

3 • 2006

Onko vanhuspalveluiden hoito hyvää Suomessa?

lääkkäiden henkilöiden hoidon laatu puhuttaa vanhuspalveluita järjestäviä tahoja. Vanhusten hoidon laadun onnistunut arvioiminen edellyttää yhteistä näkemystä siitä, mitkä ovat hoidon tavoitteet.

Vuokrataloista palveluasuntoja

Vuokratalon muuttaminen vanhusten palveluasumiskäyttöön vähentää kalliiden laitoshoitopaikkojen tarvetta. Vanhuksia voidaan usein sijoittaa lähemmäs entistä asuinpaikkaa kuin aikaisemmin ja tällä on suuri merkitys sekä vanhuksille että heidän omaisilleen.

Ikäihmisten suun hoito Vantaalla

Ikääntyneillä on entistä enemmän omia hampaita ja monenlaisia proteettisia ratkaisuja suussa. Tämä tuo haasteita niin suun terveydenhuollolle kuin hampaiden hoidolle kotona ja vanhustenhuoltolaitoksissa.

lääkkäiden henkilöiden kaatumistapaturmien ennaltaehkäisy

Kaatumistapaturmat aiheuttavat valtaosan ikäihmisten tapaturmiin liittyvästä sairaalahoidontarpeesta ja kuolemista. Kansanterveyslaitos on tuottanut iäkkäiden henkilöiden kaatumistapaturmien ehkäisyoppaan.



Sisällys

LaatuPala

LaatuPala -lehti on neljä kertaa vuodessa ilmestyvä ilmainen sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan ja laadun kehittämisen tiedotuslehti. Lisätietoa lehdestä saat LaatuPalan toimituksesta.

Toimitus

Stakes,
Kuntapalvelut
Alue- ja kuntapalvelut
PL 220, 00531 Helsinki
puh. (09) 3967 2294
fax. (09) 3967 2155
Käyntiosoite:
Lintulahdenkuja 4,
00530 Helsinki

Päätoimittaja

Salla Sainio
puh. (09) 3967 2271
fax. (09) 3967 2155
salla.sainio@stakes.fi

Taitto ja ulkoasu

Seija Puro

Kuviot

Seija Puro

Kannen kuva

Jäkäläkalliot
Martti Pirinen

Graafinen suunnittelu

Workshop Pälvä Oy

Julkaisija

Stakes

Painopaikka

Kainuun Sanomat Oy

ISSN 1458-8315

4 Lyhyesti

6 Onko vanhuspalveluiden hoito hyvää Suomessa?

LT geriatrian erikoislääkäri, ylilääkäri Harriet Finne-Soveri, Stakes, Chess

10 Vuokrataloista palveluasuntoja

Arkkitehti Anneli Lyytikä Ympäristösuunnittelu OK

12 Koulutus

14 Laatu muistipotilaiden hoitoon

Neurologian dosentti Ylilääkäri Jaana Suhonen Neurologian poliklinikka, Jokilaakson sairaala & Geriatrian ja yleislääketieteen erikoislääkäri Ylilääkäri Terhi Rahkonen Muistipoliklinikka , Jämsän seudun terveydenhuollon kuntayhtymä & Ylihoitaja, TtT Tarja Kettunen Jämsän seudun terveydenhuollon kuntayhtymä

17 Ikäihmisten suun terveydenhoito Vantaalla

Vastaava hammaslääkäri Irma Arpalahti & Suuhygienisti Terhi Nyberg
Vantaan terveystakes

20 Iäkkäiden henkilöiden kaatumisten ehkäisy kannattaa

Erikoistutkija, TtT Sanna Sihvonen, Kansanterveyslaitos

22 Stakes tiedottaa

Laatua vanhustenhoitoon

Hyvä lukija, kädessäsi on LaatuPalan teemanumero, joka käsittelee vanhusten hoidon laatua. Olemme pyrkineet kokoamaan tähän lehteen mahdollisimman monipuolisen katsauksen erilaisista vanhusten hoitoon ja palvelujen kehittämiseen liittyvistä projekteista. Tiedotusvälineissä on puhuttu viime aikoina paljon vanhusten hoidon laadusta ja pääosin negatiiviseen sävyyn. Julkisen keskustelun perusteella on voinut saada sellaisen kuvan, että vanhustenhoito on puutteellista. Tälläkin hetkellä on menossa monia kehittämisprojekteja, joiden avulla pyritään kehittämään vanhusten palveluja ja edistämään ikääntyneiden terveyttä. Vanhuspalvelujen kehittäminen on tärkeää, koska vanhusten määrän lisääntyessä palvelujen tarve tulee kasvamaan runsaasti tulevina vuosina. Teemanumeromme tavoitteena onkin tuoda esille sitä kehittämistyötä, jota jatkuvasti tehdään eri terveydenhuollon palveluyksiköissä vanhusten palvelujen parantamiseksi.

Aika on vierähtänyt nopeasti täällä Stakesissa ja Salla on palannut vanhempainlomiltaan takaisin. LaatuPala-lehden toimittaminen on ollut mielenkiintoinen ja haasteellinen tehtävä ja sen myötä olen saanut tutustua moniin uusiin kehittämisprojekteihin sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kiitän kaikkia LaatuPala-lehden kirjoittajia ja lukijoita hyvästä yhteistyöstä. Seuraava LaatuPala ilmestyy joulukuun alussa ja tähän lehteen tulevan materiaalin tulisi olla täällä viimeistään marraskuun alkuun mennessä.

*Syysterveisin,
Marleena*



Kotihoidon asiakkailta hoitamaton dementia

Kunnallisessa kotihoidossa olevat vanhukset ovat melko hyväkuntoisia, mutta heillä esiintyy piilevää, hoitamaton dementia. Tämä ilmenee vertailukehittämishankkeen tiedoista. Stakes ja Chydenius-instituutti ovat seuranneet kuntien kanssa kotihoidon asiakkaita ja hoidon laatua viidellä kunnallisella kotihoidon alueella eri puolilla Suomea. Tulokset osoittavat, että kotisairaanhoidon ja -palvelujen saaneet vanhukset olivat fyysisesti melko toimintakykyisiä, mutta he tarvitsivat apua päivittäisiin askareisiinsa ja liikkumiseen. Avun tarve ilmeni kyvyttömyytenä suoriutua välinetoiminnoista, peseytymisestä tai liikkumisesta ulkona itsenäisesti. Tavallisin kyvyttömyyden syy oli taustalla vaikuttava demensiasairaus, joka oli jäänyt useimmiten tunnistamatta.

Ainoastaan yhdessä kunnassa kotihoito vaikutti toimivan laitoshoidon viivästyttävänä tai sitä korvaavana palveluna – neljässä sen rooli oli jäsentymätön. Yleistäen tutkimuksen tulokset merkitsevät sitä, että korkeintaan lievästi dementoituneet selviytyvät nykyisenlaisen kotihoidon turvin. Jo entuudestaan tiedetään, että suomalaisen laitoshoidon kaksi suurinta asukasryhmää ovat vähintään keskivaikeaa dementiaa tai lievää dementiaa sairastavat ikäihmiset. Hoidon laadun mittaus toi esiin kuntien välisiä eroja hoitokäytännöissä. Niistä hoidon laatutekijöistä, jotka olivat eniten riippuvaisia kotisairaanhoidosta ja kotipalvelusta, selvitettiin hyvin tai tyydyttävästi. Kuitenkaan kotihoidon asiakkaiden kuntouttamiseen ei suunnattu voimavaroja, vaikka heillä vaikutti olevan edellytyksiä kuntoutumiseen. Lääkäri-työvoiman puute ilmeni puutteellisena diagnostiikkana, tarkastamattomina lääkelistoina sekä mahdollisesti myös runsaassa akuutisairaalan käytössä.

Kehittämistarpeistaan huolimatta suomalainen kotihoito kelpaa laadultaan malliesimerkiksi muille maille muun muassa kivun hallinnan, tahattoman painon laskun harvinaisuuden ja virtsaketetrien vähäisen käytön vuoksi. Tutkimuksen kansainvälisessä vertailussa kotihoitomme osoittautui keskimäärin tyydyttäväksi tai hyväksi.

Asiakkaiden toimimista kotonaan rajoittivat älyllisen alavireisyyden lisäksi fyysisen ympäristön puutteet. Pääsy kotiin ja sieltä ulos oli vaikeaa jopa joka neljännellä, ja

lattioiden esteellisyys häiritsi useimpien liikkumista. Esteetön ja turvallinen kotiympäristö onkin selkeä kotihoidon kehittämisen kohde. Omaisten ja läheisten pyyteetön työ oli erittäin yleistä. Hoitoa ja tukea antava henkilö asui joka viidennen asiakkaan kanssa, mutta omaishoidon tuen piirissä oli vain joka kymmenennen asiakkaan omainen tai läheinen.

Tutkimus osoitti, että kotihoidon työntekijöiden päättävällä alueella olevat asiat oli hoidettu alueilla hyvin tai melko hyvin, mutta heidän lisäksi muista toimivista tahoista riippuvat asiat heikommin. Niinpä tutkijat päättelivät, että hoidon laadun kohentaminen vaatisi entistä tiiviimpää yhteistyötä vanhusten kotona elämistä tukevien toimijoiden kesken. He suosittavat myös, että kotihoidon roolin vanhustenhuollossa ja kotona asumisen kehittämisen tulisi olla jokaisen kunnan eturivin hankkeita.

Lähde: Harriet Finne-Soveri, Magnus Björkgren, Pia Vähäkangas, Anja Noro (toim.). Kotihoidon asiakasrakenteen ja laatu - RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä, Stakes, M223, 2006.

Lisätietoja: Erikoistutkija, geriatrian erikoislääkäri Harriet Finne-Soveri, Terveystaloustieteen keskus CHESS, Stakes, puh. 050 380 9885 ja tutkimuspäällikkö, dosentti Anja Noro, Terveystaloustieteen keskus CHESS, Stakes, sähköposti: etunimi.sukunimi@stakes.fi.

Vaikuttavuutta terveydenhuollon uusiin menetelmiin

Sairaanhoidopiirit ja terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikkö Finohta Stakesissa muodostivat joulukuussa 2005 kansallisen HALO -yhteistyöverkoston. Tavoitteena on varmistaa, että käyttöön otettavat terveydenhuollon uudet menetelmät ovat riittävän vaikuttavia ja turvallisia.

Erikoissairaanhoidon erikoisaloilla otetaan joka vuosi käyttöön lukuisia uusia menetelmiä diagnostiikkaan ja hoitoon. Kukin sairaanhoidopiiri kulkee omaa tahtiaan. Käyttöönotto-prosessi vaihtelee piiristä toiseen, eikä päätöksenteko ole aina välttämättä selvä. Uutta kehittäneiden yritysten markkinoinnin ja myynnin asiantuntijat käyvät auliisti esittelemässä ja lainaamassa koekäyttöön tuotteitaan. Käyttöön voidaan ottaa menetelmiä, joiden vaikuttavuus ja turvallisuus on tutkittu vasta alustavasti. Toisaalta ongelma voi olla päinvastainen, menetelmän vaikuttavuusnäyttö jää huomaamatta ja hyöty saamatta, kun sitä ei aleta käyttää.

Sairaanhoitopiireissä keväällä 2006 järjestetyissä keskustelutilaisuuksissa tunnistettiin muutama kymmenen arviointia kaipaavaa aihetta. HALO -verkosto kokoontui toiseen työseminaariin toukokuussa. Keskustelussa kävi viimeistään selväksi, että jossain piirissä harkittu uusi menetelmä saattoikin olla toisessa piirissä jo käytössä, ja että lääkkeiden arviointiin kaivataan voimaa. Aiheita nopeaa katsausta varten valittiin viisi: monirivi-tietokonetomografia sydäntaudin diagnostiikassa, alaraajalaskimovajaatoiminnan erilaiset hoitomuodot, VAC-tyhjiö haavanhoidossa, MARS -keinomaksahoito sekä ison leikkauksen yhteydessä annettavan lyhyen verisuonitukoksia ehkäisevän hoidon vertailu pitkään hoitoon. Tieto haetaan ensisijaisesti Finohtan sisaryksiköiden julkaisemista raporteista sekä systemoiduista katsauksista kuten Cochrane -katsauksista.

HALO-verkoston kolmas työseminaari on ohjelmassa syksyllä 2006. Suomessa terveydenhuollon päätöksenteko on hajautettu eikä keskusjohtoisia päätöksiä käyttöönotosta tehdä, eikä määräyksiä anneta. Sairaanhoitopiirien harkintaan jää HALO -ohjelmassa tiivistetyn näytön käyttö. Työseminaarissa keskustellaan myös seuraavista arviointiin tulevista aiheista ja valitaan ne. Uusia aiheita tunnistetaan syksyn kuluessa piireissä klinikkoasiantuntijoiden johdolla. Arvioinnin nopeuden ja luotettavuuden oikeaa suhdetta haarakoidaan viiden pilotti-aiheen avulla. Nopea vastaus, nopeasti koottu näyttö ei ole niin punnittua puhetta kuin täysimittainen HTA-raportti. Täyden HTA-raportin tekemiseen kuluu helposti vuosi, kaksikin. HALO -ohjelmassa tavoitellaan nopeita, mutta riittävän luotettavia katsauksia päätöksenteon pohjaksi.

Lisätietoa: Ohjelmapäällikkö, dosentti Minna Kaila, puh. 050 523 2021
minna.kaila@pshp.fi tai www.stakes.fi/finohta.

Väitöskirjat

Kuopion yliopistossa tarkastettiin 6.5.2006 **Maritta Siloahon** väitöskirja *Laadunhallintajärjestelmien hyödyntäminen suomalaisissa klinisissä laboratorioissa*.

Laadunhallintajärjestelmät on hyväksytty laboratorioissa osaksi arkityötä ja niitä käytetään tukemaan ja täydentämään potilastulosten laadunvarmistusta. Laboratoriotulosten laadussa todettiin kehitystä parempaan suuntaan laadunhallintajärjestelmien käytössäoloaikana.

Laadunhallintajärjestelmät tulivat käyttöön terveydenhuollon laboratorioissa 1990-luvulla. Ne ovat olleet haasteita laboratoriolle ja niitä on varsinkin alkuvaiheessa kritisoitu, koska ne on koettu hankaliksi ja työläiksi. Tässä tutkimuksessa selvitettiin kansainvälisiin laatustandardeihin (ISO 9000 ja ISO 17025) perustuvien laadunhallintajärjestelmien soveltamista ja vaikutuksia erityisesti Kuopion yliopistollisessa sairaalassa ja lisäksi muissa suomalaisissa yliopistosairaala-, keskussairaala- ja yksityislaboratorioissa vuosina 1993–2003.

Suurin osa laboratorioiden johdosta (yli 90 %) piti tärkeänä sitoutua laadunhallintaan. Henkilöstöstä yli puolet oli aktiivisesti mukana laadunhallintajärjestelmässä ja osallistui kehittämiseen. Tärkeimpänä myönteisenä vaikutuksena nähtiin, että laadunhallintajärjestelmän avulla laboratorio pystyy paremmin palvelemaan sekä lääkäreitä, hoitohenkilökuntaa että potilaita. Myös hyvä ohjeistus nähtiin myönteisenä, mutta osittain sitä katsottiin tulleen jo turhankin paljon. Suurimmat ongelmat liittyivät järjestelmän vaatimiin resursseihin.

Laboratoriotulosten laatu parani jonkin verran laadunhallintajärjestelmien ollessa käytössä. Tätä osoittivat laboratoriossa tapahtuneiden virheiden väheneminen ja laboratorioiden ulkoisen laadunarvioinnin tulosten kehitys parempaan suuntaan. Yhtenä nykyisten laboratorioiden laatustandardien vaatimuksena on laboratoriotuloksen luotettavuuden kuvaaminen numeerisesti epävarmuusarviona. Siten tulosta käyttävä lääkäri voi ottaa siihen normaalisti liittyvän vaihtelun huomioon potilaan hoidossa.

Tutkimuksen yksi osio selvitti näytteenoton, säilytyksen ja kuljetuksen sekä potilaassa itsessään normaalisti tapahtuvan vaihtelun vaikutuksia 13 tavallisen laboratorio-tutkimuksen luotettavuuteen. Näiden tekijöiden todettiin usean laboratoriotutkimuksen kohdalla vaikuttavan tulokseen vähintään yhtä paljon kuin varsinaisen laboratorioissa tapahtuvan määrittämisen.

Onko vanhusraspalveluiden hoito hyvää Suomessa?

lääkkäiden henkilöiden hoidon laatu puhuttaa jälleen vanhusraspalveluita järjestäviä tahoja. Alkuvuodesta 2006 tamperelainen Koukkuniemen vanhainkoti määrättiin hankkimaan lisää henkilökuntaa hoidon laadun turvaamiseksi ja vuoden puolivälissä Sosiaali- ja Terveysministeriön selvityshenkilö julkisti raportin, jossa peräänkuulutetaan paremman koulutustason turvaamista iäkkäitä hoitaville. Molempien toimien taustalla vaikutti huoli vanhusten riittävän hyvästä hoidosta – siis tarkkaan ottaen mistä?

Vanhusraspalveluiden hoidon laadun arvioiminen on ongelmallista ensinnäkin siksi, että vanhusraspalveluiden asiakkaat eivät edusta iäkkäitä henkilöitä yleensä vaan sairaimpia ja raihnaisimpia heistä. Ei ole helppoa mitata hyvää hoitoa silloin, kun mitattavan yleiskunto joka tapauksessa tulee lyhyellä aikavälillä heikkenemään ja tuo tullessaan monenlaisia vaivoja sekä lopulta kuoleman? Toiseksi laadun arvioiminen on vaikeaa siksi, että asianmukaisin arvioija – vanhus itse – potee laitoshoidon asukkaana miltei aina ja kotihoidon asiakkaana kuudessa tapauksessa kymmenestä älyllisen toimintakyvyn vajetta, eikä kykene palauttamaan mieleensä hoitoon liittyviä tapahtumia saati pohtimaan niiden syy ja seuraussuhteita. Kolmanneksi huolella rakennettuja erilaisten hoitomenetelmien vaikuttavuuteen perustuvia tutkimuksia monisairaiden ja toimintakyvyttömiä vanhusten elinkaaren viimeisiltä vuosilta on vielä melko vähän.

Vanhusraspalveluiden hoidon laadun arvioiminen on vaikeaa myös siksi, että laadun mittaamiseen liittyy monenlaisia harhapäätelmiä houkuttavia sudenkupia. Näistä tärkeimmät ovat itse mittamiseen liittyvä harha – jos ongelmia etsitään, niitä myös löydetään sekä valikoitumiseen liittyvät ongelmat. Lisäksi

laadun onnistunut arvioiminen edellyttää yhteistä näkemystä siitä, mitkä ovat hoidon tavoitteet. Laadun arviointia voi johtaa harhaan myös se, että ongelmat saattavat syntyä muualla, mutta niiden korjaamiseen kuluu runsaasti aikaa. Esimerkiksi muualla syntynyt painehaava saattaa viedä kuukausien parantumisaajan.

Vanhusraspalveluiden hoidon laatua voidaan arvioida välillisesti tarkastelemalla raspalvelujen peittävyyslukuja. Suomessa vanhusraspalvelujen peittävyys 65 vuotta täyttäneistä on viimeksi kuluksen kolmentoista vuoden aikana säilynyt 13 ja 14 prosentilla välillä siten, että kotiin tuotettu kotiraspalvelu on säilynyt kutakuinkin ennallaan, raspalveluasuminen on lisääntynyt samoin sinne tuotettu kotihoito, mutta laitosasuminen (vanhainkodit ja terveyskeskusosastot) on tasaisesti vähenemässä. Viimeisen Pohjoismaisen vertailun mukaan (Nosoko 2003) suomalaisten vanhusraspalvelujen peittävyysluvut ovat viidestä maasta niukimmat. Vielä vuosikymmen sitten laitosvaltaiseksi moitittu Suomi on tänään Pohjoismaiden vähiten laitosraspalveluja tuottava maa. Vaikuttaakin sille, että viime vuosikymmenen aikana vanhusraspalvelujen hoito, hoiva ja raspalvelut ovat kohdentuneet suuren henkilökohdallisen avun tarpeessa oleviin vanhuk-

siin. Tällöin voidaan kysyä kuka ja ketkä jäävät tänään raspalvelujen ulkopuolelle aiempiin vuosikymmeniin verraten? Onko tämä muutos karsinut rasjärjestelmästämme jonkinlaista hukkakäyntiä tai tuhlausta ja siten tuottaa nyt parempaa laatua vai jääkö nyt hoidon tarpeessa olevia henkilöitä raspalvelujen ulkopuolelle, jolloin vanhusraspalvelujen laatua voidaankin pitää aiempaa huonompana

RAI-järjestelmä

Vanhusraspalvelujen hoidon laatua voidaan toistaiseksi arvioida muiden raspalvelumuotojen kuin raspalveluasumisen osalta myös suoraan käyttämällä esimerkiksi yksilötasoisista RAI (Resident Assessment Instrument) arviointijärjestelmää, jonka piiriin kuuluu tällä hetkellä lähes kolmannes Suomen pitkäaikaisen laitoshoidon asukkaista ja noin viidesnes kotisairaanhoidon tai yhdistetyn kotisairaanhoidon ja kotihoidon asukkaista. Otos on riittävän suuri muodostaakseen kuvan suomalaisen vanhusraspalvelujärjestelmän laadusta yleisellä tasolla, mutta se saattaa olla jossain viinoutunut, koska mukana olevat yksiköt ovat vapaaehtoisesti mukaan liittyneitä ja saattavat siten edustaa edistykseksiä ”hyviä” hoitoyksiköitä. RAI-järjestelmässä jokaisen yksilön tarpeita, ongelmia ja vahvuuksia arvioidaan vähintään kahdesti vuodessa noin 400 muuttajan avulla laitoshoidossa ja noin 350 muuttajan avulla kotihoidossa.

Koska laadun arviointi on käsitteenä vertailevaa, tulosten arviointia varten tarvitaan joko vertailukohde tai laatu-standardi jonka avulla laatu suhteutuu hyväksi keskinkertaiseksi tai huonoksi. Suomalaisen laitoshoidon laatua on toistaiseksi arvioitu suhteuttamalla sitä Yhdysvalloissa asiantuntijapaneelissa kehitettyjen ja valikoitujen laatuind-

Suomalaisen laitoshoidon eräänä vahvuutena on luonnollinen hoito; letkuja tai katetreja asennetaan vain tarkoin harkiten.

kaattorien avulla sikäläisiin laatustandardeihin. Suomessa tällä hetkellä käytössä olevat RAI-järjestelmän laitoshoidon laatuindikaattorit (41 kpl) valikoitiin ja testattiin 90-luvulla noin 150 esitetystä tarjokkaasta (taulukko 1). Laatustandardit asetettiin niin ikään asiantuntijapaneeleissa. Tavoitteena oli määrittää hyvän hoidon raja-arvot sellaisiksi, että ne olisivat realistisesti toteutettavissa, mutta edellyttäisivät hoitavilta yksiköiltä ponnisteluja. Vuonna 2004 hyvän hoidon raja-arvo saavutettiin suomalaisessa laitoshoidossa keskimäärin kahdentoista laatuindikaattorin suhteen. Lisäksi edeltävän viiden vuoden aikana laitoshoidon laatu oli Suomessa kohenut kahdeksan ja heikennyt kuuden indikaattorin suhteen. Tulosten mukaan suomalaisen laitoshoidon Akilleen kantapää vaikuttaa olevat psyykenlääkkeiden runsas käyttö. Onneksi esimerkiksi säännöllinen unilääkkeisiin turvautuminen on eräs kahdeksasta nopeasti kohenemassa olevasta laatuindikaattorista. Suomalaisen laitoshoidon eräänä vahvuutena on luonnollinen hoito; letkuja tai katetreja asennetaan vain tarkoin harkiten.

Vertailua Yhdysvaltoihin

Kuviossa 1 verrataan suomalaista laitoshoidoa (aineisto 1.1.–31.12.2004) yhdysvaltalaiseen (11.9.2006) viiden laatuindikaattorin avulla. Tulokset vaikuttavat varsin samankaltaisilta virtsakatetriin käytön, painehaavojen sekä tahattoman painonlaskun suhteen. Sen sijaan Yhdysvalloissa kiinnitetään näköjään suurempaa huomiota vanhusten vapaaseen yksikössä liikkumiseen, koska vain 6 % asukkaista saa päivittäin tuolissa istuessaan vyön tai tarjottimen, joka estää heitä nousemasta itse seis-

Taulukko 1. RAI-järjestelmän laitos- ja kotihoidon laadun indikaattorit..

Laadun indikaattorit	Kotihoito	Laitoshoito
Ravitsemus	Riittämättömät ateriat (e) Painonlasku (e) Kuivuma (e)	Letkuravitsemus (e) Painonlasku (e) Kuivuma (e)
Lääkitys	Lääkäri ei ole tarkistanut lääkitystä (e)	Käytössä yli 8 lääkettä (e) Antipsykoottien käyttö ilman indikaatiota (e) *Rauhoittavien tai unilääkkeiden käyttö ilman indikaatiota (e) *Säännöllinen unilääkkeiden käyttö (e)
Pidätyskyky	Virtsanpidätyskyky ei ole parantunut (i)	Pidätyskyvyn vaje (e) *Pidätyskyvyn vaje ilman hoitoa (e) Katetri (e) Ulosteen pakkautuminen (e)
Haavat	Haavat eivät ole parantuneet (i)	Painehaavat (e) *Uudet painehaavat (i)
Fyysinen toiminta	Ei liikkumisapuvälinettä vaikka liikkumisvaikeuksia (e) Ei kuntoutusta vaikka kuntoutumisen potentiaalia (e) Toimintakyky ei ole kohentunut (i)	Vuoteeseen hoidettavat potilaat (e) Toimintakyvyn lasku (e) *Nivelten liikelaajuuden menetys (i) *Kuntoutuksen puute (e)
Kognitio, mieliala ja käytös	Sosiaalinen eristyminen (e) Kognition vaje ei ole korjaantunut (i) Äkillinen sekavuus (e) Alavireinen mieliala (e) Kommunikaatio ei ole kohentunut (i)	Vähän tai ei mitään aktiviteetteja (e) Käyttöoire joka vaikuttaa muihin (e) *Masennuksen diagnoosi tai oireet (e) Aivojen uusi vajaatoiminta (i)*
Kipu	Kova tai sietämätön päivittäinen kipu (e) Kivun lievityksen riittämättömyys (e)	
Turvallisuus ja ympäristö	Laiminlyönti / kaltoin kohtelu (e) Onnettomuudet (e) Kaatuminen (e)	Onnettomuudet (e) Uudet murtumat (i) Kaatuminen (e)
Muut	Ei influenssarokotusta (e) Sairaalaahoito (e)	Virtsainfektiot (e) Päivittäinen liikkumista rajoittavien välineiden käyttö

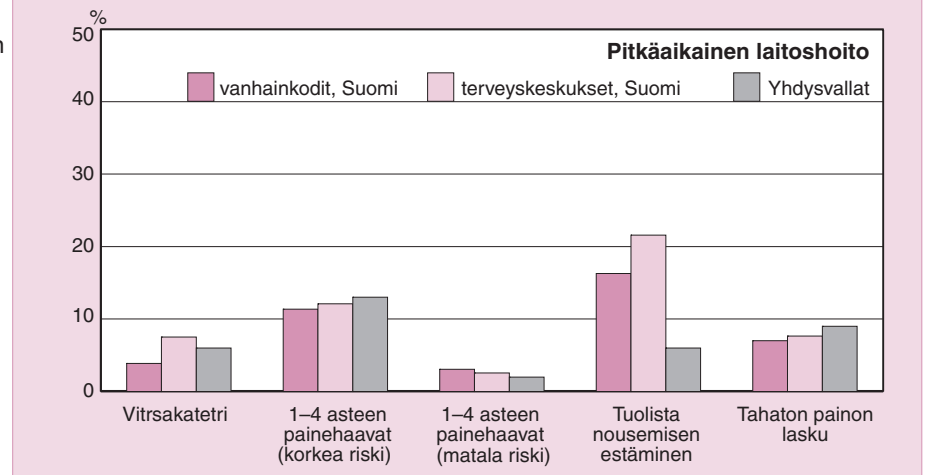
(e)= esiintyvyys
(i) =ilmaantuvuus
*riskivakioitu (laitosasukkaista) kotihoidon indikaattorit ovat riskivakioituja

Kuvio 1. Suomalaisen laitoshoidon laatu vuonna 2004 verrattuna yhdysvaltalaiseen laitoshoidon laatuun (11.9.2006) viiden laatuindikaattorin suhteen

maan. Suomessa sen sijaan näin tapahtuu vanhainkodeissa 16 ja terveyskeskusosastoilla 22 prosentille asukkaista.

Kuviossa 1 esitetään painehaavojen esiintyvyys riskivakioituna. Riskivakioinnilla pyritään eliminoimaan valikoitumisen aiheuttama mahdollinen vinouma ja saattamaan erilaisten yksikköjen samankaltaiset potilasryhmät keskenään vertailukelpoiksi. Korkean painehaavavariskin potilailla on yksi tai useampia seuraavista ongelmista: tajuttomuus, fyysisiä ongelmia siirtymisessä tai vuoteessa liikkumisessa, aliravitsemus, saattohoito, puolihalvaus, neliraajahalvaus tai ihon tuntohäiriö. Matalan riskin potilaat ovat sellaisia, joilla näitä ongelmia ei ole. Kuvion 1 laatuindikaattoreista painehaavat ovat vertailukelpoisia kaiken kolmen aineiston kesken. Muita esitettyjä indikaattoreita tulkittaessa pitäisi tietää ovatko aineistojen asiakasrakenteet samanlaiset. Suomalaisista aineistoista tiedämme, että vanhainkotien ja terveyskeskusten vuodeosastojen asiakasrakenteet eroavat toisistaan demensian asteen ja fyysisen toimintakyvyn vajeen suhteen siten, että terveyskeskuksissa toiminnanvaje on suurempi. Sen vuoksi näiden laitostyyppien keskinäisessä vertailussa kannattaa käyttää riskivakioituja laatuindikaattoreita silloin kun sellaisia on saatavilla.

Suomalainen kotihoidon laatu vaikutti pärjäävän laitoshoidon hieman paremmin kansainvälisessä vertailussa, kun laadun indikaattoreina käytettiin kotihoidon RAI-järjestelmän laadunindikaattoreita (taulukko 1). Nämä indikaattorit on kehitetty ja testattu kansainvälisenä yhteistyönä. Verrattuna suureen



yhdysvaltalaiseen ja kanadalaiseen riskivakioituun aineistoon suomalainen kotihoito pärjäsikin huomattavasti neljän, samantasoisesti kahdeksan ja paremmin kymmenen laatuindikaattorin suhteen 22 mahdollisesta indikaattorista. Suomalaisen kotihoidon kehittämiskohteet ovat ensisijaisesti vanhusten kuntoutus ja liikkumisen apuvälineiden allokointi sekä lääkäreiden suorittama lääkelistojen tarkistaminen. Influenssarokotuksiin kannattaa myös kiinnittää huomiota. Taulukosta 1 ilmenevät koti- ja laitoshoidon tämänhetkiset laadun indikaattorit. Kaikki kotihoidon indikaattorit ja osa laitoshoidon indikaattoreista on riskivakioitu, mikä helpottaa kaikenkaltaista vertailua.

Laadukasta vanhustenhoitoa

Kuitenkin laadun saralla on vielä muutakin arvioitavaa, johon tässä artikkelissa ei puututa. Ei ole yhdentekevää, kuinka asiakas vanhustalaitoksissa kohdataan -kuullaanko häntä vai puhutaanko hänen ylitseen. Hyvän kohtelun ja kohtaamisen indikaattorit ansaitsevat kokonaan oman kirjoituksensa. Lisäksi laadun saralla kannattaa kiinnittää huomiota myös vanhustalaitosten ulkoisiin suhteisiin kuten asumispalvelujen rakenteisiin, liikkumisen esteettömyyteen tai aikataulujen pitävyyteen.

Vaikka suomalainen vanhustalaitosten hoidon laatu vaikuttaisi kansainvälisessä vertailussa pärjäävän joko tyydyttävästi tai hyvin, tämä ei kuitenkaan merkitse sitä, etteikö kehitettävää olisi tilanteessa jossa kaikkialla maailmassa kaivataan selkeitä linjauksia hyvän hoidon tavoitteista. Kuntoutuksen ja ravitsemuksen suhteen löytyy kaikkialla kehitettävää samoin kivun ja masennuksen hoidossa. Systemaattisilla toistuvilla arvioilla voimme tuoda kehityskohteet näkyviksi – itse työ alkaa vasta tästä.

Kirjallisuutta:

- Finne-Soveri H, Björkgren M, Vähäkangas P, Noro A (toim). Kotihoidon asiakasrakenteet ja hoidon laatu - RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes. Vaajakoski 2006: 1-163.
- Hirdes JP, Fries BE, Morris JN, Ikegami N, Zimmerman D, Dalby DM, Aliaga P.
- Hammer S, Jones R. Home care quality indicators (HCQIs) based on the MDS-HC. Gerontologist. 2004; 44(5): 665-679
- Noro A, Finne-Soveri H, Björkgren M, Vähäkangas P (toim) Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus - RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes. Saarijärvi 2005.
- Stakesin asiantuntijoiden vastauksia kysymyksiin vanhusten huollosta ja hoitotakuusta. Työpapereita 23/2006. Stakes. Helsinki 2006.
- www.cms.org

Lisätieto:

LT geriatrian erikoislääkäri
ylilääkäri
Harriet Finne-Soveri
Stakes
Harriet.Finne-Soveri@stakes.fi

Jatkoa sivulta 5

Näytteiden kuljetus- ja säilytysajat ovat pidentyneet, koska laboratoriopalveluja tuotetaan yhä enemmän alueellisissa ja muissa suurissa yksiköissä. Hyvin toimiva kuljetus sairaanhoitopiirin alueella ei sinänsä aiheuttanut merkittäviä muutoksia tuloksiin. Potilaan huolellisella valmistautumisella laboratoriotutkimuksiin on suuri merkitys tulosten luotettavuudelle.

Laadunhallintajärjestelmille on terveydenhuollon laboratoriossa luotu hyvä perusrakenne, mutta niitä on syytä edelleen kehittää ottaen huomioon resurssien niukkuus. Järjestelmien paremmaksi hyödyntämiseksi niitä olisi hyvä kohdentaa paremmin laboratoriopalvelujen rajattujen osa-alueiden kehittämiseen.

Lähde: www.uku.fi

Kuopion yliopistossa tarkastettiin 12.4.2006 **Pirkko Kourin** väitöskirja *Äitiyshuollon palvelun, nettineuvolan, kehittämisen – lasta odottavien perheiden ja asiantuntijoiden näkemyksiä*. Väitöskirja kuvaa, miten lasta odottavat perheet kehittivät nettineuvolan kautta virtuaalisen yhteisön, jossa he tukivat toisiaan samanlaisen elämäntilanteen myötä ja antoivat palautetta äitiyshuollon palveluista. Äideille ja isille muodostui äitiys- ja lastenneuvolavaiheen aikana virtuaalisen kontaktin lisäksi fyysisiä kontakteja ja he auttoivat toisiaan arjen sujumiseksi.

Nykyajan lasta odottavat vanhemmat ovat tottuneet välilliseen vuorovaikutukseen internetin tai matkapuhelinten tekstiviestien avulla. Neuvolapalveluita täydentävä nettineuvola mahdollistaa virtuaaliyhteisön syntymisen, jolloin lasta odottavat voivat vaihtaa ajatuksia ja kokemuksia vuorokauden ympäri. Virtuaaliyhteisössä asioita voidaan pohtia vailla valmiita ratkaisuja sekä käydä läpi epävarmuuden ja keskeneräisyyden tunteita. Perinteisessä äitiysneuvolatoiminnassa tähän ei useinkaan ole aikaa kiireen vuoksi. Äitiyshuollon asiantuntijoille virtuaaliyhteisö antaa tietoa lasta odottavien perheiden tiedon ja tuen tarpeesta sekä palautetta äitiyshuollon palveluiden onnistumisesta.

Tutkimuksessa selvitettiin myös äitiyshuollon asiantuntijoiden kokemuksia nettineuvola-palvelusta osana arjen työtä. Asiantuntijat jakaantuivat kolmeen ryhmään. 'Epäilijät' halusivat työn säilyvän entisellään. He eivät osanneet käyttää tietokoneita ja jopa pelkäsivät niitä. 'Hyväksyjät' olivat tyytyväisiä työhönsä, mutta olettivat tietokoneiden väistämättä tulevan

osaksi arjen työtä. He opettelivat koneen käytön, kun siihen on tarve. 'Tulevaisuuteen luottajat' pitivät tietokonetta luonnollisena osana työtään, halusivat osallistua virtuaalisten palveluiden kehittämiseen ja kouluttivat toisiaan. Kaikki äitiyshuollon asiantuntijat olettivat, että tulevat vanhemmat osaavat jo koulutuksensa vuoksi käyttää tieto- ja viestintä-tekniisiä äitiyshuollon palveluita. Kaikki asiantuntijat toivoivat käyttäjälähtöistä koulutusta. Tiedon käsittelyn tietosuoja-asiointa pidettiin tärkeinä.

Äitiysneuvolatoiminta on Suomessa ehkäisevän terveydenhuollon tärkeimpiä toimintamuotoja. Neuvolan palveluita käyttää vuosittain noin 56 000 naista. Suuri osa tulevista isistä tulee neuvolapalveluiden pariin perheellisyyden yhteydessä. Neuvolatoiminta on vastaanottotoimintaa, puhelinneuvontaa, kotikäyntejä ja perhevalmennusta lasta odottaville ja heidän kumppaneilleen. Toiminnan tavoitteena on turvata odottavan äidin, sikiön ja vastasyntyneen paras mahdollinen terveys ja tukea samalla sekä parisuhdetta että vanhemmuuden kasvua.

Tuoreiden selvitysten mukaan neuvolajärjestelmän perusta on vielä kunnossa, mutta toiminnan sisältö voisi vastata paremmin lasta odottavien perheiden tarpeita. Tämä edellyttää nopeita toimenpiteitä, kuten ensisijaisesti henkilöstö-resurssien parantamista. Myös äitiysneuvoloiden sähköiset palvelut voisivat olla yksi lisäkeino säilyttää neuvoloiden toimintakyky.

Internetin kautta on mahdollista jakaa luotettavaa tietoa lapsen odotukseen, synnytykseen ja sen jälkeiseen aikaan liittyvistä asioista. Vanhempien vertaisryhmien toiminta on keskeinen, mutta liian vähän käytetty keino sekä parisuhteen että vanhemmuuden taitojen parantamiselle ja kokemusten välittämiseksi.

Terveydenhuollon tieto- ja viestintätekniikan projekti muodosti nettineuvola-verkkopalvelun kehittämisperustan. Kehittämistyöhön osallistuvien mielestä onnistunut projekti vaati eri alojen asiantuntijuutta sekä myönteistä sitoutumista kehittämiseen. Projektiin osallistuvien organisaatioiden tuki, kuten ajan ja työvälineiden antaminen projektityöntekijälle oli erittäin tärkeää nettineuvolan käyttöönottoaiheessa. Projektityötä edisti luottamuksellinen ja avoin ilmapiiri sekä jokaisen asiantuntijan erikoistaitojen arvostaminen ja kokemuksen hyödyntäminen. Sujuvaa yhteistyötä haittasivat eri asiantuntijoista koostuvan projektiryhmän erilaiset työtavat sekä eri organisaatioiden työskulttuurit.

Lähde: www.uku.fi

Vuokrataloista palveluasuntoja

Aravavuokra-asuntoja on jäänyt Suomessa tyhjiin arviolta noin viisituhatta ja määrä on kasvamassa erityisesti väestöään menettävillä paikkakunnilla. Tyhjiin olostu koituu ylimääräisiä kustannuksia asuntojen omistajille, muille asukkaille ja välillisesti myös veronmaksajille. Suomessa ei kuitenkaan olla vielä lähdeetty vuokratalojen laajamittaiseen purkamiseen vaan tyhjien asuntojen ongelmaa on pyritty ratkaisemaan muilla keinoilla; niitä on muutettu mm. palveluasumiseen.

Ympäristöministeriön tilaamassa tutkimuksessa ”Vuokratalon uusi elämä” selvitettiin onnistuneita esimerkkejä toteutetuista vuokratalojen käyttötarkoituksen muutoksista eri puolelta Suomea. Tehtyjen muutosten laajuus vaihteli pienestä muutaman asunnon saneerauksesta aina kokonaisen kerrostalon käyttötarkoituksen muutokseen. Suurin osa tutkituista kohteista oli muutettu eri tyyppisiksi palveluasunnoiksi; muita olivat muutokset päivähoitokäyttöön, omistusasunnoiksi tai lomaosakkeiksi.

Erilaisia palveluasumisratkaisuja

Porissa muutettiin seitsemänkerroksinen lamellitalo kokonaisuudessaan vanhus-ten palveluasunnoiksi. Kemissä tehtiin kolmesta vuokrakerrostalosta vanhus-ten, kehitysvammaisten ja mielenterveyskuntoutujien palveluasuntoja. Kannuksessa laajennettiin ja saneerattiin vanhusten rivitaloasuntoja ja palvelukeskus paremmin huonokuntoisille vanhuksille sopiviksi. Iisalmessa saatiin käyttötarkoituksen muutoksen myötä opiskelija-asuintalosta palveluasuntoja vanhuksille ja liikuntaesteisille. Leppävirralla muutettiin aravakerrostalon yksi porras vanhusten hoivakotikäyttöön.

Lisärakentamisella oli saatu lisää oleskelutiloja sekä toimivia sisäänkäyntejä ja hissejä. Kannuksen kohteessa oli laajennusosan avulla onnistuttu saamaan osa palveluasunnoista sisäyhteyden päähän palvelukeskuksesta. Iisalmessa rakennukseen oli lisätty neljäs kerros, jolloin hissin rakentaminen ja koko hanke saatiin kannattavammaksi. Hyvänä pidettiin useissa kohteissa sitä, että asukkaille on tarjolla varustetasoltaan erilaisia huoneita; eroavathan asukkaatkin usein melkoisesti toimintakyvyltään. Kaikille ei ole turvallista, että huoneessa on minikeittiö tai asunnon yhteydessä oleva parveke.

Palveluasunnot oli tehty yleisimmin joko jakamalla suurempia huoneistoja pienemmiksi tai ne olivat entisiä yksioita tai kaksioita, joiden kylpyhuonetilat oli suurennettu ja keittiöistä tehty liikuntaesteisille sopivia. Värien käyttö oli myös selvästi lisääntynyt ja niiden avulla oli saatu luotua viihtyisiä ja paremmin hahmotettavia tiloja. Yhdessä kohteessa henkilökunta itse maalasi seinät, koska koki ne liian yksitoikkaisiksi. Värien käytössä on kuitenkin otettava huomioon vanhusten ja erityisesti dementiaa sairastavien hahmotusrajoitukset,



Anneli Lyytikä

Puistolalan palvelukeskus (Kannus); laajennusosaan tehty pyörätuolin pesutila

Toteutusten onnistuminen

Pääosin ratkaisut olivat haastattelujen ja paikalla arvioinnin perusteella toimivia ja viihtyisiä. Monessa kohteessa oli kuitenkin ongelmana, että asukkaat olivatkin huonokuntoisempia kuin mitä alunperin oli suunniteltu. Henkilökuntaa tarvittiin alkulaskelmia enemmän ja sosiaaliliitat eivät olleet mitoitettuja tälle määrälle. Myöskään mieshoitajien sosiaaliliitoja ei oltu otettu huomioon.

Ryhmäkotityyppisissä kohteissa olivat asuinhuoneet nykyohjeistukseen (n. 20 m² + oma invamitotettu kylpyhuone) nähden useissa kohteissa liian pieniä;

ne vaihtelevat kooltaan 8,5–18 neliömetriin; kahden hengen huone saattoi olla vain 14,5 m². Ryhmäkodeissa oli yleensä 2–3 asukkaalla käytössään yhteinen kylpyhuonetila.

Lähes kaikissa kohteissa oli pyritty liikuntaesteisyyden poistamiseen ja yleensä siinä on pääpiirteittäin myös onnistuttu. Saunojen suunnittelu liikuntaesteisille sopiviksi ei kuitenkaan aina ollut onnistunut; pyörätuolin käyttäjälle ei oltu varattu tilaa ja tavallisille korkeille lauteille oli liikuntaesteisen vaikea päästä avustettunakin.

Vaikutukset asuinalue- ja kuntatasolla

Vuokratalon muuttaminen vanhusten palveluasumiskäyttöön vähentää kalliiden laitoshoitopaikkojen tarvetta. Palvelutalo tuo myös alueelle työpaikkoja. Vanhuksia voidaan usein sijoittaa lähemmäs entistä asuinpaikkaa kuin aikaisemmin ja tällä on suuri merkitys sekä vanhuksille että heidän omaisilleen. Myös lähitalojen vanhuksia houkuttaa muutto hissilliseen ja saneerattuun taloon, kun he saavat pysyä omalla alueellaan. Omakotialueiltakin ikääntyvät ihmiset muuttavat mielellään keskemällä olevaan kerrostaloon, jossa liikuntaesteisyysasiat on otettu huomioon.

Palvelutalot tarjoavat erilaisia kodinhoito-, ateria-, kuntoutus- ym. palveluja myös kohteiden lähiympäristön vanhuväestölle, jolloin alueen palvelutaso paranee. Jo yhdenkin vuokratalon saneeraaminen voi parantaa asuinympäristön imagoa ja mainetta. Vaikka yksi hanke ei sellaisenaan ratkaise tyhjien asuntojen ongelmaa, se kuitenkin kääntää osaltaan alueen ”huonoa kierrettä” parempaan suuntaan.



Vehkaperän hoitokodin (Leppävirta) viihtyisä, moderni oleskelutila

Anneli Lyytikkä

Hyvä ennakkosuunnittelu tärkeää

Hyvä ennakkosuunnittelu- ja valmistelu, monitahoinen lähestymistapa ja seutoikohtainen kokonaissuunnitelma ovat muutosprosessin peruslähtökohdat. Hankkeen valmistelulle on varattava riittävästi aikaa, mm. erilaisten avustusten hakeminen on pitkä prosessi.

Tulevien käyttäjien profilointi on kuitenkin usein vaikeaa. Eri käyttäjillä on erilaiset vaatimukset paitsi tilojen, kalusteiden ja varusteiden myös henkilökunnan määrän suhteen. Jos käyttäjät ovat huonokuntoisempia, kuin on ajateltu, voivat henkilökuntatilat käydä riittämättömiksi. Tehdystä käyttäjäprofiilista tulisi pitää kiinni ja käyttö suunnitella pitkällä tähtäimellä. Suunnitelmaan on

kuitenkin sisällytettävä tarpeellinen muuntojousto, mikä on otettava huomioon mm. rakenneratkaisuja ja teknisiä järjestelmiä ja varauksia suunniteltaessa. Myös ympäristön esteettömyyteen on kiinnitettävä erityistä huomiota.

Lisätietoja:
Arkkitehti
Anneli Lyytikkä
Ympäristösuunnittelu OK
anneli.lyytikka@ymparistosuunnittelu.com

Stakes ja Suomen Kuntaliitto järjestävät sosiaali- ja terveydenhuollon koulutuspäivän

IDEOITA JA KEINOJA TURVALLISUUDEN KEHITTÄMISEEN

16.11.2006, Helsinki, Stakes, kokoustila Lokki

Päivän tavoitteena on esitellä käytännön malleja ja ratkaisuja sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden turvallisuuden (mm. riskienhallinnan, potilasturvallisuuden ja työturvallisuuden) kehittämiseen. Alustajat ovat valmistautuneet vastaamaan osanottajien kysymyksiin. Esillä on lisäksi turvallisuuteen liittyvää kirjallisuutta ja materiaaleja.

9.30 Ilmoittautuminen ja kahvi

Tervetuloa turvallisuuteen!

10.00 Turvallisuus – mitä kaikkea se on? Tiivis tukipaketti näkökulmista
Erikoissuunnittelija Maarit Outinen, Stakes, Kuntapalvelut, päivän puheenjohtaja

Käytännön malleja ja ratkaisuja

10.30 Potilas ja omainen potilasturvallisuutta kehittämässä
Ylihoitaja Maria Hallman-Keiskoski, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri

11.15 Lääkehoito turvallisemmaksi – apua uudesta oppaasta
Erikoistutkija Anne Lehtonen, Kansanterveyslaitos/ Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO

12.00 Lounas

Lisää välineitä turvallisuuspolulle

12.45 Ikääntyneiden kaatumistapaturmat ja niiden ehkäisy hoitolaitoksissa
Erikoistutkija Sanna Sihvonen, Kansanterveyslaitos, Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyn yksikkö

13.30 RAI -menetelmä hoidon turvallisuuden tietolähteenä ja analyysin apuna
Erikoissuunnittelija Harriet Corin, Stakes, Kuntapalvelut

14.00 Päiväkahvi

14.30 Päivähoidon turvallisuutta kehittämään ja suunnittelemaan
Yli-insinööri Olli Saarsalmi, Sosiaali- ja terveysministeriö, Perhe- ja sosiaaliosasto

15.10 Työturvallisuusriskien arviointi Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä
Turvallisuuspäällikkö Anna Tamminen, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri

15.45 Sosiaali- ja terveydenhuollon laitteiden ja välineiden turvallisuus – kehittämistä riittää
Huoltopäällikkö Into Hyötylä, Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri

16.30 Päivän yhteenvetokeskustelu

17.00 Päivä päättyy, turvallista kotimatkaa!!

Koulutuspäivän hinta on 90 euroa, joka sisältää koulutusmateriaalin lisäksi kahdet kahvit ja lounaan.

Sitovat ilmoittautumiset viimeistään 25.10 mennessä sähköpostitse Maarit Outiselle (maarit.outinen@stakes.fi). Erillistä osallistumisvahvistusta ei lähetetä. Peruuntuvasta osallistumisesta tulee ilmoittaa kirjallisesti. Peruuttamatta jättäneet maksavat koko osallistumismaksun. Osallistumismaksun laskutamme koulutuspäivän jälkeen.

Lisätietoja Maarit Outinen (maarit.outinen@stakes.fi) tai puhelimitse 0400 834 987

TERVETULOA ITE -KÄYTTÄJÄPÄIVÄÄN KUNTATALOLLE 15.11.2006

Suomen Kuntaliiton sosiaali- ja terveysyksikkö järjestää kuudennen kerran ITE-menetelmän käyttäjien foorumin. Päivä on tarkoitettu sekä vanhoille että uusille käyttäjille. Päivän aikana saat uusia näkökulmia, ideoita ja eväitä menetelmän tulokselliseen käyttöön sekä vertaistukea ja vahvistusta itsearviointitaitoihin. Ohjelmassa on myös vasta-alkajien oma parituntinen sessio. Päivän hinta on 80 euroa + alv. 22 %. Ilmoittautuminen viimeistään 3.11. mennessä ilmoittautumislomakkeella www.kunnat.net/soster> Tapahtumia. Lisätietoa ohjelmasta antaa Tupu Holma ja käytännön järjestelyistä Heidi Heiskanen etunimi.sukunimi@kuntaliitto.fi

OHJELMA 15.11. Kuntatalo iso luentosali, Toinen Linja 14

9.00 Ilmoittautuminen ja tulokahvi

9.30 Tervetuloa.

Ajankohtaista ITE-menetelmästä: uusia avauksia ja tuotekehittelyä. Näkökulmia menetelmän käyttöön mittarina – case lastensuojelujen laadun kehittämishanke (aLAPA) Päijät-Hämeessä.
Erityisasiantuntija Tupu Holma

10.00 **Katsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan tilaan.**

Vertailutietoa Stakesin selvityksen pohjalta.
Erikoissuunnittelija Maarit Outinen, Stakes

10.30 Tauko

10.45 **Tutkittua tietoa ITE menetelmästä.** Alustukset ja keskustelu.

Työyksikön itsearviointi lähijohtajien työvälineenä. Pro gradu -tutkielman tuloksia.
Työvoimapolitiittinen asiamies Tiina Sipilä, Tehy ry.

Kehittävä itsearviointi työyhteisössä – kokemuksia ja arviointia menetelmien soveltamisesta 'sosiaalitoimistojen kehittämisen hyvät käytännöt -hankkeen' tiimoilta.
Kehittämispäällikkö Riitta Seppänen-Järvelä, Tutkija Katri Vataja, Stakes

12.30 Lounas

13.30 **Esimerkkejä ITE –menetelmän käytöstä ja hyödyntämisestä**

Yksikön toimintajärjestelmän dokumentointi
Balanced Scorecard (BSC) -viitekehityksessä.
Osastonhoitaja Mervi Kaasinen, Lohjan tk

Koko kuntayhtymä ITE menetelmän käyttäjänä: tulosten analysointi ja hyödyntämisen haasteet.

Laatu- ja kehittämispäällikkö Riitta Suhonen, Forssan seudun terv.huoll.ky

ITE-menetelmä laatupalkintokilpailun runkona Lahden sosiaali- ja terveystoimessa.

Kehittämiskoordinaattori Päivi Visakorpi, Lahden kaupunki

VASTA-ALKAJIEN SESSIO (kokoushuone B 4.10)

Session vetäjinä ja alustajina kuntoutuspäällikkö Riitta Tolvanen, Kruunupuisto ja laatuvaastaava Merja Vihma, Johanneskoti

13.30 Rautaisannos perustietoa ITE-menetelmästä ja sen käytöstä.

14.15 Usein esitettyjä kysymyksiä. Vastauksia myös osallistujien esittämiin kysymyksiin.

14.45 Siirtyminen isoon luentosaliin

YHTEINEN OHJELMA LUENTOSALISSA JATKUU

15.00 **Tulevaisuudennäkymät ja mahdollisuudet. TE-tukiryhmän visiot, linjaukset ja kehittämishaasteet.**

Puheenvuorot ja keskustelu. Merja Vihma Johanneskoti, Titta Karppinen Etelä-Karjalan keskussairaala, Maarit Outinen Stakes, Pirjo Berg Qulisan Oy, Riitta Tolvanen Kruunupuisto

16.00 Päivä päättyy

Neurologian dosentti, Ylilääkäri
Jaana Suhonen
Neurologian poliklinikka,
Jokilaakson sairaala

Geriatrian ja yleislääketieteen
erikoislääkäri, Ylilääkäri
Terhi Rahkonen
Muistipoliklinikka, Jämsän seudun
terveydenhuollon kuntayhtymä

Ylihoitaja, TtT
Tarja Kettunen
Jämsän seudun terveydenhuollon
kuntayhtymä

Laatua muistipotilaiden hoitoon

14

Muistipotilaiden hoidon resursointi ja organisointi on yksi tärkeimmistä vanhustenhuollon tulevaisuuden haasteista. Vanhusten määrä kasvaa Jämsän seutukunnan alueella hitaasti vuoteen 2010 saakka, mutta sen jälkeen alkaa erittäin voimakas ikärakenteen muutos, jossa vanhusten määrä kasvaa aina vuoteen 2030 asti (Taulukko 1). Jämsässä ja Jämsänkoskella on tehty useita palvelurakenteen tai vanhushuollon palveluiden selvityksiä, joista tuorein on tehty Jämsän seudun terveydenhuollon kuntayhtymän ja alueen kuntien kanssa yhteistyönä ja on nimeltään Jämsän seudun vanhushuollon strategia 2003–2010.

Jämsän seudun terveydenhuollon kuntayhtymässä laatutyö on valittu yhdeksi tärkeimmistä menetelmistä toimintojen kehittämisessä. Laatutyötä koordinoi moniammatillinen laatutyöryhmä, joka kokoontuu kerran kuussa. Kuntayhtymässä laatu halutaan ymmärtää erityyppisten terveydenhuollon toimintojen prosessinhallintana. Laatuajattelu tulisi sisältyä osaksi jokapäiväistä työtä kaikissa henkilöstöryhmissä. Laadun kehittämisjärjestelmäksi valittiin keväällä 2006 ISO 9001-2000 laadunhallintajärjestelmän, joka nähtiin luontevaksi jo menossa olevien kehittämishankkeiden vuoksi. Laatuajattelu haluttiin myös antavan tilaa omannäköiselle kehittämiselle, jossa organisaatio itse voi määrittellä arviointikriteerinsä noudattaen suhteellisen väljää ISO 9001-2000 kehikkoa. Toisaalta laadunhallinnalta odotetaan

sekä sisäistä että ulkoista vertailtavuutta. Laatutavoitteissa ensi vaiheen prioriteeteiksi on asetettu asiakaspalautejärjestelmän uusiminen, laatusuosituksen käyttöön saattaminen sekä hoitoketjujen tehostaminen.

Laatutyön lähivuosien suunnitelmaa on työstetty paitsi Laatu- ja Johtoryhmässä myös hoitotyön johtajien kokouksissa. Henkilökunnan osaamisen arviointi on käynnistynyt jo viime vuoden puolella ja se täydentyy ensi kevääseen mennessä. Syksyllä 2006 aloitetaan pienryhmissä laatuksikirjojen ja perehdyttämisohjelmien järjestelmällinen työstäminen. Vastuuhenkilöt on jo nimetty ja ryhmiin kootaan henkilöitä sekä perusterveydenhuollosta että erikoissairaanhoidosta. Syksyn ohjelmaan kuuluvat myös yksikkökohtaiset tilanteen kartoitukset ITE -arvioinnin ja tu-

losyksikköjohtajien haastattelujen avulla. Ensi vuonna koulutetaan sisäiset auditoijat ja päästään aloittamaan omat auditoinnit.

Muistipoliklinikan toiminta

Kuntayhtymässä on noussut vahva halu kehittää omia hoitoprosesseja kustannusvaikuttavuus huomioiden toimivimmiksi, unohtamatta palveluketjujen ydintoimintoa potilasta ja hänen hoitamistaan. Laaja-alaisella kehittämistyöllä halutaan saada palveluketjut kuntoon tulevaisuuden palvelurakenteen muuttosta ja mahdollista kilpailuttamista varten. Muistipotilaan palveluketjussa kuntayhtymässä toimii kaksi erillistä muistipoliklinikkaa kiinteässä yhteistyössä. Perusterveydenhuollon vastuulla on geriatrinen muistipoliklinikka ja erikoissairaanhoidon vastuulla on neurologinen muistipoliklinikka.

JSTHKY:n muistipotilaan hoitoketju perustuu Keski-Suomen Sairaanhoitopiirin (KSShp) alueellisen muistipotilaiden hoitoketjuun (www.terveysportti.fi), joka on ollut voimassa vuodesta 1995 ja sitä on päivitetty vuonna 2004. Uusi päivitys on suunnitella syksyille 2006 Alzheimerin taudin diagnostiikan ja lääkeshoidon Käypä Hoito suosituksen ilmentymisen myötä.

Alueellisen hoidon porrastusohjeen mukaan geriatri vastaa yli 65-vuotiaista

Taulukko 1. Väestö, väestöennuste sekä vaikean ja keskivaikean dementian esiintyvyys Jämsän seudulla

Ikä	Dementian vallitsevuus ¹	2005		2010		2020	
		Väestö	Dem	Väestö-enn.	Dem	Väestö-enn.	Dem
15–64	0.26	16 047	41	21 936	57	19 338	50
65–74	4.2	2 787	117	4 334	182	5 702	239
75–84	10.70	2 004	214	2 784	298	3 330	356
85+	35.0	507	177	968	339	1 133	396
Yht.		21 345	549	30022	876	29 503	1041

¹ Dementian vallitsevuus % = Vaikeasti ja keskivaikeasti dementoituneiden %-osuus ikäryhmästä

Asianmukainen taudinmääritys tehdään arvion mukaan Suomessa vain alle 50 %:lle etenevää muistisairautta sairastavista potilaista.

muistipotilaista ja työikäisten osalta hoitovastuu kuuluu neurologille. Tähän perustuen on Jämsässä kehitetty perusterveydenhuoltoa palveleva ikäihmisten muistipoliklinikka ja vastaavasti Jokilaakson sairaalan neurologian poliklinikalla toimii työikäisen muistipotilaan erityispiirteet huomioiva muistipoliklinikka. Molemmat muistipoliklinikat sijaitsevat samassa rakennuksessa, mutta eri toimipisteissä. Molemmilla poliklinikoilla on omat muistihoitajat ja sosiaalityöntekijät. Toiminnassa korostuu tiimityö, moniammatillisuus ja tiivis yhteistyö muistipoliklinikkojen välillä. (Taulukko 2)

Asianmukainen taudinmääritys tehdään arvion mukaan Suomessa vain alle 50 %:lle etenevää muistisairautta sairastavista potilaista. JSTHKY:n alueella voidaan epidemiologisten tutkimusten perusteella laskea noin 65 henkilön sai-

rastuvan vuosittain dementiaan. Vuosittain uusia demenciasairauksia todetaan Jämsän muistipoliklinikoilla likimain sama määrä. Työikäisistä (30–65-vuotiaasta) dementiaa sairastavia on noin 0,25 %. Jämsän seutukunnalla tämä tarkoittaa noin 70 alle 65-vuotiaasta dementiapotilasta. Alzheimerin tautia on eniten, mutta frontaalisen dementian ja perinnöllisten dementioiden osuus on suurempi kuin iäkkäillä (kuvio 1). Neurologian muistipoliklinikalla huomattavalla osalla muistioireisista potilaista ei tutkimuksissa löydy merkittävää muistisairautta, vaan muistioireen taustalla ovat muut syyt kuten masennus, työuupumus tai eristeiset lukihäiriöt. Alkoholien aiheuttamien muistiongelmien lisääntyminen on myös nähtävissä. Työikäisillä lähete muistitutkimuksiin tulee yleensä työterveyslääkäriltä, psykiatrialta, terveyskeskuslääkäriltä tai työvoimatoimiston aloitteesta. Työikäisiä muistipotilaita hoidettaessa korostuu yhteistyö työterveyslääkäreiden ja psykiatrien kanssa.

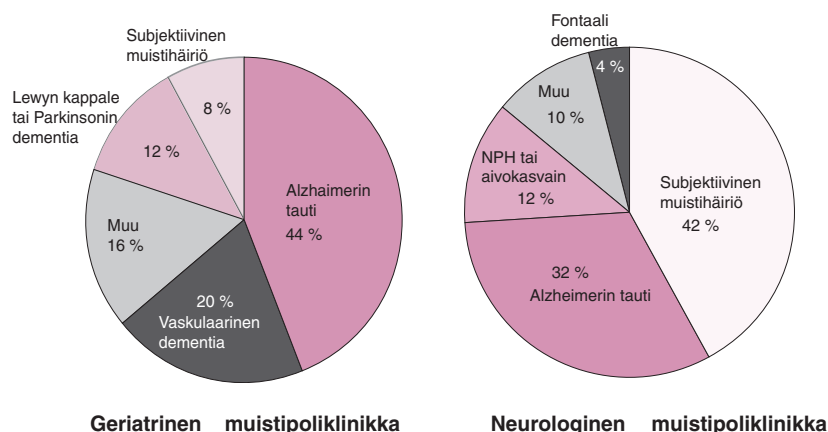
Geriatrisen muistipoliklinikan potilasta yli 75 %:lla todetaan jokin dementoiva sairaus. Valtaosalla potilaista on lisäksi useita muita muistitoimintoihinkin vai-

kuttavia pitkäaikaisia sairauksia. Tiivis yhteistyö terveyskeskuslääkäreiden ja eri alojen erikoislääkäreiden kanssa toimii samassa rakennuksessa joustavasti ja on kokonaisvaltaisen hoidon kannalta välttämätöntä. Läheteitä geriatriselle muistipoliklinikalle tulee sekä terveyskeskuslääkäreiltä että aluesairaalan puolelta.

Muistihoitajien koulutukseen on mm. sairaanhoitopiirin toimesta systemaattisesti panostettu kaikkien jäsenkuntien osalta. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin tavoite (2–3 koulutettua muistihoitajaa/terveyskeskus) muistihoitajien osalta on Jämsän seudulla toteutunut. Jokaisella terveysasemalla ja kotisairaanhoidossa on koulutetut muistitestejä (Mini Mental State Examination -testi sekä CERAD-testi) tekevät hoitajat. Muistipulmaa epäilevä potilas voi ilman lääkärin lähetettä hakeutua muistihoitajalle testeihin ja tätä kautta tarvittaessa tarkempiin tutkimuksiin. Perusterveydenhuollon muistihoitajat testaavat niin geriatrisia kuin neurologisia muistipotilaita. Palveluiden nopeuteen ja saatavuuteen panostetaan, jonoja lyhennetään tarvittaessa lisätyöllä. Neurologin ja geriatrin muistitutkimuksiin pääsee 4–8 viikossa ja tätä

Taulukko 2. Laatutyön välineitä muistipoliklinikan toiminnan kehittämisessä

- Seutukunnan vanhushuollon strategia vuosille 2003–2010
- Potilaslähtöinen ajattelu – yksilöllinen hoito- ja palvelusuunnitelma
- Säännölliset asiakastytyväisyyskyselyt
- Säännölliset kehittämiskokoukset (erikoissairaanhoido, perusterveydenhuolto, sairaanhoitopiiri)
- Päivitetyt muistipotilaan hoitoketjut
- Henkilökunnan perehdyttämisoppaat
- Jatkuva sisäinen ja ulkoinen koulutus
- Osallistuminen tieteelliseen tutkimustyöhön
- Kirjaaminen ja dokumentointi ohjeistettu
- Työhyvinvointiin panostaminen
- Riskeihin varautuminen ja vähältä piti tilanteiden huomiointi
- Muistipoliklinikan toiminnan benchmarking 2007
- Verkostoituminen muiden toimijoiden kanssa
- Internetin hyödyntäminen muistipotilaan hoidossa



Kuvio 1. Geriatrisen ja neurologisen muistipoliklinikan diagnoosijakaumat (%) 2005

ennen on tehty tarvittavat muistipotilaan tutkimukset eli muistihoidajan testit, aivojen kuvantaminen ja tarvittavat muut lisäselvittelyt kuten laboratoriotutkimukset.

Muistipotilaan vastaanottokäynti lääkärillä noudattaa aiemmin sovittua toimintamallia. Potilaan omainen on vastaanotolla läsnä ja usein myös muistihoidaja. Neurologian poliklinikalla lääkärin käyntiin liittyy aina muistihoidajan ohjauskäynti vastaanoton jälkeen. Terveyskeskuksessa on toistaiseksi jouduttu tästä luopumaan, sillä ikäihmiset eivät tahdo enää lääkärikäynnin jälkeen jaksaa hoitajan ohjausta eivätkä resurssit ole tätä toistaiseksi mahdollistaneetkaan. Tulevaisuudessa tavoitteena on erillisen ohjausajan sopiminen myöhemmin muistihoidajalle. Tavoitteena on lisäksi kehittää puhelimitse tapahtuvia hoitajan/lääkärin seurantayhteydenottoja esimerkiksi lääkkeiden sivuvaikutusten, annosten tarkistamisen ja mahdollisten käytösoireiden seurannassa. Jokaiselle muistipotilaalle laaditaan yksilöllinen palvelu- ja kuntoutussuunnitelma. Konsultaatiokynnystä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä on pyritty madaltamaan. Terveyskeskuslääkärit, kotisairaanhoidon ja vanhainkodin hoitajat sekä yksityisten dementiakotien hoitajat voivat suoraan soittaa tai laittaa sähköisen viestin muistipoliklinikan erikoislääkärille dementiapotilaan ongelmatilanteissa. Vuosittain on kuntayhtymän alueella lisäksi järjestetty uusille dementiapotilaille ja heidän omaisilleen kaksipäiväiset ensitietopäivät yhteistyössä paikallisen dementiayhdistyksen kanssa.

Muistipoliklinikan tulevaisuuden haasteet

Ratkaisemattomia tulevaisuuden ongelmia on vielä useita. Suurin osa näistä

liittyy ammattitaitoisen henkilökunnan saatavuuteen, laitoshoidon ja kotipalveluiden järjestämiseen sekä taloudellisiin resursseihin. Tulevaisuudessa tarvitaan lisää geriatrian ja neurologian erikoislääkäripalveluita sekä muistipotilaan erityistarpeisiin perehtyneitä yleislääkäreitä ja hoitohenkilökuntaa. Ammattitaitoisen hoitohenkilöstön saatavuus on toistaiseksi kuntayhtymässä ollut hyvää, mutta saatavuuteen liittyvät ongelmat lisääntyvät lähi vuosina. Dementoituneiden määrän kasvu (Taulukko 1.) merkitsee sitä, että tarvitaan nykyistä enemmän myös ympärivuorokautista palveluasumista tai laitospaikkaa hoitoa. Työikäisten dementiapotilaiden erityistarpeet tulisi myös huomioida asumispalveluita suunniteltaessa.

Ikääntyvien muistipotilaiden demensian diagnoosin teko olisi hyvä säilyä jatkossakin erikoislääkärillä, mutta terveyskeskuslääkärin rooli tulee korostumaan tulevaisuudessa muistipotilaiden jatkohoidon ja seurannan osalta. Lääkäreiden koulutussuunnitelma muistipotilaan hoitoketjusta ja Käypä hoidosta on jo olemassa ja koulutukset alkavat syksyllä 2006 yhteistyössä sairaanhoitopiirin kanssa. Työikäisten muistipotilaiden dementia diagnostiikka ja hoidon alkuvaiheen seuranta on aiheellista jatkossakin keskittää erikoislääkärille. Muistihoidajien rooli dementiapotilaan hoidossa tulee korostumaan, joten muistihoidajien määrä ja koulutusta tulisi lisätä. Myös yhteistyötä paikallisen Dementiayhdistyksen kanssa tulee vahvistaa. Kotihoidon jatkuvuutta tukeva dementia potilaiden kuntoutustoiminta etsii vielä muotoaan.

Muistipotilaan hoitoketjuketjun toimivuus vaatii osaavien ammattilaisten ryhmätyötä, jossa määrällisesti suurin tehtävä lankeaa perusterveydenhuollol-

le. Aktiivisella ongelmien tiedostamisella ja valtakunnalliset suositukset huomioidulla toimintojen kehittämällä pyritään vastaamaan tähän haasteeseen. Tuleva kunta- ja palvelurakenteen uudistus toivottavasti parantaa kuntarahoituksen vakautta ja ennustettavuutta mahdollistaen paremman taloudellisen resursoinnin muistipotilaiden hoitoon. Suuremmat väestöpohjat voisivat tuoda kunnille paremmat mahdollisuudet toteuttaa hallitusti ja suunnitelmallisesti ikärakenteen muutoksesta aiheutuva palvelutarpeen kasvu. Ikärakenteen muutokseen varautumisessa on tulevaisuuden avainkysymyksiä myös muistipotilaiden hoidon osalta.

Kirjallisuutta

1. SFS – EN ISO 9001:2000 Laadunhallintajärjestelmät. Vaatimukset.
2. ITE. Menetelmä työyksikön itsearviointiin ja laadunhallintaan sosiaali- ja terveydenhuollossa. 2003. Suomen kunta-liitto.
3. www.terveysportti.fi/ Alueellinen muistihäiriöpotilaan hoitoketju, KSSHp 31.12.2004. www.terveysportti.fi/ Muistihäiriöpotilaiden tutkiminen ja hoito Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä 2004.
4. Alzheimerin taudin diagnostiikka ja lääkehoito. Käypä hoito-suositus. Duodecim 2006;122:1532–44

Lisätietoa:

Jaana Suhonen
neurologian dosentti, Yli lääkäri,
Alzheimerin taudin diagnostiikka ja lääkehoito-
Käypä Hoito työryhmän jäsen
Neurologian poliklinikka, Jokilaakson sairaala
Terhi Rahkonen
LT, geriatrian ja yleislääketieteen erikoislääkäri
Yli lääkäri
Muistipoliklinikka, Jämsän seudun terveydenhuollon kuntayhtymä
Tarja Kettunen
TtT, Ylihoitaja,
Laatutyöryhmän puheenjohtaja
Jämsän seudun terveydenhuollon kuntayhtymä

Ikäihmisten suun terveydenhoito Vantaalla

Ikärakennemuutoksen vuoksi eläkeikäisten osuus väestöstä on kasvanut. Vantaalla oli vuonna 2005 yli 65-vuotiaita 9,5 prosenttia väestöstä, ja määrän ennustetaan kasvavan lähes 15 prosenttiin seuraavan kymmenen vuoden aikana (kuva 1). Eläkkeelle siirtyvillä on entistä enemmän omia hampaita ja moninlaisia proteettisia ratkaisuja suussa, mikä luo haasteita niin suun terveydenhuollolle kuin hampaiden hoidolle kotona ja vanhustenhuoltolaitoksissa.

Useat tutkimukset ovat osoittaneet suun tulehdusten merkityksen koko elimistön infektiolähteenä, ja siten yhteyden moniin vakaviin sairauksiin. Näitä ovat mm. sydän- ja verisuonisairaudet, diabetes sekä reumataudit. Monet lääkkeet puolestaan heikentävät suun kuntoa vähentämällä syljen eritystä ja aiheuttavat kiusallista suun kuivumista. Vanheneminen tuo usein mukanaan motorisen toimintakyvyn heikkenemistä, joka vaikeuttaa suun omatoimista puhdistamista. Toimiva hampaisto mahdollistaa monipuolisen ravinnon nauttimisen, ja hoidettu suu edistää omalta osaltaan hyvää oloa, itsevarmuutta ja sosiaalisten suhteiden ylläpitämistä.

Rintamaveteraanit ovat vuodesta 1985 lähtien kuuluneet kunnallisen hammashoidon piiriin, 1990-luvulta lähtien hammashoitoa on annettu toimeentulotuen maksusitoumuksella ja vuonna 2002 laajentuneen hoito-oikeuden mukaisesti jokaisella on iästä riippumatta oikeus kunnalliseen hammashoitoon Suomessa. Vantaan kaupunki on 80-luvulta lähtien pyrkinyt aktiivisesti kehittämään ikäihmisille suunnattuja suun terveydenhuollon palveluja. Suun terveydenhuollon henkilökunnalle on pidetty ikäihmisten hammashoidosta koulutuspäiviä noin joka toinen vuosi, li-

säksi muutama on ollut kaupungin tuella yksityisellä geriatrian kurssilla.

Ikäihmisille suunnatut hammashoito- palvelut

Nykyinen ikäihmisille suunnattu palvelutarjonta Vantaalla kattaakin hoidossa itse tai saattajan kanssa käyvät vanhukset, kotihoidon asiakkaat ja laitoshoidossa olevat. Vanhusten suun terveydenhoidosta on järjestetty myös neuvonta- ja opetustilaisuuksia, luentoja sekä osastotunteja niin terveydenhuollon ammattilaisille muilla sektoreilla kuin asiakkaillekin, kuten eläkeläis- tai erityisryhmille.

Vuonna 1984 tehtiin selvitys vanhustenhuoltolaitosten noin 500 asiakkaan suun ja hampaiston tilasta. Tutkimuksen seurauksena perustettiin ikäihmisten hammashoitoon perehtyneen erikoishammashoitajan (nyk. suuhygienisti) virka. Tehtäviin kuuluivat laitospotilaiden suun ja hampaiden terveystarkastus, puhdistus, proteesien merkitseminen sekä asiakkaiden, henkilökunnan ja omaisten ohjaaminen ja opastaminen suun hoitoon liittyvissä asioissa. 1990-luvulta alkaen uusien erikoishammashoitajien myötä vastuuta laitoshammashuollosta voitiin jakaa useammille. Koska hammaslääkäreidenkin työpanosta tarvittiin, ryhdyttiin laitosoloissa tai lä-

hihoitoloissa tekemään vanhustenhuoltolaitosten potilaille myös ensiapuluontoisia toimenpiteitä.

Vantaan johtava ylihammaslääkäri perusti suun terveydenhuollon vanhustyöryhmän marraskuussa 2001. Sen tehtävänä oli ensinnäkin selvittää vanhusten suun terveydenhuollon palvelujen tila eri laitoksissa sekä yhteistyö niissä toimivan henkilökunnan kanssa. Toiseksi työryhmän tuli tehdä esitys laitos- ja kotihoitopotilaiden suun terveydenhoidosta, yhteistyöstä ja työnjaosta sekä tarvittavasta koulutuksesta, jota annettaisiin sekä laitosten että suun terveydenhoidon henkilökunnalle. Kolmantena tehtävänä oli laatia ehdotus vanhusten suun terveydenhoidon resurssista ja suun hoidon kehittämisestä laitoksissa siten, että hoitotoiminta edistää vanhusten suun terveyttä ja hyvinvointia moniammatillisena yhteistyönä.

Suun terveydenhuolto tarjoaa järjestelmällisen hoidon palvelut sairaanhoidolaitosten potilaille kunkin yksilöllisen tarpeen ja yleistilan mukaisesti. Kullakin vanhustenhuoltolaitoksella on oma vastuutiimensä, johon kuuluvat hammaslääkäri, suuhygienisti ja hammashoitaja. Vanhustyöryhmä on valmistanut ja jakanut laitoksiin suun hoidon kansion. Se on tarkoitettu asiakkaille, heidän omaisilleen ja henkilökunnalle, ja siinä esitellään tavallisimmat suun sairaudet ja niiden oireet. Lisäksi annetaan ohjeita suun puhdistukseen ja esitellään puhdistusvälineitä. Kansioista löytyvät myös vastuuhenkilöiden ja ajanvarauksen yhteystiedot.

Suun terveydenhuollon henkilökunta pyrkii lisäämään vanhustenhuoltolaitosten henkilökunnan motivaatiota ja tietoa suun terveyden edistämisestä kouluttamalla laitosten henkilökuntaa ikäihmis-

Suun terveydenhuollon yhteistyö muiden terveydenhuollon sektoreiden sekä omaisten kanssa on ikäihmisten terveydenhuollossa ensiarvoisen tärkeää.

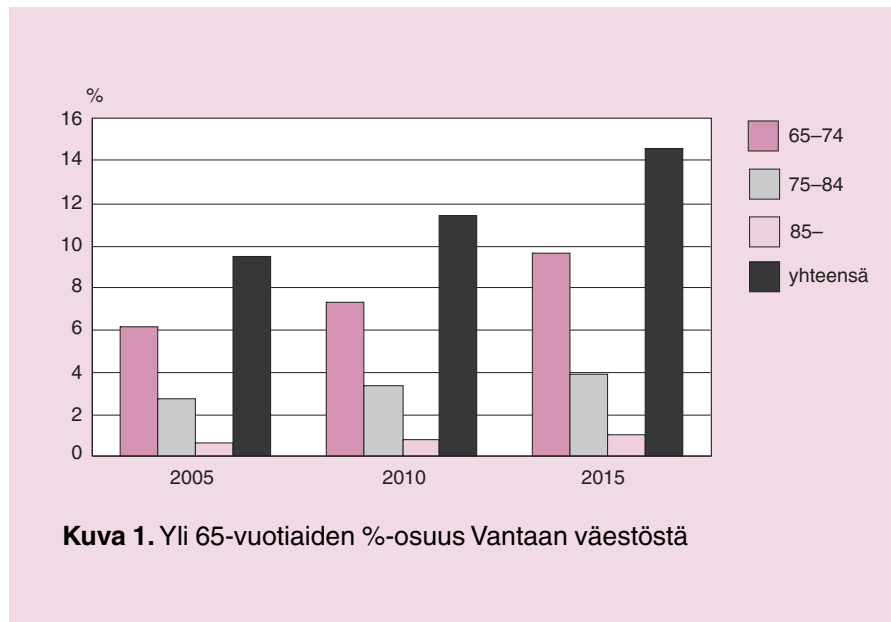
ten suun hoidossa sekä toimimaan myös laitoshenkilökunnan tukena yhteisten potilaiden terveyden hyväksi.

Suuhygienisti tekee kaikille vanhus-tenhuoltolaitoksen potilaille suun terveystarkastuksen kerran vuodessa. Hammaslääkäri tutkii kaikki hoitoa tarvitsevat potilaat ja tekee suuhygienistin ja hammashoitajan kanssa yhteistyössä tarvittavat hoitotoimenpiteet omien vastuualueidensa mukaisesti joko laitoksessa tai lähimmässä hammashoitolassa. Potilaan hoitokertomukseen on liitetty hammashuollon lomake, johon kirjataan tehdyt toimenpiteet ja ohjeet hoitohenkilökunnalle. Hoidon päätteeksi määritellään yksilöllisesti seuraava suositeltava suun terveystarkastuksen ajankohta.

Kotihoidon pilotti

Vantaan kaupungin suun terveydenhuollon tavoitteena on järjestää säännöllinen suun ja hampaiden hoito myös kotihoidon asiakkaille, ja sen saavuttamiseksi Hakunilan palvelualueella järjestettiin vuonna 2003 pilottitutkimus. Kotihoidon kanssa yhtä aikaa tehdyillä kotikäynneillä haluttiin saattaa suun olosuhteet sellaisiksi, että kotihoidon omatoimien suorittaminen tulee mahdolliseksi, kartoittaa hammashoidon tarpeessa olevat ja ohjata hoidon tarpeessa olevat lähimpään hammashoitolaan. Siten tavoiteltiin mahdollisimman hyvää suun terveyttä, joka vaikuttaa yleisterveyteen ja koko hyvinvointiin. Hyvä suun terveys jo kotioloissa helpottaa aikanaan myös mahdollista laitoshammashoitoa. Pilottitutkimuksen avulla pyrittiin myös kartoittamaan minkälaisia käytännön järjestelyjä, kuinka paljon aikaa ja henkilökuntaa asiakkaan kotona hoitaminen edellyttäisi. Tutkimukseen osallistui 43 kotihoidon ikääntynyttä asiakasta.

Asiakkaan kotona tehtiin suun terve-



Kuva 1. Yli 65-vuotiaiden %-osuus Vantaan väestöstä

ystarkastus sekä neuvottiin suun ja hampaiden kotihoito. Suussa havaitut muutokset, ongelmat ja kotihoito-ohjeet kirjattiin muistamisen edistämiseksi myös asiakkaan kotona olevaan vihkoon, josta omaistenkin oli helppo tarkistaa mitä suussa oli havaittu. Kotihoidokäyntejä varten kehitettiin mukana kulkeva hoitopakki, jossa olivat kaikki tarvittavat instrumentit ja välineet. Samanlaisia hoitopakkeja käytetään nykyään myös laitoshammashoidossa. Varsinaisia hoitotoimenpiteitä ei terveystarkastuksen yhteydessä tehty, koska asiakkailla oli monia sairauksia ja lääkityksiä eivätkä anamneesitiedot olleet tiedossa ennen kotikäyntiä. Potilaskertomuksia voitiin tarkastella vasta, kun asiakailta oli saatu suostumus potilasasiakirjojen katseluun. Hammaslääkärit ja pilotin suuhygienisti tekivät kotihoidon asiakkaiden hoitotoimenpiteet lähihoitolassa.

Pilottitutkimuksen perusteella voitiin päätellä, että useimmilla kotona asuvilla vanhuksilla oli jonkinlaisia suun terve-

ysongelmia. Nykyisillä resursseilla säännöllisiä kotihoitokäyntejä ei kuitenkaan voida järjestää. Tällä hetkellä toimivin yhteistyömuoto olisikin asiakkaan tai kotihoidon aloitteesta tapahtuvat suuhygienistin kotikäynnit suun hoidontarpeen kartoittamiseksi.

Nettineuvolahanke

Keväällä 2005 suun terveydenhuolto kutsuttiin mukaan Vantaan kaupungin Hakunilan palvelualueen perusterveydenhuollon ikääntyvien muisti-, kuntoutus-, ja nettineuvolahankkeeseen, joka tarjoaa kuntalaisille, lähinnä ikäihmisille ja heidän omaisilleen, suunnattua nettineuvolapalvelua. Suun terveyden edistämisen nettisivujen tarkoituksena on jakaa tietoa suun terveydestä ja ongelmista sekä tukea ikäihmisten omahoitoa. Nettineuvolatoimintaan sisältyy myös kahdenkeskinen, ei reaaliaikainen keskustelukanava, jossa ikäihmiset ja heidän omaisensa voivat kysyä terveysongelmista. Nettineuvolatoiminta alkaa Ha-

kunilan alueella syyskuussa 2006, ja toimintaa on tarkoitus laajentaa kattamaan koko Vantaa. Lisätietoja nettineuvola-hankkeesta saa osoitteesta <http://www.vantaa.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/asuinalueesipalvelut/hakunila/vanhus-javammaisipalvelut/ikääntyviennettineuvola/suun-terveydenhuolto>.

Vantaan kaupungin hammashuollon tavoitteena on tarjota monipuolisia palveluja tasapuolisesti ikään katsomatta kaikille kuntalaisille. Hoitoon tulisi päästä asuipa sitten kotona tai laitoksessa. Erityisesti kotona asuvien vanhusten saaminen hoidon piiriin tulee olemaan haasteellinen tehtävä. 2000-luvulle tultaessa suun terveydenhuollon tavoitteena on ollut entisestään kehittää ikäihmistien suun hoitoa ja noudattaa sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmaa vuosille 2003–2004, jossa ikääntyneiden hoito ja palvelu on nostettu kuntien yhdeksi painoalueeksi. Suun terveydenhuollon yhteistyö muiden terveydenhuollon sektoreiden sekä omaisten kanssa on ikäihmistien terveydenhuollossa ensiarvoisen tärkeää.

Lähteet:

1. Vantaan väestöennuste 2005, Vantaan kaupunki, tilasto ja tutkimus
2. Meurman J., Autti H.: Yleislääketiede, kirjassa: Meurman J., Murtomaa H., Le Bell Y., Autti H. (toim.): Terapia Odontologica, Hammaslääketieteen käsikirja, Academica-Kustannus Oy 2003
3. Suomen hammaslääkäriliiton vanhuustyöryhmä. Ikäihmistien suun hoito. Opa sosiaali- ja terveysalan henkilöstölle. Hammaslääkäriliiton Kustannus Oy. Nordmanin Kirjapaino Oy.2003

Lisätietoa:

Terhi Nyberg, suuhygienisti
Vantaan terveyskeskus
terhi.nyberg@vantaa.fi
Irma Arpalhti, EHL vastaava hammaslääkäri
Vantaan terveyskeskus
irma.arpalhti@vantaa.fi

ALLIN avulla laatu ajatuksista arjeksi

Valmis työskentelymalli ja välineet vammaisten ihmisten palvelujen arviointiin ja kehittämiseen

Kehitysvammaliiton Alli-laatuverkosto tarjoaa palvelujen laadun alennusohjelmia palveluyksiköille, jotka tuottavat vammaisille ihmisille asumispalveluja tai työ- ja päivätoimintapalveluja.

Allin Arviointikierros on palvelujen laadun ohjattu itsearviointiprosessi. Kierros koostuu viidestä etapista. Palvelujen arvioinnissa edetään etappi kerrallaan ja tarkastellaan palveluyksikön palveluja eri näkökulmista. Allin Kehittämiskierros on ohjattu palvelujen kehittämisen prosessi. Kehittämiskierros koostuu kuudesta etapista. Palveluyksikkö valitsee kehittämiskohteen ja toteuttaa kehittämishankkeen edeten kehittämistyössä etappi kerrallaan.

“Yhteistyö verkoston muiden jäsenten kesken on antanut vertaistukea. Olemme oppineet paljon muilta, mutta olemme myös huomanneet, että monissa asioissa voimme myös olla ylpeitä omasta toiminnastamme.”

Jo yli 50 organisaatiota on arvioinut ja kehittänyt palvelujaan Alli-laatuverkoston valmennusohjelmissa. Nyt on aika hakeutua alkuvuodesta 2007 käynnistyvälle Arviointi- tai Kehittämiskierrokselle! Tarkempia tietoja kierroksista, Alli-laatuverkostosta ja hakemuslomakkeet:

<http://www.kehitysvammaliitto.fi/alli>.

Iäkkäiden henkilöiden kaatumisten ehkäisy kannattaa

Kaatuminen on iäkkäiden henkilöiden yleisin tapaturma. Kaatumistapaturmat aiheuttavat valtaosan ikäihmisten tapaturmiin liittyvästä sairaalahoidontarpeesta ja kuolemista. Kaatumistapaturmiin kuolee Suomessa vuosittain yli tuhat 50-vuotiasta tai sitä vanhempaa henkilöä. Lisäksi kaatumisten aiheuttamat vammat kuten luunmurtumat, päävammat, nivelten nyrjähdykset ja erilaiset pehmytkudosvammat kuten venähdykset, ruhjevammat ja haavat seurauksineen muodostavat vakavan kansanterveydellisen ja -taloudellisen ongelman.

Suomessa hoidetaan yli 7000 lonkkamurtumaa vuosittain. Kaatumiseen liittyvän vamman seurauksena moni iäkäs henkilö on vaarassa menettää itsenäisen toimintakykynsä, ja riski joutua pysyvään laitoshoitoon kasvaa.

On arvioitu, että kotona asuvista yli 65-vuotiaista joka kolmas kaatuu vähintään kerran vuodessa ja laitoksessa asuvista iäkkäistä henkilöistä jopa yli puolet. Toistuvia kaatumisia sattuu joka toiselle aikaisemmin kaatuneelle. Ikääntyneiden kaatumistapaturmista aiheutuvien vammojen määrän on osoitettu viime vuosikymmeninä lisääntyneen ja ennusteiden mukaan kaatumisiin liittyvien vammojen määrä tulee edelleen kasvamaan väestön ikääntyessä.

Kaatumisille altistavat tekijät

Tyypillisesti iäkkään henkilön kaatumisen taustalla on useita samanaikaisia tekijöitä, joiden yhteisvaikutuksesta kaatumisriski kasvaa. Sisäisillä kaatumisen vaaratekijöillä tarkoitetaan yksilön itseensä liittyviä kaatumiselle altistavia tekijöitä kuten sairauksia, lääkkeiden käyttöä ja liikkumiskyvyn ongelmia. Monet ikääntymisen myötä tapahtuvat muutokset, kuten lihasvoiman, tasapainon hallinnan ja aistitoimintojen heikke-

neminen voivat lisätä ikäihmisen vaaraa kaatua. Ulkoiset syyt liittyvät puolestaan henkilön fyysiseen ympäristöön kuten kotiin ja sen lähiympäristöön. Esimerkiksi kävelypintojen liukkaus, heikko valaistus tai kaiteiden puute voivat lisätä iäkkään henkilön alttiutta kaatumiselle.

Kaatumistapaturmien ennaltaehkäisy

Kaatumisriskin vähentämiseksi on tärkeää tunnistaa yksilölliset kaatumiselle altistavat tekijät ja pyrkiä niiden poistamiseen. Kohdistamalla ehkäisy useiden samanaikaisten vaaratekijöiden poistamiseen ja yhdistämällä useita eri ehkäisytoimia voidaan ikääntyneiden henkilöiden kaatumisia vähentää 20–45 %. Hyviä tuloksia on saatu lihasvoima- ja tasapainoharjoittelusta, lääkkeiden käytön optimoinnista, näön parantamiseen tähtäävistä toimenpiteistä, lonkkasuojainten käytöstä ja ympäristöön liittyvien vaaranpaikkojen muutostöistä.

Turvallisen liikkumisen edellytyksenä on, että iäkkään henkilön liikkumiskyky säilyy sellaisena, että hän selviytyy arkisista toiminnoista ja oman elinympäristönsä asettamista vaatimuksista. Riittävä lihasvoima ja tasapainon hallinta luovat pohjan, jonka turvin henkilö kyke-

nee suoriutumaan erilaisista päivittäisistä toiminnoista kuten tuoilta ylönousta tai portaissa liikkumisesta. Liikuntaharjoittelu, joka sisältää juuri lihasvoiman lisäämiseen sekä tasapainon hallinnan ja kävelykyvyn parantamiseen tähtääviä harjoitteita onkin osoittautunut tehokkaimmaksi yksittäiseksi keinoksi ehkäistä kaatumisia. Jo muutaman kuukauden pituisella säännöllisellä harjoittelulla on saatu hyviä tuloksia liikkumiskyvyn paranemisessa. Usein liikkunnalla voidaan myös ehkäistä ja vähentää kaatumisen pelkoa, joka on monelle iäkkäälle suuri huolenaihe ja voi johtaa liikunnan vähentämisen kautta toimintakyvyn heikkenemiseen ja kaatumisvaaran lisääntymiseen. Harjoittelun avulla iäkäs henkilö voi oppia tunnistamaan omat kykynsä ja rajoitteensa päivittäisiin toimiin liittyen ja liikkumisvarmuus lisääntyy.

Näkö on keskeinen aisti pystyssä pysymisen kannalta ja on osoitettu, että sen merkitys tasapainon säätelyssä kasvaa ikääntymisen myötä. Toisaalta tiedetään, että näkökyvyssä tapahtuu heikkenemistä iän myötä ja huono näkö altistaa kaatumisille. Täten säännölliset näöntarkastukset ja mahdollisimman hyvästä näkökyvystä huolehtiminen, kuten silmälasien voimakkuuksien sopivuus ja linssien puhtaus voivat osaltaan vähentää kaatumisvaaraa. Tutkimustulokset viittaavat myös siihen, että ikäihmisten kaatumisvaaraa voidaan pienentää nopeuttamalla kaihileikkaukseen pääsyä.

Monilääkityksen eli useiden lääkkeiden samanaikaisen käytön sekä erityisesti keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden runsaan käytön on todettu lisäävän kaatumisen vaaraa merkittävästi. Kaatumisriskin vähentämiseksi tulisi iäk-

kään henkilön koko lääkitys arvioida säännöllisesti ja tarvittaessa saneerata turhat lääkkeet pois. Myös tarkat ohjeet lääkkeiden käytöstä ja lääkkeiden annostelu edesauttavat lääkitykseen liittyvien haittavaikutusten vähentämistä.

Riittävä energian ja ravintoaineiden saanti ovat perusedellytyksiä terveyden ja toimintakyvyn ylläpitämisessä ja näin myös kaatumisten ehkäisyssä. Ikäihmisen ravitsemustilan tasapainoon vaikuttavat ravinnon määrän ja laadun lisäksi sairaudet, lääkitys, erityisruokavalio, suun terveys, heikentynyt ruokahalu, sosiaalinen eristyisyys sekä ikäänymisen aiheuttamat muutokset elimistössä. Iän myötä myös janontunne heikentyy ja juominen unohtuu helposti. Huihaus, sekavuus, väsymys ja heikentynyt suorituskyky voivat olla oireita keuhon kuivumisesta tai ravinnon puutteesta. Suomalaisessa tutkimuksessa on osoitettu, että jopa puolella kotisairaanhoidon yli 75-vuotiaista potilaista oli vaikeuksia pitää yllä hyvää ravitsemustilaa. Iäkkään henkilön hyvän ravitsemustilan ylläpitämiseksi on tärkeää ottaa huomioon monet ravitsemukseen ja ruokailuun liittyvät seikat kuten ostosten teko, ruoanvalmistus, syöminen, ruoansulatus sekä suun terveys. Painon seurannan on todettu olevan yksinkertainen tapa seurata ravitsemustilaa ja siinä tapahtuvia muutoksia. Ruokahalun heikentyminen ja tahaton painonlasku ovat usein merkkejä ravitsemusongelmasta.

Kaatumisvaaraa lisäävien ympäristötekijöiden kartoittaminen ja niiden vähentäminen on osa monitahoista kaatumisen ehkäisyä. Kun kotona asuvien jo aiemmin kaatuneiden iäkkäiden kodeissa kartoitettiin vaarapaikat ja tehtiin tarvittavat muutostyöt, voitiin kaatumisia vähentää noin kolmannes. Usein kodin tur-

vallisuutta voidaan parantaa kiinnittämällä huomiota kävely-pintojen liukumattomuuteen, kulkureittien esteettömyyteen, huonekalujen sopivaan mitoitukseen ja tukevuuteen, portaiden ja askelmien selkeään merkitsemiseen, tukikaiteiden lisäämiseen ja hyvästä valaistuksesta huolehtimiseen. Myös turvallisten jalkineiden valinta sekä sisä- että ulkokäyttöön ja liukkailla keleillä liukuesteiden käyttö auttavat pienentämään kaatumisriskiä. Tärkeää on myös huolehtia henkilökohtaisten liikku- misen apuvälineiden kuten kävelykeppien ja rollaattoreiden kunnosta sekä niiden mitoittamisesta ja säätämisestä yksilöllisesti. Jos iäkäs henkilö on jo aikaisemmin kaatunut tai hänen on todettu olevan korkeassa kaatumisvaarassa, ovat tukevalla kilvellä varustetut lonkka-suojaimet hyvä apu murtumien ehkäisyssä. Oikein käytettynä ne vähentävät tehokkaasti luuhun kohdistuvan iskun voimakkuutta kaaduttaessa. Ongelmana on ollut alhainen käyttömyöntyvyys, sillä suojainten käyttö koetaan usein epämuikavaksi. Suojainten käyttöön motivoimiseksi tarvitaan ikäihmisten, omaisten ja terveydenhuollon ammattilaisten välistä yhteistyötä.

Opas ennaltaehkäisyyn

Kansanterveyslaitoksen Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyyn yksikön tuottamassa uudessa Iäkkäiden henkilöiden kaatumistapaturmien ehkäisyoppaassa (www.ktl.fi/tapaturmat) on koottu tietoa ja työvälineitä sosiaali- terveydenhuollon ammattilaisille korkeassa kaatumisvaarassa olevien iäkkäiden henkilöiden



Minna Mänty

Säännöllinen liikunta ehkäisee kaatumistapaturmia

tunnistamiseen ja kaatumisten ehkäisyyn. Tavoitteena on muuttaa työtapoja nykyisen tutkimustiedon mukaisiksi ja helpottaa ehkäisyyn kannalta tehokkaiden työtapojen käyttöönottoa. Kirjallinen opas ja oheismateriaali sisältävät tietoa kaatumisen vaaratekijöistä sekä ehkäisykeinoista. Keskeisiä teemoja ovat liikunta toimintakyvyn ylläpitäjänä, terveyteen ja hyvinvointiin liittyvät seikat kuten sairaudet, lääkitys ja ravitsemus sekä asuinympäristön muokkaus turvallisemmaksi.

Lisätietoa:
Erikoistutkija, TtT
Sanna Sihvonon
Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien
ehkäisyyn yksikkö
Kansanterveyslaitos
sanna.sihvonon@ktl.fi

Terveyden- ja vanhustenhuollon menot kasvavat eri tahtiin

Kuntien terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menot ovat kasvaneet voimakkaasti 2000-luvulla. Sairaanhoidopiireittäin tarkasteltuna alueelliset erot ovat kaventuneet. Kuntien väliset erot ovat kuitenkin edelleen suuria ja menot ovat kasvaneet eri tahtiin eri puolilla maata. Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menot ovat kasvaneet 2000-luvulla koko maassa keskimäärin 3,5 % vuodessa. Päijät-Hämeessä (4,9 %) ja Länsi-Pohjassa (5,7 %) menojen vuosikasvu on ollut noin kaksi kertaa nopeampaa kuin Helsingin ja Uudenmaan ja Vaasan sairaanhoidopiirien alueilla.

Helsingin 2000-luvun säästöohjelma vaikuttaa jo koko maan menovertailuihin. Kun terveyden- ja vanhustenhuollon tarvevakioidut menot olivat Helsingissä korkeimmillaan 26 % koko maan keskitason yläpuolella vuonna 2002, ero oli kaventunut vuoteen 2004 mennessä 12 prosenttiin. Mikäli Helsinki jätetään kuntien välisistä vertailuista pois, alueelliset menoerot ovat kaventuneet vain vähän.

Väestön ikä- ja sukupuolirakenteen muutos vaikutti 23 % terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menojen kasvuun vuosina 2000–2004. Lapissa ja Kainuussa väestörakenteen muutos selittää menojen kasvusta jopa puolet, mutta Pirkanmaalla, Uudellamaalla, Itä-Uudellamaalla ja Varsinais-Suomessa vain 10–15 %. Pääpiirteisään taloudellisesti nopeimmin kasvavilla alueilla menojen kasvu on ollut muita alueita vähemmän sidoksissa väestörakenteen muutokseen. Väestörakenteen muutos on vaikuttanut hyvin eri tavoin palveluiden menoihin vuosina 2000–2004. Se selittää menojen kasvusta 62 % vanhustenhuollossa, 20 % perusterveydenhuollossa, 18 % rikois-sairaanhoidossa, 11 % sairausvakuutuksen korvaamien lääkkeiden ja seitsemän prosenttia sairausvakuutuksen korvaamien terveyspalveluiden menojen kasvusta.

Vanhustenhuollon menojen kasvu johtuu pääosin väestön ikääntymisestä. Terveydenhuollon menojen kasvu johtuu pääosin muista tekijöistä

kuin väestön vanhenemisestä. Mahdollisia syitä menojen kasvuun ovat muutokset sairastavuudessa ja hoitokäytännöissä, uusien hoitomenetelmien käyttöönotto ja palvelujen tarjonnan kasvu.

Alueelliset erot terveyspalvelujen ja vanhusten palvelujen tarpeessa ovat säilyneet melko vakaina vuosina 1993–2004. Palvelutarve on kasvanut eniten Lapissa, Länsi-Pohjassa ja Kainuussa ja vähentynyt eniten muun muassa HUS-piirin alueella ja Pirkanmaalla. Itä-Savossa palvelujen tarve on ollut koko ajanjakson yli 15 % suurempi kuin maassa keskimäärin. Terveydenhuollon tuloksellisuus on parantunut vuosina 1993–2004. Terveydenhuollon toimenpitein estettävissä oleva kuolleisuus ja menetetty elinvuodet, koko väestön kuolleisuus ja alle 65-vuotiaiden kuolleisuus on laskenut koko maassa. Sairaanhoidopiirien väliset erot kuolleisuudessa ja työkyvyttömyydessä ovat kaventuneet hitaasti.

Lähde: Timo Hujanen, Markku Pekurinen, Unto Häkkinen: Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon alueellinen tarve ja menot 1993 - 2004. Työpapereita 11/2006. Stakes, Helsinki 2006

Lisätietoja: tutkija Timo Hujanen, Stakes, puh. (09) 3967 2656, tutkimusprofessori Markku Pekurinen, Stakes, puh. 050 367 0841 ja tutkimusprofessori Unto Häkkinen, Stakes, puh. 050 358 1141, sähköposti: etunimi.sukunimi@stakes.fi

Stakesin verkkopalvelu on uusittu

Stakesin uusittu verkkopalvelu on avattu. Osoitteesta www.stakes.fi löytyvä täysin uusiutunut palvelu tarjoaa paljon mielenkiintoista tietoa sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille ja muille aiheesta kiinnostuneille. Uutta ovat mm. helppokäyttöinen verkkokirjakauppa ja aihehaku. www.stakes.fi-verkkopalvelu on kauttaaltaan uudistunut: sivujen ilme on uusi, samoin sisällöt, rakenne ja tekninen ratkaisu. Uuden verkkopalvelun slogan on "Verkosta tietoa - tiedosta hyvinvointia". Palvelulla halutaan viestiä luotettavuutta ja asiantuntemusta mutta toisaalta myös innovatiivisuutta ja aktiivisuutta.

Sivusto on suunniteltu käyttäjän tarpeita silmällä pitäen, ja tietojen löydettävyyden helppouteen on panostettu. Tavallisten hakutoimintojen lisäksi sivustosta voi etsiä sisältöä uuden aihehaun avulla. Käyttäjä voi hakea tietoa yhdeksästä aiheesta, jotka

edustavat Stakesin keskeisiä toiminta-alueita: terveyspalveluista, sosiaalipalveluista, hyvinvointipolitiikasta, elinoloista, lapsuudesta ja perheestä, ikääntyneistä, vammaisuudesta, mielenterveydestä ja päihteistä. Kunkin aihepiirin tietoja rajataan edelleen tarkemmilla hakusanoilla.

Uudessa verkkokirjakaupassa Stakesin julkaisujen tilaaminen onnistuu helposti yhdellä klikkauksella mihin vuorokaudenaikaan tahansa. Uudesta verkkopalvelusta löytyvät myös verkkojulkaisut ja Stakesin lehtien verkkosivut. Kaikki ajankohtaiset asiat, kuten tiedotteet ja tapahtumat ovat nyt Ajan kohtaista-osiossa. Tapahtumat ja uusimmat tiedotteet näkyvät myös palvelun etusivulla.

Stakesin verkkosivuston lisäksi ovat uusiutuneet myös erilaisiin teemoihin keskittyvät suositut teemasivustot. Neuvoa-antavat -sivusto sisältää tietoa päihdetyön suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin tueksi. Varttua-verkkopalvelu tarjoaa varhaiskasvatuksen ja lasten päivähoidon uutisia ja muuta tärkeää tietoa. Finohta-sivusto välittää tietoa terveydenhuollon menetelmien arvioinnista. Design for All -portaali kertoo suunnittelun strategioista ja keinosta, joilla voidaan edistää käytettävyyttä, saavutettavuutta ja esteettömyyttä. Ulkomaanavun yksikön sivusto kertoo yksikön toiminnasta, eli suomalaisen sosiaali- ja terveysalan asiantuntijuuden välittämisestä ulkomaille. Stakesin verkkopalvelussa on aiempaa laajempi ruotsin- ja englanninkielinen osio. Tavoitteena on jatkossakin tuottaa mahdollisimman paljon sisältöä kaikilla kolmella kielellä.

Lisätietoja: projektipäällikkö Päivi Väyrynen, puh. (09) 3967 2049 tai 0400 465 220
verkkopäätöimittäjä Mervi Pitkänen, puh. (09) 3967 2655 tai 050 375 1828

Ikääntyneet eivät ole näkymättömiä ja tuottamattomia

Ikääntyneet eivät ole näkymättömiä ja tuottamattomia kansalaisia. Valitettavasti liian usein, etenkin julkisuudessa, totuus ikääntyneistä kansalaisista verhoetaan kaavamaiseen, taloudellisen tuotteliaisuuden ohjaamaan ajatteluun. Kielteiset mielikuvat tarttuvat helposti ja ohjaavat myös ikääntyneiden käyttäytymistä: he yrittävät muuttua näkymättömiksi. Näin totesi YK:n ikääntymisohjelman johtaja, tohtori *Alexandre Sidorenko* puhuessaan keski- viikkona 13.8. kansainvälisessä Design for All -konferenssissa Rovaniemellä. Sidorenkon mielestä kielteiset mielikuvat ovat kuitenkin vain osasy

ikäntyneiden syrjäytymiseen ja syrjintään. Globaalisti ajatellen vanhusten aktiivisen kansalaisuuden pahimpia esteitä ovat köyhyys, huono terveys, alhainen koulutustaso, pula kuljetuksista, palvelujen saavuttamattomuus ja ikärasismi. Vanhusten aseman kohentamiseksi Sidorenko ehdottaa säädöksiä, jotka takaisivat ikäihmisten ihmisoikeudet ja ehkäisisivät vanhuksiin kohdistuvaa väkivaltaa ja syrjintää. Mielikuvien muokkaaminen myönteisemmiksi on hitaampaa:

- Tarvitaan myönteisiä esimerkkejä aktiivista ikäihmisistä ja sukupolvien välisen vuorovaikutuksen tukemista. Toisaalta taas vanhusten on vaikea aktivoitua, ellei heitä huomioida ja arvosteta tasaveroisina yhteiskunnan toimijoina, totesi myös Sidorenko.

Avauspuheenvuorossaan Stakesin pääjohtaja *Vappu Taipale* korosti ikäihmisten roolia hyvinvointiyhteiskunnan voimavarana. Hänen mielestään ikääntyneet ovat vielä käyttämätön reservi, jonka tietoa ja osaamista myös tietoyhteiskunta tarvitsee.

- Helposti oletetaan, että eläminen täysipainoisena tietoyhteiskunnan jäsenenä edellyttää vain verkkoviestinnän saavutettavuutta, mutta asia ei ole niin yksinkertainen. EU:n tietoyhteiskuntaohjelmassa saavutettavuuden tulkintaa on laajennettu: verkkoviestinnän saavutettavuuden lisäksi se sisältää vaatimuksen alueellisesta ja taloudellisesta saavutettavuudesta, monikulttuurisuudesta ja ikäihmisten mielipiteiden ja erityistarpeiden huomiointamisesta.

Ohjelma, alustuksia ja puhujien taustatiedot englanniksi:
<http://dfasuomi.stakes.fi/EN/dfa2006/rovaniemi/index.htm>

Lisätietoja:
projektipäällikkö Päivi Tahkokallio, Stakes, puh. 050 324 3517,
suunnittelija Mira Koivusilta, Stakes, puh. 040 822 6999,
sähköposti etunimi.sukunimi@stakes.fi.

KIRJOITA LAATUPALAAAN!

Iloksemme iso osa LaatuPalan kirjoituksista tulee spontaanisti teiltä lukijoilta. Jotta kirjoittaminen olisi helppoa, tässä muutama huomioitava asia:

*** Kirjoita pitkästi tai lyhyesti.**

LaatuPalassa on tilaa sekä pidemmille kirjoituksille (max noin 10 000 merkkiä) että lyhyemmille kirjoituksille, myös ihan uutisille ja informaatiolle. Lehden taittoa helpottaa mahdollisimman muotoilematon teksti, mielellään Word-asiakirjana. Lähetä mielellään mustavalkoiset taulukot, kaaviot yms. erillisinä Excel-tiedostoina.

*** Otsikoi lyhyesti ja lukijan mielenkiinnon herättävästi.**

Tee myös ingressi eli muutaman lauseen pituinen teksti kirjoituksen alkuun, jonka tarkoitus on kertoa lukijalle ydinasiat ja toisaalta innostaa lukemaan koko kirjoitus. Voimme halutessasi auttaa otsikon ja ingressin muotoilussa.

*** Liitä kirjoitukseen yhteystiedot, keneltä lukija halutessaan saa lisätietoja.**

Lähetä meille myös kaikkien kirjoittajien yhteystiedot. Julkaisemme mielellään sekä kirjoittajan valokuvan että mahdollisesti kirjoitukseen liittyviä valokuviasi. Valokuvien lähettämisestä saat yksityiskohtaiset ohjeet meiltä.

*** Lähetä kirjoitus osoitteella:**

salla.sainio@stakes.fi

Kysy lisää kirjoitusasioista Sallalta

Tilaan LaatuPala -lehden

lehtitilaaja verkkolukija*

* LaatuPalan verkkolukijana saat lehden verkko-osoitteen sähköpostiisi lehden ilmestyttyä

Henkilön nimi

Toimipaikka

Ammattinimike

Jakeluosoite

Rastita, onko kyseessä työpaikan osoite kotiosoite

Postinumero

Postitoimipaikka

Puhelin

Telefax

Sähköposti

Lehti on maksuton.

Osoitteen muutos

Fakkaa tai postita koko sivu:

Salla Sainio, Stakes / Alue- ja kuntapalvelut, PL 220, 00530 HELSINKI

Puh. (09) 3967 2271, faksi (09) 3967 2155

salla.sainio@stakes.fi