 2007;3:295-309.

Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 –kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja 2001:4. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, 2001.

Vanhuspoliittinen strategiatyö kunnissa – kyselyn tulokset. Suomen Kuntaliiton kysely 23/83/2002. Helsinki. Suomen Kuntaliiton arkisto, 2002.

Voutilainen P (toim.) Laatu laatusuosituksella? Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen seuranta ja arviointi. Stakesin raportteja 2/2007. Helsinki: Stakes, 2007.

Voutilainen P, Heinola R. Ikääntyneet. Teoksessa Terveiden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2006.

Wilskman K, Ståhl T, Muurinen S, Perttilä K. Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnissa. Raportti kunnanjohtajien kyselystä 2007. Stakesin työpapereita 16/2008. Helsinki: Stakes, 2007.



**Esimerkki tutkimusaineiston luokittelu pääluokka 1. Varhainen puuttuminen toimintakyvyn heikkenemiseen, sairauksien hoito ja toimintakyvyn ylläpitäminen**

PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA/ ANALYYSIRUNKO
<p>Terveydenhuollon palveluissa lähtökohtana ovat tehokas hoito ja kuntoutus sekä gerontologisen osaamisen vahvistaminen. K1</p> <p>Avosairaanhoidon palveluja ikääntyneille ovat lääkärinvastaanotto ja päivystävä sairaanhoitaja, laboratorio- ja röntgenpalvelut. T1</p> <p>Terveyskeskuksen lääkärin vastaanottotoiminnassa huomioidaan ikääntyneen erityistarpeet mm. lääkärinvastaanottoajassa ja asiakkaan kaikki lääkärinvastaanottoon liittyvät asiat hoidetaan kokonais-valtaisesti. M7</p>	<p>Terveydenhuollossa lähtökohtana gerontologinen osaaminen, tehokas hoito ja kuntoutus.</p>	<p>Terveydenhuollon ennaltaehkäisevät palvelut ja sairauksien tehokas hoito.</p>	<p><b>1. Varhainen puuttuminen toimintakyvyn heikkenemiseen, sairauksien hoito ja toimintakyvyn ylläpitäminen.</b></p>
<p>Ikäihmisille tarjottavat terveyspalvelut ovat samoja kuin muillekin ikäryhmille. M1</p> <p>Ikäihmisten terveyspalvelut ovat pääosin samoja kuin muillekin ikäryhmille. M4</p>	<p>Ikääntyneiden terveyspalvelut samoja kuin muidenkin ikäryhmien.</p>		
<p>Kotiutustiimi tukee kotihoidon asiakkaiden kuntoutumista ja kotiutumista nopeasti ja turvallisesti erikoissairaanhoidon ja vuodeosastohoidon jälkeen. K4</p>	<p>Ikääntyneen hoidon oikea porrastus terveyden- ja sairaanhoidossa.</p>		
<p>Kaatumishoitaja pyrkii vähentämään iäkkäiden kaatumisia ja kaatumisvammoja sekä parantamaan ikääntyneen väestön toimintakykyä ja itsenäistä selviytymistä. K1</p> <p>Kaatumishoitaja kartoittaa kaatumisen riskitekijät ja ohjaa riskiryhmään kuuluvia sekä suunnittelee tarvittavan jatkohoidon. K1</p>	<p>Kaatumistapaturmien ennaltaehkäisy.</p>		
<p>Mielenterveyspalveluista psykiatrisen sairaanhoitajan palveluja on saatavilla kaikilla terveysasemilla. T1</p> <p>Terveyskeskuspsykologin työhön kuuluu mm. kriisi- ja traumaterapia. Työ painottuu ennaltaehkäisevään mielenterveystyöhön. T1</p>	<p>Mielenterveyspalvelut osana ikääntyneiden terveyspalveluja.</p>		

Liite 2

**Esimerkki tutkimusaineiston luokittelu pääluokka 2. Itsenäisen suoriutumisen ja kotona asumisen tukeminen**

PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA/ ANALYYSIRUNKO
<p>Palvelu/päiväkeskus auttaa ja tukee ikääntynyttä selviytymään kotona tai palveluasunnossa. K1</p> <p>Palvelu/päiväkeskus tarjoaa tukea omatoimisuuden ylläpitämiseen ja sosiaaliseen vuorovaikutukseen. K1</p> <p>Päiväkeskustoiminta tukee asiakkaiden kotona selviytymistä tiiviissä yhteistyössä kotihoidon kanssa. Päiväkeskuksen asiakkaat saavat ateria-, hygieni-, virkistys- ja fysioterapiapalveluja. M8</p> <p>Päiväkeskustoiminnan tavoitteena on tukea asiakkaan kotona selviytymistä, kuntouttaa häntä ja edistää sosiaalista kanssakäymistä. M10</p> <p>Päivätoiminta tukee kotihoitoa ja estää ennenaikaista palveluasumisen piiriin tai laitoshoitoon joutumista. K3</p> <p>Päivätoiminta tukee ikäihmisten toimintakykyä ja itsenäistä selviytymistä. M3</p> <p>Päivätoiminta tukee ikääntyneiden kotona asumista, edistää terveyttä ja toimintakykyä ja luo ikäihmisille sosiaalisia kontakteja. M1</p> <p>Päivätoiminta tukee asiakkaiden kotona asumista yksilöllisen kuntoutumis- ja hoitotarpeen mukaisesti. K4</p> <p>Päivätoiminnan tarkoituksena on edistää asiakkaiden kotona selviytymistä ja tarjota sosiaalista kanssakäymistä toisten ihmisten seurassa sekä myös vähentää avopalvelun työntekijöiden käyntejä. M6</p>	<p>Päivätoiminta tukee ikäihmisten toimintakykyä ja itsenäistä selviytymistä kotona.</p>	<p>Päivätoiminta omatoimisuuden tukemisessa.</p>	<p><b>2. Itsenäisen suoriutumisen ja kotona asumisen tukeminen.</b></p>

Liite 3

**Esimerkki tutkimusaineiston luokittelu pääluokka 3. Turvallinen, terveellinen ja virikkeellinen asuin- ja elinympäristö**

PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA/ ANALYYSIRUNKO
<p>Vanhainkodin asuinympäristö on viihtyisä, kodinomainen, virikkeellinen ja turvallinen. K1</p> <p>Vanhainkodin tavoitteena on tarjota turvallinen, kodinomainen pysyvä hoitopaikka pienissä erikoistuneissa yksiköissä niille, jotka eivät pärjää enää kotona. M10</p>	<p>Vanhainkodin asuin- ja hoitoympäristö on virikkeellinen ja turvallinen.</p>	<p>Hoito- ja asuinympäristön turvallisuus ja virikkeellisyys.</p>	<p><b>3. Turvallinen, terveellinen ja virikkeellinen asuin- ja elinympäristö.</b></p>
<p>Tehostetussa palveluasumisessa tuetaan asukkaiden omatoimisuutta turvallisessa asumisympäristössä. K1</p>	<p>Tehostetun palveluasumisen asumisympäristö tukee omatoimisuutta ja on turvallinen.</p>		
<p>Dementiaosaston hoidon tarpeen perusteena on dementia tai masennus ja kun asiakas ei enää selviä kotioloissa avopalvelun turvin. Dementiaa sairastava asiakas tarvitsee erityisesti kodinomaisen hoitoympäristön ja oman hoitoideologian. M6</p>	<p>Dementoituneiden kodinomainen hoitoympäristö.</p>		

## Esimerkki tutkimusaineiston luokittelu pääluokka 4. Osallistavat toiminnot

PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA/ ANALYYSIRUNKO
<p>Seurakunta järjestää erityisesti ikäihmisille suunnattua toimintaa. K1</p> <p>Seurakunta pyrkii tavoittamaan syrjäytyneitä, yksinäisiä ja pienillä eläkkeillä eläviä ihmisiä ja auttaa heitä muodostamaan sosiaalisia tukiverkostoja. K3</p> <p>Seurakunnan vanhustyö muodostuu seurakuntakerhosta ja diakoniatyöstä, jossa asiakaskontaktien sisältö koostuu hengellisistä, terveyteen ja sairauteen sekä ihmissuhteisiin liittyvistä kysymyksistä. M2</p> <p>Seurakuntien papit ja erityisesti diakoniatyöntekijät tekevät kotikäyntejä. Diakoniatyöhön liittyen järjestetään eri puolilla kuntia kerhotoimintaa. M3</p> <p>Seurakunnan diakoniatyö tekee kotikäyntejä, vanhustyötä ja ystäväpalvelua sekä järjestää palvelupäiviä. M9</p> <p>Seurakunnalla toimii ystäväpiiri vapaaehtoisvoimin, joten ikääntyneet seurakuntalaiset ovat myös voimavara toimintoja järjestettäessä, eivätkä ainoastaan työn kohde. M9</p> <p>Seurakunta pitää hartaushetkiä hoivaosastolla ja ukkokerho kokoontuu säännöllisesti. Seurakunnan diakoniatyö tukee kunnan vanhustyötä. M11</p> <p>Seurakunta on aktiivinen ikäihmisten tukija. M12</p> <p>Seurakunnissa järjestetään erilaisia pienryhmiä, juhlia, kuorotoimintaa ja hengellisiä tilaisuuksia ikäihmisille. Seurakuntien työntekijät ja vapaaehtoiset vierailevat säännöllisesti vanhus- ja terveyspalvelujen yksiköissä. T1</p>	<p>Seurakunta luo sosiaalisia tukiverkostoja ja tukee ikääntyneiden kotona asumista.</p>	<p>Seurakunta osallistavana toimijana ja tukijana.</p>	<p><b>4. Osallistavat toiminnot</b></p>

Liite 5

**Esimerkki tutkimusaineiston luokittelu pääluokka 5. Terveyttä ja hyvinvointia edistävien palvelujen kehittäminen ja yhteistyö eri toimijoiden kesken**

PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA/ ANALYYSIRUNKO
<p>Terveydenhuollon palvelujen kehittäminen perustuu tietoon alueen asukkaiden terveydestä ja toimintakyvystä. K1</p> <p>Terveydenhuollon palveluja kehitetään yhteistyössä eri toimijoiden kesken. K1</p> <p>Palvelujärjestelmää muutetaan avohuoltopainotteisemmaksi, hyödyntäen ikäihmisten omia voimavaroja. Ikäihmisten palveluissa ollaan avoimia uusille innovaatiolle ja luovuudelle. T2</p> <p>Kuntoutuksen työntekijät pyrkivät edistämään ja ylläpitämään alueen väestön liikunta- ja toimintakykyä yhteistyössä muun perusterveydenhuollon henkilökunnan kanssa. T1</p> <p>Palvelu/päiväkeskus täydentää muita sosiaali- ja terveydenhuollon tarjoamia palveluja. K1</p> <p>SAS-toiminnan tavoitteena on parantaa hoidon- ja palvelun saatavuutta sekä varmistaa olemassa olevien sosiaali- ja terveyspalvelujen tarkoituksenmukainen käyttö. M10</p>	<p>Terveydenhuollon palvelujen innovatiivinen kehittäminen yhteistyönä.</p>	<p>Terveydenhuollon palvelujen kehittäminen.</p>	<p><b>5. Terveyttä ja hyvinvointia edistävien palvelujen kehittäminen ja yhteistyö eri toimijoiden kesken.</b></p>