



KASTE



SEINÄJOKI

**HYVINVOINTIA EDISTÄVIEN KOTIKÄYNTIEN  
TIEDONHALLINNAN KEHITTÄMINEN SEINÄJOEN  
IKÄKESKUKSESSA**

Niiranen Päivi, Väli-Suomen  
Ikäkaste/ Etelä-Pohjanmaan  
Vanhustyön  
kehittämiskeskus-hanke  
Paukku Sirpa, Ikäkeskus,  
Seinäjoki

## Sisällys

1 TIIVISTELMÄ .....	2
2 IKÄÄNTYNEIDEN HYVINVOINTIA JA TERVEYTTÄ EDISTÄVIEN PALVELUIDEN KEHITTÄMISEN VALTAKUNNALLISET LÄHTÖKOHDAT .....	5
3 SEINÄJOEN KAUPUNGIN IKÄÄNTYMISPOLIITTINEN TAVOITE- JA TOIMENPIDEOHJELMA VUOTEEN 2010 .....	7
4 IKÄÄNTYVÄN VÄESTÖN NYKYTILA SEINÄJOELLA .....	9
5 SEINÄJOEN KAUPUNGIN IKÄKESKUS .....	10
5.1 Hyvinvointia edistävät kotikäynnit .....	11
5.2 Hyvinvointia edistävien kotikäyntien tiedonhallinnan kehittäminen osana pohjalaismaakuntien vanhustyön kehittämissyksikkö – hanketta .....	13
5.2.1 Tiedontarpeiden määrittely .....	18
5.2.2 Tiedonhankinta .....	19
5.2.3 Tiedon käsittely ja varastointi .....	22
5.2.4 Tiedonjakelu .....	25
5.2.5 Tiedon käyttö ja sopeuttaminen .....	27
6 HYVINVOINTIA EDISTÄVIEN KOTIKÄYNTIEN SEURANTA .....	29
6.1 Seurantakäynti 1929 syntyneille .....	31
6.2 Seurantakäynti 1930 syntyneille .....	32
6.3 Johtopäätökset .....	35
7 KEHITTÄMISEHDOTUKSET JA JATKOTOIMENPITEET .....	40
Lähteet .....	43

## KUVIOT, TAULUKOT JA LIITTEET

### KUVIOT

KUVIO 1. Choon tiedonhallinnan prosessimalli (mukaellen Huotari 2002)

### TAULUKOT

TAULUKKO 1. Väestöennuste yli 75-vuotiaiden määrän kehitys Seinäjoella

TAULUKKO 2. Väestöennuste yli 75-v määrä koko väestöstä %:na Seinäjoella

TAULUKKO 3. Tyytyväisyys asuntoon, 1929 syntyneet

TAULUKKO 4. Osallistuu toimintaan, 1929 syntyneet

TAULUKKO 5. Oma, koettu terveydentila, 1929 syntyneet

TAULUKKO 6. Terveys verrattuna viime vuoteen, 1929 syntyneet

TAULUKKO 7. Käytössä olevat viestintävälineet, 1930 syntyneet

TAULUKKO 8. Liikunnan vähentäminen, 1930 syntyneet

TAULUKKO 9. Miksi vähentänyt liikuntaa, 1930 syntyneet

TAULUKKO 10. Riittävätkö tulot elämiseen, 1930 syntyneet

TAULUKKO 11. Asuinkumppani, 1929/1930 syntyneet

TAULUKKO 12. Käytössä olevat viestintävälineet, 1929/1930 syntyneet

TAULUKKO 13. Oma, koettu terveydentila, 1929/1930 syntyneet

TAULUKKO 14. Mikä terveydessä huolestuttaa, 1929/1930 syntyneet

TAULUKKO 15. GDS15 pisteet yhteensä, 1929/1930 syntyneet

TAULUKKO 16. MMSE pisteet yhteensä, 1929/1930 syntyneet

TAULUKKO 17. Yksinäisyyden kokemus, 1929/1930 syntyneet

TAULUKKO 18. Liikunnan vähentäminen, 1929/1930 syntyneet

### LIITTEET

LIITE 1. Kysymysten luokittelu

LIITE 2. Ikäkeskuksen hyvinvointia edistävien kotikäyntien prosessi

LIITE 3. Suostumus-lomake

LIITE 4. Tiedon jakelu

# 1 TIIVISTELMÄ

Kansallisen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma Kasteen ja ikäihmisiä koskevan laatusuosituksen (2008) mukaan tavoitteina on edistää hyvinvointia ja terveyttä, kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja sekä parantaa palvelujen laatua ja vaikuttavuutta.

Seinäjoen kaupungin ikääntymispoliittisessa tavoite- ja toimenpideohjelmassa on ikääntyneiden määrän ja hoidon tarpeen lisääntymisestä tuleviin haasteisiin haluttu vastata ottamalla painopistealueeksi palvelurakenteen kehittäminen kotona asumista tukeviin palveluihin. Ikäpoliittinen strategia turvaa hyvän elämän edellytyksiä ikääntyneille kaupunkilaisille. Ennaltaehkäisevä näkökulma ja toiminta kuuluu olla luonnollisena osana kaikissa palvelujärjestelmissä ja ympäristösuunnittelussa.

Seinäjoen kaupungin palvelupiste Ikäkeskus ja sen toiminta on yksi ennaltaehkäisevän vanhustyön muoto. Ikäkeskuksesta saa tietoa ikäihmisille suunnatuista palveluista, virkistysmahdollisuuksista sekä muista ikäihmisille tärkeistä asioista. Ikäkeskuksen toimintaan kuuluu mm. hyvinvointia edistävät kotikäynnit 75 – vuotiaille. Seinäjoen Ikäkeskuksen toiminta on monen vuoden kehittämistyön tulos, jonka kehittämistä on tuettu myös hankkeiden avulla. ”Se on kaikki kotia päin”, Ikäkeskuksen kehittämishanke toteutui vuosina 2004–2006, jolloin kehitettiin ennaltaehkäisevien palvelujen kokonaisuus kotona asuvien iäkkäiden ihmisten ja omaishoitajien tueksi. Tällöin aloitettiin myös hyvinvointia edistävät kotikäynnit. Kotikäyntien tiedontuotannon kehittäminen aloitettiin Pohjalaismaakuntien vanhustyön kehittämisyksikkö-hankkeessa 2007 - 2009 ja sitä on edelleen jatkettu Etelä - Pohjamaan vanhustyön kehittämiskeskus-hankkeessa 2009 - 2011.

<http://www.sjk.fi/sosiaalijaterveys/vanhustyonkehittamishanke/>

Hyvinvointia edistävät kotikäynnit tuottavat paljon tietoa ja informaatiota, jota haluttiin voitavan hyödyntää palvelujärjestelmän suunnitteluun ja kehittämiseen. Lähtökohtana oli, että kotikäynneistä olisi saatavissa yhteenvetoraportteja ja mm. vertailutietoa eri kaupunginosien välillä. Tiedontuotannon kehittäminen tuli ajankohtaiseksi, koska saatava tieto kasautuu ja mittavasta tietomäärästä on vaikeaa seuloa hyödynnettävää

tietoa. Ajankohtaiseksi tuli myös pohtia millä tavoin tiedontuotantoa voisi kehittää. Kehittämistyö kytkettiin osaksi kehittämishanketta.

Tiedontuotannon kehittämistehtävää lähestyttiin hyödyntäen Chun Wei Choon (1998) tiedonhallinnan prosessimallia, jonka mukaan tiedonhallinnan keskeiset tekijät ovat suhteessa toisiinsa muodostaen kuusivaiheisen syklin.

Kotikäynneistä saatava tieto jäsenyi kolmeen ryhmään siten, että haastattelumateriaalista seulottiin palvelujen suunnittelun kannalta tilastollisesti oleellinen tieto, jota on jatkossa tarkoitus kerätä ja seurata. Osa haastattelussa syntyvästä tiedosta on luonteeltaan informatiivista, asiakasta hyödyntävää tietoa; ohjausta ja neuvontaa sekä toisaalta asiakaskohtaista tietoa, jota voidaan hyödyntää silloin kun asiakas siirtyy säännöllisten sosiaali- ja terveystalvelujen piiriin.

Ikäkeskus aloitti yhteistyön Seinäjoen ammattikorkeakoulun kanssa hyvinvointia edistävien kotikäyntien seurannan toteuttamiseksi 80-vuotiaille. Tarkoituksena on, että kotikäyntien vaikutusta olisi mahdollista seurata pitkällä aikavälillä. Geronomi - opiskelijoiden ensimmäiset seurantakäynnit toteutuivat kevään 2009 aikana. Ensimmäisten seurantakäyntien (2009) tulosten pohjalta on nähtävissä, että ennaltaehkäisevien kotikäyntien ajoittuminen 75 – ikävuoteen näyttäisi ajallisesti osuvan otolliseen ajankohtaan.

Seurantakäynnin oli kokenut hyödylliseksi 61,5 % haastatelluista. Hyvinvointia edistävien kotikäyntien hyödyksi mainittiin etenkin tiedon lisääntyminen ja turvallisuuden tunteen lisääntyminen. Lisäksi konkreettisina toimenpiteinä mainittiin muistin seuranta, omaishoidon tuen laittaminen vireille, oman tilanteen kokonaisvaltainen kartoitus sekä asunnon muutostyöt. Seurantakäynnin tuloksista on nähtävissä, että viiden vuoden aikana tyytymättömyys asuntoon ja asumisolosuhteisiin on lisääntynyt, sosiaaliset kontaktit ovat vähentyneet. Kontaktit rajoittuvat pääasiassa omaisiin ja läheisiin, mutta siitä huolimatta sosiaaliset kontaktit koetaan pääosin riittäväksi. Erityisryhmänä esille nousevat ne ikäihmiset, joilla omaisia ei ole tai omaiset asuvat kaukana. Kodin ulkopuolella liikkumista ja osallistumista rajoittavat terveydentilan muutokset ja heikot liikenneyhteydet. Viiden vuoden aikana terveydentilaan liittyvät kysymykset ovat lisääntyneet ja oman terveydentilan

heikentyminen huolestuttaa sekä esille nousee erilaisia pelkoja, kuten mm. laitoshiitoon joutuminen ja yksinäisyys.

Hyvinvointia edistävien kotikäyntien ja tiedonkeruun kehittämistyön osalta vuodesta 2004 saadun kokemuksen perusteella voidaan sanoa, että saatavaa tietoa ei vielä osata hyödyntää kattavasti kaupungin vanhuspalvelujen johtamisessa, suunnittelussa ja tarpeiden ennakoinnissa.

Osaltaan tähän vaikuttaa se, että toimivan tietojärjestelmän puute on koettu erittäin ongelmalliseksi. Tämä näyttäytyy sekä asiakastiedon käsittelyssä, että tiedon hyödynnettävyydessä johtamisen ja suunnittelun tukena. Mikään nykyisin vanhustyössä käytössä olevista ohjelmistoista ei tue hyvinvointia edistävien kotikäyntien kirjaamis- ja tilastointitarvetta. Puutteena on koettu myös se, että kerätyillä tiedoilla ei ole yhteyttä käytettävissä oleviin vanhustyön ohjelmistoihin. Tulevaisuudessa tarvitaan yhtenäinen järjestelmä koko sosiaali- ja terveysalalle.

Vaikka tiedonhallinta on toiminnan kehittämisen kannalta tärkeä osa-alue, on silti tärkeää muistaa käynnin päätarkoitus, joka on ikääntyvän omien voimavarojen vahvistaminen ja arviointi yhdessä hänen kanssaan siitä, miten olemassa olevia voimavaroja ja vahvuuksia voidaan parhaalla mahdollisella tavalla hyödyntää hänen kotona selviytymiseksi mahdollisimman pitkään.

## **2 IKÄÄNTYNEIDEN HYVINVOINTIA JA TERVEYTTÄ EDISTÄVIEN PALVELUIDEN KEHITTÄMISEN VALTAKUNNALLISET LÄHTÖKOHDAT**

Kansallisen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma Kasteen ja ikäihmisiä koskevan laatusuosituksen (2008) mukaan tavoitteina on edistää hyvinvointia ja terveyttä, kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja sekä parantaa palvelujen laatua ja vaikuttavuutta. Laatusuosituksen tehtävä on tukea kuntia ja yhteistoiminta-alueita kehittämään ikäihmisten palveluja paikallisista tarpeista ja voimavaroista lähtien.

Kasteohjelman tavoitteista ”ihmisten osallisuuden lisääntyminen ja syrjäytymisen väheneminen” on keskeinen ikäihmisten osalta terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen näkökulmasta. Vanhusten terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen edellyttää ennalta ehkäiseviä palveluita, ylisektoraalista yhteistyötä, kolmannen sektorin roolin ja kotihoidon kehittämistä. Ikääntyvien kotona asumisen tukeminen on vanhustenhuollon ensisijainen tavoite.

Laatusuositus on tarkoitettu ikääntyneiden palvelujen kehittämiseen ja arvioinnin välineeksi kuntien ja yhteistoiminta-alueiden päättäjille ja johdolle. Suositus painottaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä, ehkäisevän toiminnan ja kotona asumisen tukemisen ensisijaisuutta sekä kattavaa yksilökohtaista palvelutarpeen arviointia. Palveluvalikoimaa on monipuolistettava neuvonta- ja muilla ehkäisevillä palveluilla ja terveyttä, toimintakykyä ja kuntoutumista on tuettava kaikissa palveluissa. Keskeisiä tiedottamisen välineitä ovat erilaiset tiedotteet, neuvontapalvelut, ehkäisevät kotikäynnit, palveluoppaat ja kunnan internet-sivut. (STM 2008:3.)

Kotona asumista voidaan tukea ja suunnitelmallisesti selvittää esimerkiksi 75 tai 80 vuotta täyttäneiden kunnan asukkaiden hyvinvointia edistävien kotikäyntien avulla, joista on saatu myönteisiä kokemuksia mm. monissa alueellisissa hankkeissa. Kunnat voivat osana sosiaalipalvelua käynnistää hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä koskevan palvelumuodon kunnan osoittamalle ikäryhmälle. (STM 2008:3, STM, hyvinvointiohjelma 2015. )

Ikääntyvien kannalta on tärkeää tarjolla oleva palveluvalikoima ja mistä niitä saadaan. Saatavuuden perusteella palvelut voidaan jakaa lähipalveluihin, seudullisiin ja laajaa väestöpohjaa edellyttäviin palveluihin. Ikääntyvät tarvitsevat näitä kaikkia, mutta arjen sujumisen kannalta keskiössä ovat lähipalvelut. Lähipalvelut tuodaan kotiin tai ne tuotetaan kodin lähellä. Lähipalveluja ovat esimerkiksi ehkäisevät palvelut, palvelutarpeen arviointi, kotihoito, omaishoidon tuki ja gerontologinen sosiaalityö. (STM 2008:3.)

Hyvinvoinnin ja terveyden sekä kotona asumisen mahdollisuuksien kannalta tärkeitä ratkaisuja tehdään paitsi sosiaali- ja terveydenhuollossa myös asumis-, kulttuuri-, liikunta- ja liikennepalveluissa sekä yhdyskuntasuunnittelussa, kuten kaavoituksessa ja maankäytössä. Eri hallinnonalojen suunnittelun lähtökohdaksi on otettava mahdollisimman monen ikääntyvän mahdollisuus elää omaehtoista, täysipainoista ja mielekästä elämää omassa kodissa tutussa elinympäristössä. Rakennetun ympäristön ja liikenteen esteettömyys sekä yleisten palvelujen saavutettavuus vähentävät sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeita ja kustannuksia. Ympäristön ja liikennevälineiden esteettömyys on tärkeä osa liikkumisen edistämistä ja osallisuuden tukemista. Harrastus-, virkistys- ja kuntoutustoiminta sekä mahdollisuus vertaistukeen ovat tärkeitä sekä ikääntyneille että heidän omaishoitajilleen. Tekemällä hyvää yhteistyötä järjestöjen, seurakuntien ja vapaaehtoistyön kanssa kunnat hyödyntävät myös niiden voimavarat ikääntyneiden osallisuuden ja aktiivisen elämän tukemisessa. (STM 2008:3.)

Ehkäisevällä, toimintakykyä ylläpitävällä toiminnalla voidaan ehkäistä ja siirtää hoidon ja palvelujen tarvetta myöhemmäksi. Kun ikääntyneiden toimintakyvyn ja terveydentilan heikkenemiseen ja sosiaalisiin ongelmiin puututaan mahdollisimman varhain, ehkäistään toimintakyvyn vajausten syntymistä ja ongelmien kasautumista ja kärjistymistä. Varhainen puuttuminen edellyttää erilaisten ehkäisevien ja kuntouttavien työmenetelmien ja palvelujen käyttöönottoa ja lisäämistä. (STM 2008:3.)

Hyvinvointia edistävät kotikäynnit on lisättävä kuntien palveluvalikoimaan ja kohdennettava niille ikääntyville, jotka eivät ole sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaina mutta kuuluvat riskiryhmiin. (STM 2008:3.)



Suositus painottaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä ja ehkäisevän toiminnan merkitystä. Ikääntyvien kotona asumista tuetaan ja palvelutarpeet arvioidaan yksilökohtaisesti. Neuvonta- ja muilla ehkäisevillä palveluilla monipuolistetaan palveluvalikoimaa. Terveyttä, toimintakykyä ja kuntoutumista tuetaan kaikissa palveluissa. (STM 2008:3)

### **3 SEINÄJOEN KAUPUNGIN IKÄÄNTYMISPOLIITTINEN TAVOITE- JA TOIMENPIDEOHJELMA VUOTEEN 2010**

Seinäjoen kaupungin ensimmäinen ikääntymispoliittinen tavoite- ja toimenpideohjelma ”Hyvä ikääntyminen mahdollisuuksien Seinäjoella” laadittiin 2002. Tätä raporttia kirjoitettaessa Seinäjoen osalta ollaan parhaillaan päivittämässä ikääntymispoliittista toimenpideohjelmaa. Ikääntyneiden määrän lisääntyessä voimakkaasti ja palvelurakenteen kehittämistä suunnattaessa kotona asumista tukeviin palveluihin tarvittiin mahdollisimman laajapohjainen ikääntymispoliittinen strategia turvaamaan hyvän elämän edellytyksiä ikääntyneille kaupunkilaisille. Ennaltaehkäisevä näkökulma ja toiminta kuuluisi olla luonnollisena osana kaikissa palvelujärjestelmissä ja ympäristönsuunnittelussa.

Ikääntymispoliittinen tavoite- ja toimenpideohjelma vuoteen 2010, sisältää seitsemän päätavoitetta osatavoitteineen ja toimenpide-esityksineen. Pääpaino on kotona asumisen edellytysten parantamisessa. Tämä on toteutettavissa asunto- ja elinympäristöä kehittämällä, sosiaalisen kanssakäymisen, osallistumisen ja oppimisen mahdollisuuksia lisäämällä, palveluvalikoimaa laajentamalla ennalta ehkäisevään suuntaan, kuntouttavaa toimintaa tehostamalla ja lyhytaikaisia hoitopaikkoja lisäämällä.

Toimenpideohjelman päätavoitteet ovat:

- Asunnot ja elinympäristö tukevat ikääntyvien kotona asumista ja itsenäistä selviytymistä
- Ikääntyvällä väestöllä on monipuoliset mahdollisuudet sosiaalisten verkostojen ylläpitämiseen ja luomiseen sekä liikkumiseen, osallistumiseen, oppimiseen, vaikuttamiseen

- Itsenäistä kotona asumista tukevat tarvittaessa monimuotoiset, toimintakykyä ylläpitävät palvelut
- Hyvin toimivia asumispalveluja ja pitkäaikaista laitoshoidtoa järjestetään niille, jotka eivät selviydy kotihoidossa
- Kaikissa organisaatioissa toimintaa ohjaa asiakaslähtöinen laatujärjestelmä ja palvelujen tuottajat toimivat saumattomassa yhteistyössä
- Ikääntyvät työntekijät jäävät hyväkuntoisina eläkkeelle ja uuden koulutetun työvoiman saatavuus turvataan
- Tiedottaminen on menetelmiltään monipuolista ja sisällöltään ajantasaista

Toimenpideohjelman yksi seitsemästä päätavoitteesta on itsenäistä kotona asumista tukevien, monimuotoisten ja toimintakykyä ylläpitävien palveluiden kehittäminen. Ikääntyvillä on mahdollisuus saada monipuolisia ennaltaehkäiseviä palveluja.

Tavoitteen toteutumiseksi ehdotettiin toimenpide-esityksinä mm.

- *Seinäjoen kaupunki on mukana osaltaan rahoittamassa ”Ikäkeskuksen” kehittämishanketta ennaltaehkäisevien palvelujen kehittämiseksi ja varautuu myöhemmässä (2007) vaiheessa 2-3 työntekijän palkkaamiseen.*

Ennaltaehkäisevien palvelujen toimintamallin kehittämiseksi suunniteltiin laajamittainen projekti, Ikäkeskuksen kehittämishanke, yhteistyössä Etelä-Pohjanmaan Muistihäiriö- ja Dementiayhdistys ry:n, Seinäjoen kaupungin, Seinäjoen Seudun terveystyöntekijä- ja Seinäjoen ammattikorkeakoulun (SeAmk) kanssa. Hankkeen tavoitteena oli asiakaslähtöisten, sektorirajat ylittävien ennaltaehkäisevien palvelujen syntyminen ja linkittyminen osaksi olemassa olevaa toimintaa.

- *Aloitetaan ennaltaehkäisevät kotikäynnit 75-vuotiaille, toiminta käynnistetään mahdollisen ”ikäkeskus” hankkeen yhteydessä.*

Suunnitelmaa laadittaessa Seinäjoella hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä ei oltu vielä aloitettu. Hyvinvointia edistävien kotikäyntien kokonaisuuteen haluttiin ottaa mukaan myös asunnon toimivuuden huomiointi. Tarvittaessa käynnillä tiedotetaan asunnon toimivuutta parantavista välineistä, laitteista ja korjausmahdollisuuksista. Tämä osaltaan

on ollut tukemassa myös sitä päätavoitetta, että asunnot ja elinympäristö tukevat ikääntyvien kotona asumista ja itsenäistä selviytymistä.

Tulevaisuuden haasteena on ikääntyneiden erilaistuminen ja palvelutarpeiden yksilöllistyminen. Ikääntyneiden yksilöllisyyden huomioiminen edellyttää muutoksia niin hoitokäytännöissä kuin palvelurakenteessa. Kuntien vastuulla on kuitenkin koko kunnan ikääntyneille suunnattujen palvelujen järjestämisen ja koordinoituvastuu sekä palvelukokonaisuuden saumattoman yhteistyön takaaminen. (Toimenpideohjelma)

## 4 IKÄÄNTYVÄN VÄESTÖN NYKYTILA SEINÄJOELLA

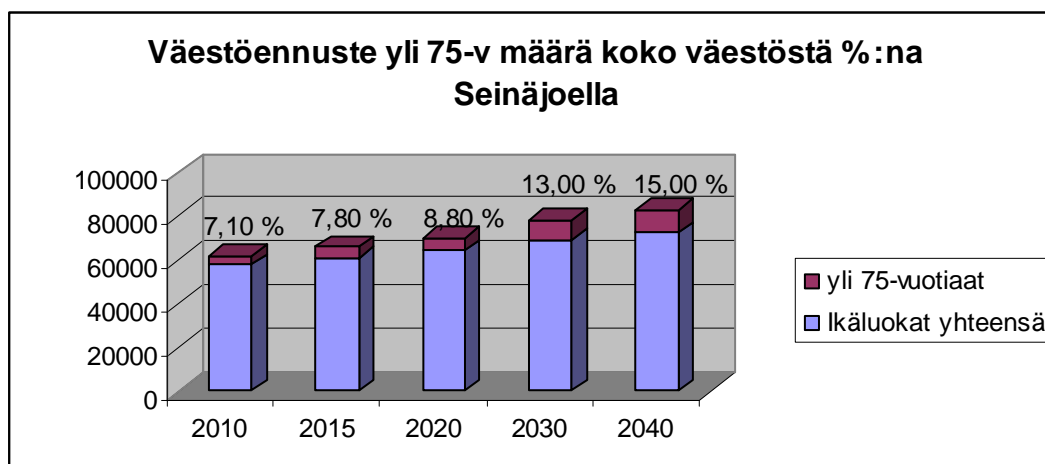
Väestö vanhenee kaikissa teollisuusmaissa. Suomelle ominaista on väestön erittäin nopea vanheneminen. Suomen ikärakenne vanhenee kansainvälisesti katsoen nopeasti seuraavien kahdenkymmenen vuoden aikana. Tulevaisuuden kannalta tärkeimpiä väestömuutoksia ovat keskimääräisen elinajan eli elinajanodotteen kasvu ja vanhojen ikäryhmien suureneminen.

Seinäjoella on 1.1.2009 Nurmon ja Ylistaron kanssa toteutuneen kuntaliitoksen jälkeen yli 57 000 asukasta. Väestömäärän ennakoidaan edelleen kasvavan Seinäjoella.

### VÄESTÖENNUSTE YLI 75-V MÄÄRÄ SEINÄJOELLA

Vuosi	2010	2015	2020	2030	2040
koko väestö	57707	61218	64310	69151	72279
yli 65-vuotiaat	4872	6510	7586	7253	6803
yli 75-vuotiaat	2982	3364	4054	6565	6543
yli 85-vuotiaat	1058	1296	1453	2274	3954
yli 95-vuotiaat	62	85	129	197	378
yli 65-v yhteensä	8974	11255	13222	16289	17678

Taulukko 1. Väestöennuste yli 75-vuotiaiden määrän kehitys Seinäjoella



Taulukko 2. Väestöennuste yli 75-v määrä koko väestöstä %:na Seinäjoella

Lähde: Tilastokeskus 2011.

Vuonna 2010 Seinäjoen väestöstä oli yli 75-vuotiaita 7,10 %. Vuoteen 2020 vastaava luku ennustetaan kasvavaksi 8,8 %:iin, edelleen vuoteen 2030 mennessä yli 75-vuotiaita olisi ennusteen mukaan 13,0 % väestöstä ja vuoteen 2040 mennessä jo 15,0 %.

## 5 SEINÄJOEN KAUPUNGIN IKÄKESKUS

Seinäjoella perustettiin ”*Son kaikki kotia päin*” – Ikäkeskuksen kehittämishanke, joka toteutui vuosina 2004 – 2006. Hankkeen tavoitteena oli asiakaslähtöisten, sektorirajat ylittävien ennaltaehkäisevien palvelujen syntyminen ja linkittyminen osaksi olemassa olevaa toimintaa.

Hankkeen tuloksena syntyi Seinäjoen kaupungin eläkeläisille suunnattu palvelupiste, Ikäkeskus. <http://www.sjk.fi/sosiaalijaterveys/ikaantyyvienpalvelut/ikakeskus.html>

Hankkeessa luotu ennaltaehkäisevän ja ennakoivan työn malli siirtyi palvelukokonaisuutena osaksi Seinäjoen kaupungin vanhuspalveluorganisaatiota 1.1.2007 alkaen.

Ikäkeskuksesta saa tietoa ja ohjausta ikääntyville suunnatuista palveluista, virkistymämahdollisuuksista sekä muista ikääntyville tärkeistä asioista. Ikäkeskuksen toimintaan kuuluvat mm. sosiaalityöntekijän palvelut, omaishoitajan tukeminen, ohjaus-

ja neuvontapalvelu, muistihoidajan palvelut, hyvinvointia edistävät kotikäynnit 75-vuotiaille sekä palvelukartoitukset.

### **5.1 Hyvinvointia edistävät kotikäynnit**

Hyvinvointia edistävä kotikäynti on yksi ehkäisevän vanhustyön muoto, jolla tarkoitetaan suunniteltua, ennakoivaa tietyille ikäryhmälle suunnattua kotikäyntiä ja se voi olla kertaluontoinen tai tietyin väliajoin toistuva käynti. (Häkkinen 2002, 16, 52).

Kotikäynnin tarkoitus on ehkäistä sellaisten asioiden toteutumista, jotka voivat vaikuttaa haitallisesti ikääntyvän toimintakykyyn ja elämisen laatuun. Mikäli toimintakykyä heikentäviin asioihin ei puututa ajoissa, menetetään varhaisen ja oikea-aikaisen intervention mahdollisuus. Pahimmillaan tämä voi johtaa ikääntyvän ajautumiseen sosiaali- ja terveystalvelujen monikäyttäjäksi tai ennen aikaiseen laitoshoittoon. (Häkkinen & Holma 2004, 24.)

Jos puututaan niihin riskitekijöihin, joiden tiedetään olevan ikääntymiseen liittyvien terveysongelmien ja toiminnanvajakuuksien taustalla, voidaan vanhenemiseen liittyvää sairastavuutta ja toimintakyvyn heikkenemistä ehkäistä tai hidastaa (Häkkinen & Holma 2004, 11.)

Ikääntyvän hyvinvointi ja sen kehittäminen ei ole pelkästään sosiaali- ja terveystalvelujen varassa vaan hyvinvointi ja terveyden edistäminen tulee nähdä laajana käsitteenä, jota olisi edistettävä organisaatioiden monitoimijaisena yhteistyönä.

Hyvinvointia edistävien kotikäyntien onnistumisen ja saavutettavan hyödyn edellytys on, että toiminta on osa kunnan vanhustyön strategiaa ja ehkäisevää vanhustyötä, ikääntyvä väestö on tietoinen kotikäyntien toteuttamisesta, toiminta on riittävästi resursoitu, huolellisesti suunniteltu, säännöllisesti arvioitu ja työntekijät koulutettu kotikäyntien toteuttamiseen. (Häkkinen & Holma 2004, 4.)

Stakesin vuonna 2008 kunnille tekemän kyselyn mukaan hyvinvointia edistäville kotikäynneille oli asetettu kunnissa seuraavia tavoitteita yleisyysjärjestyksessä:

- Tiedottaminen ja neuvonta saatavissa olevista palveluista ja etuuksista sekä asiakkaan palveluohjaus. Vastausten perusteella ei voida päätellä sisältääkö palveluohjaus myös palvelukokonaisuuksien räätälöintiä asiakkaan tarpeiden mukaan.
- Toimintakyvyn, terveydentilan ja palvelutarpeiden arviointi
- Ennakointi, terveyden edistäminen ja omien voimavarojen tukeminen
- Kotona asumisen tukeminen ja mahdollistaminen
- Tiedon kokoaminen vanhustenhuollon kehittämisen, suunnittelun ja poliittisen päätöksenteon pohjaksi
- Apuvälinetarpeiden, asunnon ja asuinympäristön esteettömyyden ja turvariskien kartoitus
- Yksilöllisten tarvetta vastaavien ja oikea-aikaisten palvelujen tarjoaminen

Nämä tavoitteet esiintyivät kunnissa erilaisina yhdistelminä. Muita tavoitteita olivat tutustuminen mahdollisiin tuleviin asiakkaisiin ja laitoshoidon viivästyttäminen ja minimointi. Yksittäisenä tavoitteena oli lisäksi omaishoitajien terveyden tukeminen. (STM 2009)

Stakesin toteuttaman neuvontapalveluja ja ehkäiseviä kotikäyntejä koskevan kyselyn mukaan hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä toteuttavista kunnista suurin osa (76 %) kohdensi käynnit tietylle ikäryhmälle, useimmiten 80 vuotta täyttäneille/kyseisenä vuonna täyttävälle tai 75 vuotta täyttäneille/kyseisenä vuonna täyttävälle. Ikäryhmä vaihteli kunnittain 65 vuotta täyttäneistä yli 85-vuotiaisiin. Riskiryhmille kohdentaminen tuli vastauksissa niukasti esille. Mainittuja riskiryhmiä olivat:

- leskeytneet
- monisairaajat ikäihmiset
- henkilöt, joilla on toistuvia terveyskeskusjaksoja
- turvapuhelinasiakkaat, joilla ei muita palveluja
- omaishoitajat, omaishoidon tuen piirissä olevat
- palvelutarvearviointia pyytävät sekä
- sotaveteraanit, jotka eivät ole säännöllisen koti- ja laitoshoidon piirissä. (Seppänen, Heinola, Andersson 2009).

Sosiaali- ja terveysministeriön perustama Ikäneuvo-työryhmä on ehdottanut hyvinvointia tukevien kotikäyntien kohdentamisen joko iän tai iän ja riskiryhmään

kuulumisen perusteella. Kotikäynnit on tarkoituksenmukaista kohdistaa ensisijaisesti säännöllisten palvelujen ulkopuolella oleville henkilöille, jotka kuuluvat 70–85-vuotiaiden ikäryhmään tai tiettyyn ikäluokkaan tämän ikäryhmän sisällä. (STM 2009:24).

## ***5.2 Hyvinvointia edistävien kotikäyntien tiedonhallinnan kehittäminen osana pohjalaismaakuntien vanhustyön kehittämissyksikkö – hanketta***

Ikäkeskus on toteuttanut vuodesta 2004 lähtien hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä kunakin vuonna 75 vuotta täyttävälle, kotona asuville, jotka eivät ole sosiaali- ja terveystalouden piirissä. Ikävalintaa tukivat havainnot, että 75 – vuoden jälkeen toimintakyvyssä on todettu ilmenevän enenevästi muutoksia. Toimintakyvyn heikkeneminen nopeutuu nykyisin monilla 75. ja erityisesti 80. ikävuoden jälkeen, jolloin toimintarajoitukset alkavat haitata entistä selvemmin totuttua elämänrytmiä. (Helin 2000, Palomäki 2006.)

Kotikäynneillä käytettävä haastattelulomake pohjautuu Kuntaliiton kehittämään malliin, josta on muokattu Seinäjoen vanhustyön tarpeita vastaava lomake. Kuntaliiton lomakkeen painopiste oli tilastollisen ja informatiivisen tiedon hankinnassa. Seinäjoella haluttiin lomaketta kehittää enemmän asiakaslähtöiseksi. Ikäkeskuksen hyvinvointia edistävien kotikäyntien haastattelulomaketta kehittämään koottiin työryhmä, joka koostui vanhusneuvoston, fysioterapian, kotihoidon ja ammattikorkeakoulun edustajista.

Lomaketta on kehitetty niin, että kotikäynnillä huomioitaisiin mahdollisimman kattavasti asiakkaan elämänpiiri, voimavarat ja tulevaisuuden tarpeet. Samalla saadaan kaupungille tietoa palvelujen kehittämistarpeista. Kotikäyntiin on sisällytetty toimintakykyä kuvaavia mittareita (verenpaine, verensokeri sekä myöhäisiä depressioseula GDS15). Näiden mittareiden avulla pyrittiin löytämään muistitoimintojen säilymistä uhkaavia riskitekijöitä ja saattamaan asiakkaat tarvittaessa hoidon piiriin. Kokonaisuuteen on myöhemmin lisätty yhteistyössä kotihoidon fysioterapeutin kanssa Toimiva-testistä ja Bergin tasapainotestistä mukailtu toimintakykymittari. Hän myös antoi neuvontaa asiakkaiden ohjaukseen toimintakyvyn ylläpitämiseksi. Kotikäynneillä nyt käytettävä lomake ei ole pysyvä, lopullinen

kokonaisuus, vaan sen tulee kehittyä myös tulevaisuudessa asiakaskunnan ja palveluverkoston mukana.

Kun lomake muokkautuu vuosien aikaan, ei kaikilta osin pystytä vertailemaan eri ikäryhmiä keskenään. Kuitenkin tulee muistaa, että lomake on apuväline kotikäynnin tekemisessä.

Haastattelussa käytettävä lomake koostuu kahdeksasta eri osa-alueesta:

- taustatiedot
- asuminen ja ympäristö (asunto ja asunnon varustelutaso, asumistyytyväisyys, asumisturvallisuus, muutostyöt (tehdyt/tarve), oma sisäinen turvallisuus)
- arjen toiminta (arjen askareiden hoitaminen, viestintävälineet, apuvälineet (käyttö/tarve), asiointi kodin ulkopuolella, liikunnan harrastaminen, kaatuminen)
- terveydentila ja toimintakyky (oma koettu terveys ja sen muutos, sairaudet ja niiden vaikutus elämään, lääkkeiden käyttö, alkoholin käyttö, ravitsemus, aistitoiminnot, lepo, muisti, mieliala)
- sosiaalinen verkosto ja osallistuminen (yhteydenpito muihin ihmisiin, osallistuminen, yksinäisyys, mieluinen ja mukava ajankulu)
- toimeentulo (tulojen riittävyys, etuudet ja tuet)
- tulevaisuus (kotona-asumisen mahdollisuus, tulevaisuuden asuminen, voimaa ja turvallisuutta tuovat asiat)
- terveiset/palaute kaupungille

Asiakaslähtöisen ajattelun lisäksi lomake tuottaa paljon tietoa ja informaatiota, jota voidaan hyödyntää palvelujärjestelmän suunnitteluun ja kehittämiseen. Lomakkeen suunnitteluprosessin lähtökohtana oli myös, että yhteenvetoraporteista on mahdollista saada vertailutietoa eri kaupunginosien välillä.

Lomakkeista tiedot kootaan Ikäkeskuksessa SPSS – tilastointiohjelmaan. Tulokset taulukoidaan suorina jakaumina, frekvensseinä ja prosentteina. Tuloksista tehdään vuosittaiset yhteenvedot sekä eri ikäryhmien vertailut. Yhteenvedot on saatavilla



Ikäkeskuksessa. Lomakkeet yhteenvedoiteen manuaalisessa muodossa säilytetään Ikäkeskuksessa.

Tiedontuotannon kehittäminen tuli ajankohtaiseksi, koska mittavasta tietomäärästä on ollut vaikeaa seuloa hyödynnettävää tietoa. Kaikkea saatavaa tietoa ei ole tarpeen analysoida ja tilastoida. Ajankohtaiseksi tuli myös pohtia millä tavoin tiedontuotantoa voisi kehittää. Yhtenä vaihtoehtona nousi kehittämistyön kytkeminen osaksi kehittämishanketta.

SONetBOTNIA:n vuonna 2004 käynnistämä ylimaakunnallinen vanhustyön kehittäjäryhmä kartoitti vuosina 2004 – 2005 alueen vanhustyön haasteita, osaamista ja hankkeistamistarpeita sekä välitti vanhustyön hyviä käytäntöjä. Kyseisenä aikana kehittäjäryhmä sitoutui vuonna 2006 yhteisen ylimaakunnallisen vanhustyön kehittämishankkeen suunnitteluun. Kehittäjäryhmän toimesta haettiin Sosiaali- ja terveysministeriön sosiaalialan kehittämishankkeen alaista hankerahoitusta Pohjalaismaakuntien vanhustyön kehittämysyksikkö – hankkeelle. Hanke ajoittui ajanjaksolle 10/2007 – 10/2009 ja toimi Etelä-Pohjanmaan, Keski-Pohjanmaan ja Pohjanmaan alueella.

Hankkeen tavoitteet jakautuivat viiteen päätavoitteeseen;

- vanhustyön rakenteiden ja palvelujen laadun kehittäminen,
- kuntien kehittämistyön tukeminen,
- ikäihmisten oman osallisuuden edistäminen heitä koskevassa kunnallisessa ja muussa toiminnassa ja sen suunnittelussa,
- vanhustyön henkilöstön kehittämistarpeiden koordinointi ja vanhustyön ammatillisen houkuttelevuuden vahvistaminen,
- vapaaehtoisen omaishoivan ja – hoidon tukeminen.

Hankkeen avulla vastattiin vanhustyön ylimaakunnallisiin kehittämistavoitteisiin ja -tarpeisiin, vahvistettiin yhteistyöverkostoja, vakainaistettiin sellaisia kehittämistyön rakenteita vanhustyössä, joista ovat hyötyneet myös pienemmät kunnat ja haja-asutusalueet.

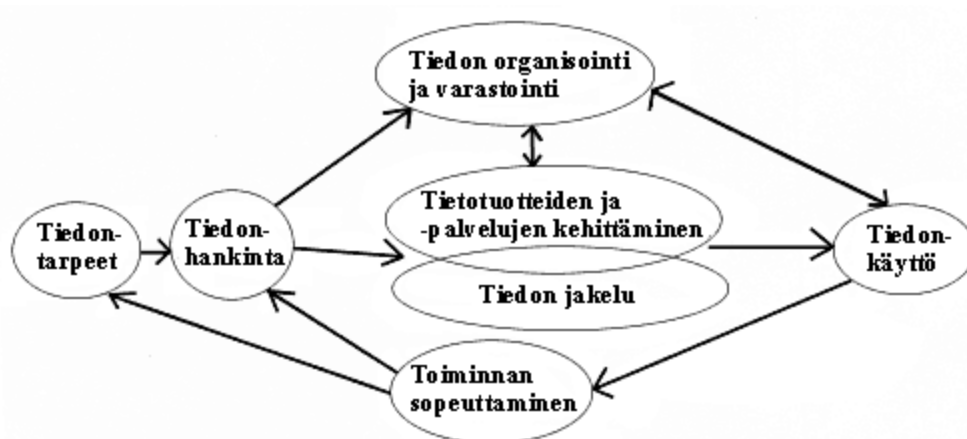
Hanke kokosi avoimia verkostoja kehittämisteemojen ympärille, jotka ovat olleet tukena vanhustyön kehittämiseksi kunnissa sekä toimineet vertaistuen mahdollistajana. Hankkeen toiminta kytkeytyi viiden vanhustalveluja tuottavaan toimintayksikköön Vaasassa, Seinäjoella ja Kokkolassa. Yksiköissä on ollut meneillään toiminnan kehittäminen ja toimintamallien luominen kokeilutoiminnan ja innovatiivisten ajatusten testaamisen kautta. Toimintayksiköt toteuttivat kukin omaa kehittämistehtävää, joita kehittämissyksikkö tuki. Yksiköiden kehittämistehtävät painottuivat ennaltaehkäisevään työhön, järjestöyhteistyöhön ja prosessikehittämiseen. Hankkeeseen valitut yksiköt edustivat vanhustyön eri osia palveluketjuissa. (Niiranen 2009)

Yksi viidestä asiakaspalveluja tuottavasta yksiköstä oli Seinäjoen Ikäkeskus. Ikäkeskuksen kehittämistehtävä hankkeessa liittyi hyvinvointia edistävien kotikäyntien tiedontuotantoon ja tiedon hyödyntämiseen.

Kotikäynneistä saatavaa tietoa jäsennettiin siten, että haastattelumateriaalista seulottiin palvelujen suunnittelun kannalta tilastollisesti oleellinen tieto, jota on jatkossa tarkoitus kerätä ja seurata. Osa haastattelussa syntyvästä tiedosta on luonteeltaan asiakasta hyödyntävää tietoa; ohjausta ja neuvontaa sekä toisaalta asiakaskohtaista tietoa, jota voidaan hyödyntää silloin kun asiakas siirtyy säännöllisten sosiaali- ja terveystalvelujen piiriin. (Liite 1.)

Tiedontuotannon kehittämistehtävää lähestyttiin hyödyntäen Chun Wei Choon (1998) tiedonhallinnan prosessimallia, jonka mukaan tiedonhallinnan keskeiset tekijät ovat suhteessa toisiinsa muodostaen kuusivaiheisen syklin. Prosessien hallinnan tuloksena organisaatio sopeuttaa toimintaansa yhteisesti asetettujen päämäärien ja muuttuvien toimintaympäristön vaatimusten mukaisesti.

Tiedonhallinnan kannalta keskeisiä tekijöitä Choon mukaan ovat: tiedontarpeiden määrittely, tiedon hankinta, tiedon organisointi ja varastointi, tietotuotteiden ja -palvelujen kehittäminen, tiedonjakelu, tiedon käyttö ja toiminnan sopeuttaminen



Kuvio 1. Choon tiedonhallinnan prosessimalli (mukaellen Huotari 2002)

Tässä kehittämistehtävässä keskitytään käsittelemään hyvinvointia edistävien kotikäyntien tuloksena syntyvän tiedon kannalta keskeisiä ja oleellisia tekijöitä: tietotarpeiden määrittelyä, tiedon hankintaa, tiedon organisointia ja varastointia, tietotuotteiden ja -palvelujen kehittämistä, tiedonjakelua, tiedon käyttöä ja toiminnan sopeuttamista. Hyvinvointia edistävien kotikäyntien tuloksena syntyvä tilastoitavaa tietoa hyödynnetään julkisten palvelujen suunnittelussa ja päätöksenteossa. Tiedonhallinta ylittää organisaatorajoja, jolloin tiedonhallinnan prosessin sijasta voidaan puhua tiedonhallintaketjusta

Tiedonhallinta voidaan kuvata tietoketjujen organisoinniksi ja parantamiseksi niin, että toimintayksiköiden ydintoimintojen laatu maksimoituu. Tiedonhallinta on tietoketjujen ja niiden sisällä olevien prosessien ja ympäristöjen ymmärtämistä, joissa ihmiset luovat ja soveltavat tietoa. Tiedonhallinnan tavoitteena on toimintayksikön kysymyksenasetteluja palvelevan tiedon tuottaminen. Tiedonhallinta voi keskittyä kolmeen aikaulottuvuuteen: historiaan, nykyisyyteen ja tulevaisuuteen. Tiedonhallinnan perustehtäviin kuuluvat yhteisöjen, organisaatioiden ja niiden piirissä toimivien yksilöiden tiedontarpeiden ja -hankinnan, sisäisen ja ulkoisen toimintaympäristön tiedontarpeiden ja -hankinnan, sisäisen ja ulkoisen toimintaympäristön ja -mallien sekä sähköisten ja muiden tietojärjestelmien merkityksen ymmärtäminen tuloksellisen toiminnan aikaansaamiseksi ja ylläpitämiseksi. (Huotari 2002.)

Ruotsalaisen (2000, 74–75) mukaan tiedonhallinnan keinoin luodaan yksilöiden ja ryhmien tiedonhankinnan edellytyksiä asettamalla tietoa saataville. Kyse on tiedontarjonnan tehokkaasta organisoimisesta tiedonetsijän tarpeita varten. Choon (1998) mukaan tiedon hallinnassa keskeisiä ovat tiedon tarpeet ja niiden määrittely, tiedon etsintä, sen systematisointi ja organisointi, tiedon käyttö, sekä tiedon käyttöympäristö ja tilannetekijät.

### **5.2.1 Tiedontarpeiden määrittely**

Tiedontarve on käsitteellisesti vaikeasti hahmotettavissa. Ilmiötä voidaan lähestyä ongelman tai käsillä olevan tehtävän käsitteestä, jotka asettavat vaatimuksia tuottaen tiedontarpeiksi kutsuttuja asioita. Tiedontarvetta määriteltäessä puhutaan myös tietorakenteiden aukoista tai inhimilliseen toimintaan liittyvästä epävarmuudesta, joka käynnistää tiedonhankinnan. Tiedontarpeita, tiedonhankintaa ja hankitun tiedon käyttöä voidaan analysoida monissa eri yhteyksissä. Hyvinvointia edistävien kotikäyntien tiedontarpeita määriteltäessä kohteena ovat ammatilliset tiedontarpeet, hankinta ja käyttö. Tiedontarpeet voidaan jakaa orientoivan ja praktisen tiedon tarpeisiin. Orientoivan tiedon tarpeet viittaavat pyrkimyksiin seurata toimintaympäristön muutoksia. Praktisen tiedon tarpeet vastaavat vaatimuksiin, jotka liittyvät jonkin ongelman ratkaisemiseen tai tehtävän suorittamiseen. Tiedontarpeita määriteltäessä voidaan erottaa myös yksilön ja ryhmän kokemat tiedontarpeet. (Savolainen 2002, 80–84.)

Toimintaverkostot mahdollistavat tiedonvaihdon ja tiedon jakamisen. Sisäiset ja ulkoiset tietovirrat ovat toiminnan edellytyksiä organisaatioissa. Sähköiset tietojärjestelmät mahdollistavat toimintatapojen muuttamisen ja kehityksen kohti matalia organisaatorakenteita, toiminta- ja kontaktiverkostoja, joissa "organisaatio" rakentuu suoritettavan tehtävän mukaan ja tehtävät toteutetaan tiimeissä. (Huotari 2002, 171.)

Tiedonhallinnan ketju käynnistyy toimintayksikön tiedontarpeiden tunnistamisella ja niiden määrittämisellä. Tiedontarpeen määrittely on tiedonhallinnan prosessin tärkein vaihe. Toiminnan kannalta oleellisinta on tunnistaa eri toimijoiden ja toimijaryhmien tiedontarpeet sekä ongelmanratkaisuun ja päätöksentekoon liittyvä tiedontarve.

Tiedonhallintastrategian kehittämisessä tiedontarpeet eri toimijaryhmillä ovat erilaisia, mikä osaltaan johtaa erilaiseen tietoon liittyvään käyttäytymiseen. Tiedontarpeiden määrittely on edellytys toimintojen ja palvelujen kehittämiseksi sekä tiedonjakelun parantamiselle. (Choo 1998, 261–262, Huotari 2002, 160, Niiranen 2005)

Ikäkeskuksen hyvinvointia edistävien kotikäyntien lähtökohtana olivat valtakunnalliset suositukset ja Seinäjoen kaupungin strategia, joissa painottui ennaltaehkäisevä näkökulma. Tiedontarpeita määriteltäessä haluttiin saada tietoa ikääntyvien elinolosuhteista ja niihin vaikuttavista tekijöistä ja heidän omista odotuksistaan palvelujärjestelmälle. Näiden tietojen pohjalta nähtiin mahdolliseksi palvelujärjestelmän kehittäminen asiakaslähtöisyyden huomioiden.

Hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä käynnistettäessä pitäydettiin Kuntaliiton lomakemallissa, jota täydennettiin kotona-asumisen riskitekijöitä kartoittamalla, kuten asumisturvallisuuteen ja terveydentilan kokemuksellisuuteen liittyvillä kysymyksillä. Haastattelun avulla haluttiin saada yksilöllistä tietoa terveydentilassa ja elämäntapoihin tapahtuneista muutoksista. Lisäksi haluttiin löytää niitä tekijöitä, joilla voidaan yksilökohtaisesti vaikuttaa tulevien vuosien selviytymistä tukeviin tekijöihin. Vähemmälle huomiolle lomakkeen suunnittelussa jäi palveluorganisaation kehittämiseen liittyvät tiedontarpeet. Voidaan sanoa, että tarve näille tiedoille on noussut toiminnan käynnistymisen myötä. Alkuvaiheessa koettiin vaikeaksi määrittää mitä tietoa lopulta tarvitaan, mihin ja miten sitä systemaattisesti tulisi käyttää.

### **5.2.2 Tiedonhankinta**

Tiedontarpeiden tunnistamista seuraa tiedonhankinta. Savolaisen (2002, 73, 84–100) mukaan tiedonhankinnan käsite on moniselitteinen. Pohjimmiltaan tiedonhankinta voidaan käsittää mielekkään toiminnan perusedellytykseksi, jonka avulla ihminen tulkitsee toimintaympäristön muutoksia ja antaa merkityksiä valinnoille. Tiedonhankinta käynnistyy tiedontarpeista ja päättyy hankitun tiedon hyödyntämiseen ja käyttöön. Tiedonhankinnan vaiheita ovat tietolähteiden valinta sekä hakeutuminen niille eri kanavien kautta. Seuraavana vaiheena on saadun aineiston relevanssin punnitseminen. Saatua aineistoa voi tuottaa uusia tiedontarpeita, jolloin tiedonhankinnan

sykli jatkuu. Tiedonhankinta on luontevinta ymmärtää laajemmassa toimintakontekstissa määrittyväksi päämäärätoimintaa palvelevaksi toiminnaksi. Tiedonhankinta ei ole itseisarvo, vaan väline muiden asioiden tekemiseksi ja saavuttamiseksi. Tietoa voidaan siten hankkia toiminnan merkityksellistämiseksi, perustarpeiden tyydyttämiseksi, yksittäisten ongelmien ratkaisemiseksi tai työtehtävien suorittamiseksi. Tiedonhankinnan käytännöt vaihtelevat yksilöittäin, tilanteittain ja tehtävätyypeittäin. Keskeisiä kysymyksiä ovat: mihin tietoa tarvitaan, miten yksityiskohtaista tietoa halutaan ja millaisia ovat sosiaaliset ja organisatoriset reunaehdot kuten normit ja vaatimukset.

Choon (1998, 263) mukaan tiedonhankintaan liittyy kaksi vastakkaista tarvetta. Organisaatioiden tiedontarpeisiin vaikuttavat toimintaympäristön muutokset, jotka edellyttävät laajan tietolähdejoukon seuranta. Toisaalta yksilön ajattelukapasiteetti on rajallinen, minkä vuoksi tietoa otetaan vastaan valikoivasti organisaatioissa. Tämän vuoksi myös tiedonlähteiden valinta tulee olla suunniteltua ja niiden relevanssi jatkuvasti arvioitua.

Toiminnan kannalta kriittinen tieto on usein epävirallisten tietojärjestelmien, kuten työpaikan sosiaalisen verkoston tai muistilappujen, varassa. Työtä tukevaa tietojärjestelmää suunniteltaessa on selvitettävä, mistä lähteistä tietoa todella saadaan. Muutoin keskeinen osa kriittisestä tiedosta on vaarassa jäädä tietoteknisen tietojärjestelmän ulkopuolelle. (Kasvi & Vartiainen 2000, Niiranen 2005).

Yksilön tai yhteisön olemassaolo ja toiminta, siihen liittyvät tavoitteet ja arvot, käytettävissä oleva tietämys sekä eteen tulleet ongelmat ja niiden käsittelyyn liittyvä epävarmuus vaikuttavat keskeisellä tavalla yksilön tai yhteisön tietämyksen hankintaan joko kokemuksia kartuttamalla tai tietoa käyttämällä. Edellä mainitut seikat tuovat tiedon käyttöön tiedontarpeen näkökulman. Vain sellaista tietoa käytetään, joka otaksutaan käyttökelpoiseksi. Yksilön haluamaan tietoon ja sen käyttämiseen vaikuttavat käytettävissä olevan tietämyksen ja ongelmatilanteen ohella myös monet tilannetekijät sekä yksilön ja hänen yhteisönsä ominaisuudet. Tällaisia ominaisuuksia ovat muun muassa motivaatio, joustavuus, luovuus sekä käsitys olemassa olevasta tiedosta ja sen saatavuudesta. (Otavan opisto 2005.)

Kuntaliiton vuonna 2001–2003 toteuttamassa hyvinvointia edistävien kotikäyntien kehittämishankkeessa nähtiin tärkeäksi ottaa huomioon kotikäyntien aloittamista edeltävä koulutus sekä ohjaus, yhteisiin ja yhdenmukaisiin toimintatapoihin. Näin halutaan varmistaa kotikäyntien tekijöiden yhteinen perustieto etenkin jos he edustavat erilaisia ammattiryhmiä. Hankkeessa oli huomattu, että ammattikoulutus ohjaa keskustelun sisältöä. Esimerkiksi sosiaalityöntekijän kanssa keskusteltiin enemmän erilaisista taloudellisista asioista kun taas terveydenhoitajan kanssa keskusteltiin sairauksiin liittyvistä asioista. Kotikäynnin tekijältä vaaditaan lisäksi henkilökohtaista sopivuutta vanhustyöhön; kykyä lähestyä ja kuunnella ikääntyvää, kykyä luoda luottamuksellinen ja turvallinen ilmapiiri keskustelulle sekä kykyä havainnoida ja ymmärtää ikääntyvän tilannetta. Heidän tulee olla myös kokeneita ammattilaisia ja tuntea kunnassa tarjolla olevat palvelut. (Häkkinen 2002, 66–67.)

Seinäjoella hyvinvointia edistävien kotikäyntien osalta toiminta käynnistyy siten, että kaupungin tietohallinto toimittaa Ikäkeskukseen listat kunakin vuonna 75 vuotta täyttävistä henkilöistä. Kotihoidon alue- ja hoitotyönvastaavat poistavat listalta omat asiakkaansa. Listalta poistetaan myös omaishoidon tuen sekä asumispalvelujen piirissä olevat henkilöt. Seinäjoen alueella kotikäyntejä tekevät Ikäkeskuksen palveluohjaajat sekä kaksi kotihoidon terveydenhoitajaa. Muilla kaupungin alueilla (Peräseinäjoki, Nurmo, Ylistaro) kotikäynnit tehdään kotihoidon toimesta. Ikäkeskuksesta toimitetaan henkilölistat ja kotikäynneillä tarvittavat materiaalit alueille, mutta kukin alue hoitaa itsenäisesti yhteydenoton asiakkaisiin. (Liite 2.)

Ikäkeskuksesta lähetään kirje asiakkaalle, jolle tullaan tarjoamaan kotikäyntiä noin kahden viikon sisällä. Kirjeessä kerrotaan käynnin sisällöstä ja tarjotaan mahdollisuutta kotikäyntiin. Asiakkaalle myös kerrotaan, että käynti on luottamuksellinen ja vapaaehtoinen. Kirjeessä asiakasta pyydetään ottamaan yhteyttä käynnin sopimiseksi. Todellisuudessa vain pieni osa ottaa itse yhteyttä, joten Ikäkeskuksen henkilökunta on itse aktiivinen. Kaikille asiakkaille soitetaan ja tarjotaan käyntiä. Sovittu aika vahvistetaan vielä kirjeellä ja asiakkaalle lähetetään myös kyselylomake tutustumista varten. Näin toimimalla asiakas saa mahdollisuuden etukäteen pohtia käynnin aikana läpikäytäviä asioita.

Saatavan tiedon luottavuuden ja käytettävyyden varmistamiseksi, on erityisen tärkeää, että kotikäyntien sisältö ja tarkoitus nähdään samalla tavalla. Eri ammattiryhmät katsovat asioita oman ammatillisen viitekehýksensä ja ammattitaitonsa läpi, tämän vuoksi yhtenäinen koulutus ja ohjeistus ovat välttämättömiä. Lisäksi kysymysten muotoilussa on otettava huomioon, että kysymykset ymmärretään samalla tavalla, kysymysten täytyy olla yksiselitteisiä ja vastausten merkintätavat yhteneväisiä.

Ikäkeskuksen palveluohjaajat kävivät Peräseinäjoen, Nurmon ja Ylistaron kotihoidon aluetoimistoilla kertomassa kotikäynnistä: käynnin tarkoituksesta ja sisällöstä. Myös kotikäynnillä tarvittava materiaali sekä kyselylomake käytiin yhdessä läpi. Palveluohjaajat ehdottivat myös toista tapaamista siinä vaiheessa kun käyntejä oli tehty muutama, mutta nämä tapaamiset eivät toteutuneet. Myöhemmin todettiin, että tämä yhden kerran tapahtuva opastus ei ollut riittävää, vaan käynnin tarkoitusta ja sisältöä olisi ollut tarpeen käydä läpi myöhemmin kun asia olisi ollut jo tutumpi.

Ikäryhmän vaihtuessa vietiin uudet henkilölistat ja käytiin jälleen haastattelulomake läpi. Samalla myös tarkennettiin epäselviä asioita ja keskusteltiin käynnin sisällöstä. Eräällä alueella todettiin, että olisi tarpeellista, jos Ikäkeskuksen palveluohjaaja olisi mukana ensimmäisillä käynneillä, etenkin jos työyhteisöön on tullut uusia työntekijöitä.

Kotikäynnin aikana pyydetään allekirjoitusta ns. suostumus-lomakkeeseen. (Liite 3.) Lomakkeella haastateltava antaa suostumuksensa lomakkeessa olevien tietojen käyttämiseen henkilöllisyyden paljastumatta. Samalla haastateltava antaa luvan myös tietojen siirtämiseen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilasasiakirjoihin ja tarvittaessa (haastateltavan kanssa sovittaessa) asioiden hoitamiseen muiden organisaatioiden kanssa. Päätöksentekoon tarvittavassa tiedossa ei käytetä yhtenkään haastateltavan henkilökohtaisia tietoja vaan yhteenvetotietoja käytetään ikäluokittain.

### **5.2.3 Tiedon käsittely ja varastointi**

Tiedonhankinnan jälkeen tieto organisoidaan ja varastoidaan. Hankittu tieto säilytetään manuaalisissa tai sähköisissä tietojärjestelmissä. Tiedon ylläpitojärjestelmien tehtävänä on mahdollistaa tiedonhaku ja -jakelu. Lisäksi ne toimivat toimintayksikön



kollektiivisena muistina. Toimintayksikön tiedon varastointitapa heijastaa osaltaan vallitsevaa käsitystä sen toimintaympäristöstä. Käsitykset liittyvät tietoresurssien nimeämiseen, niiden välisten suhteiden määrittämiseen, toimintojen ja tapahtumien seurantaan ja tuloksellisuuden mittaamiseen. Tasapainon löytäminen varastoidun tiedon ja sen hyödyntämisen välillä on keskeistä. Organisaation toiminnan kannalta on tärkeää varastoida oleellinen tieto. Tiedon varastoinnin tulee tukea eri käyttäjien tiedon tarvetta ja käyttöä, tarjoten joustavasti laadullista tietoa. (Choo 1998, 264–265, vrt. Huotari 2002.)

Hyvinvointia edistävien kotikäyntien haastatteluista saatava tieto voidaan jaotella kolmeen eri tiedon tasoon: informatiiviseen tietoon, asiakaskohtaiseen tietoon eli toimintakyvyn ylläpitoon liittyvään tietoon sekä päätöksenteon ja suunnittelun tueksi saatavaan tietoon. (Niiranen 2009).

Informatiivinen tieto on asiakkaalle annettavaa tietoa, asiakasta itseään hyödyntävää tietoa. Informatiivinen tieto on mm. ohjausta ja neuvontaa eri palveluista tai toimintakyvyn ylläpidosta. Sitä ei tilastoida eikä kirjata, haastattelulomaketta lukuun ottamatta, mitenkään. Informatiivinen tieto on lähellä hiljaista tietoa, jota on mahdollista tutkia kotikäynnin vaikutuksen kannalta. (Niiranen 2009).

Asiakaskohtainen tieto on puolestaan asiakkaan toimintakyvystä, elin- ja asumisolosuhteista saatavaa tietoa. Tämä tieto olisi ehdottoman tärkeää kirjata esim. hoitotietoihin, jolloin se hyödyttäisi asiakasta hänen käyttäessään sosiaali- ja terveydenhuollon muita palveluja (esim. terveyskeskuksen palveluja). (Niiranen 2009).

Päätöksentekoa ja suunnittelua varten kerättävää tietoa voidaan hyödyntää palvelujen kehittämisessä. Jo lomakkeen suunnittelussa on tärkeää ottaa huomioon, minkälaisista asioista halutaan tietoa ja mihin halutaan panostaa. Haastatteluiden avulla saadaan myös ikäryhmäkohtaista tietoa ja haastateltavien esittämiä toiveita ja ”kipukohtia”. Tämä kehittämisestä keskiintyy nimenomaan päätöksenteon ja suunnittelun avuksi kerättyyn tietoon. (Niiranen 2009).

Haastattelulomake on pohja tiedon haulle ja jakelulle. Kun lomakkeen kysymykset suunnitellaan ja laaditaan huolella, saadaan juuri sitä tietoa mitä halutaan. Lisäksi on

tärkeää kuinka ja missä muodossa tieto säilytetään, jotta tietoon saatavissa helposti silloin kun sitä tarvitaan.

Kotikäynnin jälkeen lomakkeet syötetään SPSS – tilastointiohjelmaan. Tämän tekee Ikäkeskuksessa palveluohjaaja, joka myös itse tekee ko. käyntejä. Tulokset taulukoidaan vuosittain suorina jakaumina, frekvensseinä ja prosentteina. Vuosiluokkavertailut tehdään Excel-ohjelmalla. Haastattelulomake muokkautuu ja kehittyy joka vuosi, joten kaikkien saatujen tulosten yhdenmukainen tarkastelu ei ole ollut mahdollista. Lisäksi tehdyt kuntaliitokset vaikuttavat tuloksiin eri vuosiluokkia koskevia vuosivertailuja tehtäessä.

Lomake säilytetään asiakasnumerojärjestyksessä Ikäkeskuksessa, josta se on tarvittaessa löydettävissä. Myös suostumuslomake, toimintakykytesti ja käynnin yhteenvetolomake säilytetään Ikäkeskuksessa manuaalisissa tiedostoissa.

Käynneiltä saatua hiljaista tietoa ei tällä hetkellä riittävästi kirjata, eikä se näy missään. Haastateltavien omat havainnot kirjataan yhteenvetolomakkeeseen ja yksittäisen henkilön tiedot on sieltä löydettävissä, mutta yhteenvetoa niistä ei tehdä. Yhtenäistä ohjeistusta kotikäynnin aikana tehdyistä havainnoista ei ole. Kotikäynnin tekijöillä on paljon tietoa, jota ei osata hyödyntää. Kun tieto on jäsentämätöntä, pidetään kiinni entisestä, joka taas estää kotikäyntien ja niistä saatujen tietojen kehittymistä.

Kotikäynniltä saatua tietoa tulisi pystyä syöttämään kahdelle eri järjestelmälle. Päätöksentekoa ja organisaatiota hyödyntävän tiedon voisi syöttää tilastointiohjelmalle. Siksi on tärkeää miettiä mitä kotikäynniltä saatavaa tietoa eri organisaatiot voisivat hyödyntää omassa työssään. Tietojen käsittely voidaan hoitaa yhdessä yksikössä, Ikäkeskuksessa. Ikäkeskuksessa tieto voidaan jakaa eri organisaatioille esim. alueittain.

Asiakaskohtaisen tiedon käsittelyyn tarvitaan ohjelma, joka olisi laajemmin ja saumattomasti sosiaali- ja terveystietojen käytössä. Nykyisin käytössä olevaa ohjelmistoa ei pystytä hyödyntämään tässä tarkoituksessa. Kotikäynnin tekijä voisi suoraan kotikäynnin tehtyään syöttää ko. henkilön tiedot järjestelmään. Näin asiakaskohtainen tieto olisi tarvittaessa käytössä, esim. jos hän siirtyy kotihoidon asiakkaaksi tai on lääkärin vastaanotolla.

## 5.2.4 Tiedonjakelu

Tiedonjakelu tapahtuu eri käyttäjien ja käyttäjäryhmien tiedontarpeiden tyydyttämiseksi. Tiedon jakaminen ja edistäminen työntekijöiden ja sidosryhmien kesken on keskeinen kysymys. Tieto tulee olla oikeaan aikaan tietoa tarvitsevien ja tietoon oikeutettujen ihmisten käytettävissä. (Choo 1998, 266, vrt. Huotari 2002.)  
Palvelun tuottajien välinen tiedonvälitys liittyy suurelta osin palveluketjun ja palveluprosessin toteuttamiseen toimintayksikön sisällä, toimintayksiköstä toiseen tai yhden organisaation toimintayksiköstä toisen organisaation toimintayksikköön. (Kalpa & Kuusisto-Niemi 1997, 38.)

Tiedon luomisessa ihmiset työskentelevät moniammatillisissa tiimeissä yhdistäen erilaista osaamista ja asiantuntijuutta. He jakavat tietoa keskenään sekä hankkivat tietoa organisaation ulkopuolelta. Päätöksenteossa tiedon käsittelyä ja virtaamista ohjaavat säännöt ja totutut rutiinit, kuten se, kenellä on pääsy tietoon, mitä tietoa on tarpeen luoda ja ketä tiedon ajatellaan palvelevan. Näillä säännöillä on koko tiedonhallintaketjua määrittelevä rooli. (Choo 1998, 266, Huotari 2002.)

Ikäneuvo-työryhmän mukaan ikääntyvien hyvinvoinnin lisäämisen ja kuntien voimavarojen taloudellisen käytön kannalta sosiaali- ja terveydenhuollon tiivis yhteistyö on tärkeää. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä ja verkostoitumista kunnan muiden toimialojen, järjestöjen, seurakuntien, yritysten (mukaan lukien sosiaaliset yritykset) ja ikääntyneiden kuntalaisten kanssa on välttämätöntä lisätä.

Helmikuussa 2008 Ikäkeskuksen toimesta lähetettiin kirje kaupungin virkamiehille. Kirjeessä kerrottiin hyvinvointia edistävästä kotikäynneistä ja niiden tarkoituksesta, liitteenä oli myös sillä hetkellä käytössä oleva kyselylomake. Kirjeen tarkoituksena oli saada palautetta lomakkeesta sekä kehittämis ehdotuksia lomakkeen edelleen kehittämiseen.

Ainoastaan yksi henkilö otti yhteyttä. Hän kertoi, että lomakkeessa on paljon asiaa, mutta ei osannut sillä hetkellä sanoa, miten vastauksia voisi hyödyntää tai mitä tietoa lomakkeesta tarvittaisiin ja mitä asioita pitäisi kysyä. Todennäköisesti virkamiehet eivät

osanneet tietoa vaatia, kun eivät tieneet missä muodossa ja minkälaista tietoa olisi mahdollista saada.

Tämän vuoksi onkin tärkeää, että jo lomaketta suunniteltaessa on työryhmässä mukana eri hallintokuntien edustajia. Tiedon jakelusta puhuttaessa tässä yhteydessä on kyse yhteenvetotiedoista, joissa ei yhdenkään asiakkaan vastaukset tai henkilötiedot tule näkyviin eikä asiakkaan tietosuoja vaarannu.

Koska käynniltä saatavan tiedon hyödyntämismahdollisuuksia ei osattu nähdä tai selkeästi tuoda esille, Ikäkeskuksen henkilökunta pohti, mikä saatavasta tiedosta hyödyttäisi muita keskeisiä toimijatahoja. Kysymyslomakkeen kysymykset, samoin kuin tulokset, jaettiin tilastoitavaan tietoon, asiakastietoon ja informatiiviseen tietoon. Ikäkeskuksen henkilökunnan toimesta laadittiin yhteenveto vuosina 1929 – 1932 syntyneiden tuloksista. Hallintokunnittain tehdyt yhteenvedot lähetettiin lokakuussa 2008 ko. alueiden virkamiehille. Tulosten mukana oli myös koonti ko. hallintokuntaa koskevista avoimista palautteista. Tarkoituksena oli lähettää tulokset myös eri lautakunnille, mutta kunnallisvaalien ja kuntaliitosten vuoksi tulosten toimittaminen siirrettiin myöhempään ajankohtaan.

Vuonna 1933 syntyneille tehdyistä hyvinvointia edistävästä kotikäynneistä tehty kooste ja tulokset lähetettiin apulaiskaupunginjohtajalle, vanhustyön päällikölle sekä kooste jaettiin myös sosiaali- ja terveyslautakunnalle. Maaliskuussa 2009 kutsuttiin kaikki 1934 syntyneet, joille kotikäyntiä oli tarjottu, yhteiseen seminaariin. Seminaariin oli koottu heille tehtyjen käyntien tulokset. Seminaari otettiin vastaan erittäin positiivisesti ja tätä käytäntöä tullaan jatkamaan vuosittain.

Vuoden 2009 alussa Seinäjoki, Nurmo ja Ylistaro yhdistyivät Seinäjoen kaupungiksi. Tästä syystä 1934 syntyneiden tulokset eivät ole suoraan vertailtavissa aiempien vuosien ikäryhmien tuloksiin. 1934 syntyneiden tulokset tullaan tulostamaan alueittain sekä koko Seinäjoki yhteensä. Näin pystytään tarkastelemaan eri alueiden eroavaisuuksia.

Käynneistä saatava tieto tullaan jatkossakin välittämään eteenpäin virkamiehille ja lautakuntiin vuosittain. Näin kotikäynti työ saadaan näkyväksi ja kiinnostavaksi ja tietoa tulevaisuudessa osataan hakea ja hyödyntää.

### **5.2.5 Tiedon käyttö ja sopeuttaminen**

Tiedonkäytön problematiikkaa voidaan lähestyä ainakin neljällä tarkastelutasolla. Ensiksi tiedon käytössä voi olla kyse ihmisen mielessä tapahtuvista prosesseista kuten tietorakenteiden muutoksista. Toiseksi tiedonkäyttö voi liittyä ihmisten väliseen viestien vaihtoon. Kolmanneksi tiedonkäyttö voi kontekstoitua organisaation sisäiseen viestintään ja neljänneksi tiedonkäyttö voi liittyä eri järjestelmien tai organisaatioiden keskinäiseen viestien vaihtoon. Tiedon käytön merkitystä määrittää se toiminnallinen konteksti, jossa tiedon arvoa kulloinkin punnitaan. (Savolainen 2002, 101–106.)

Tiedon käyttö on tiedon soveltamista ongelmanratkaisuun, päätöksentekoon ja uuden luomiseen. Tavoitteena on joustavien ja päätöksentekoon sopivien informaation- ja tietorakenteiden ja – ketjujen luominen ja ylläpitäminen. Tiedon käyttö tähtää hyväksytyyn ymmärryksen ja tarkoituksen muodostamiseen. Tiedon käyttö on tiedon soveltamista ongelmanratkaisuun, päätöksentekoon tai uuden tiedon luomiseen. Se on dynaaminen ja sosiaalinen prosessi, joka yhteisen tarkastelun seurauksena saattaa johtaa uuden merkityksen löytämiseen ja esimerkiksi uusien toimintatapojen valintaan. (Choo 1998, 268–269, Huotari 2002.)

Tietoresurssien hallinto, tietohallinto ja laatujohtaminen käsittävät tiedon, tietämyksen ja osaamisen kokonaisvaltaisemman strategisen hyödyntämisen ja hallinnan. Tätä kutsutaan myös tietojohdantiseksi, osaamisen johtamiseksi tai tietämyshallinnaksi. Tietojohdantamisen tarve nousee organisaatioiden muutoksesta, jossa vanhat johtamistavat eivät päde uudessa verkostomaisessa toimintaympäristössä. (Huotari 2011).

Tiedon käytön seurauksen organisaation toimintaa ja toimintoja sopeutetaan siten, että koko organisaation toiminnassa luotu tieto käytetään vuorovaikutukseen toimintaympäristön kanssa. Näin syntynyt jatkuva vuorovaikutus johtaa syklin alkuun -

tiedonhankintaan tai uusien tiedontarpeiden syntyyn ja edelleen tiedonhankintaan. (Huotari 2011).

”Tiedon ja tietoteknologian hyödyntämisessä keskitytään kommunikaation, sosiaalisten verkostojen ja työssä oppimisen tukemiseen liittyvien järjestelmien ja sovellusten suunnitteluun ja kehittämiseen. Käsittäessämme tiedon/tietämyksen hallinnan prosessina hyväksymme tiedon sosiaalisen luonteen ja piiloisen tiedon merkityksen. Tällöin hallinnan kohteena ovat myös työn suorittamiseen liittyvät taidot ja tiedon jakaminen. Uuden tiedon luominen on keskeistä. Pyrkimyksenä on prosessin ylläpitäminen ja hallinta ja tavoitteena tiedon/tietämyksen hyödyntäminen toimintana.” (Huotari 2011).

Tieto- ja viestintäteknologiaa voidaan käyttää viestintään, sosiaalisten verkostojen ja oppimisen tukemiseen. Tavoitteena on prosessin ylläpitäminen ja hallinta sekä tiedon hyödyntäminen toimintana. (Huotari 2011.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarpeen ennakoinnissa ennaltaehkäisevän työn merkitys korostuu. Tämä edellyttää muun muassa yhteistä dokumentointikieltä suunnittelun pohjaksi. Yksi jatkossa kehitettävä näkökulma sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa on ennaltaehkäisevän työn kautta tuotetun tiedon hyödyntäminen palvelujen ennakoinnissa. Tämä tieto auttaa suuntaamaan resursseja, kohdentamaan palveluja ja näkemään kauaskantoisesti.

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen (STM 2008:3) mukaan kuntalaisten hyvinvointia ja terveyttä edistetään siten, että iäkkäämmän väestön tarpeisiin vastaaminen juurrutetaan entistä laajemmin eri hallinnonalojen suunnitteluun ja kehittämistoimintaan. Hyvinvoinnin ja terveyden sekä kotona asumisen mahdollisuuksien kannalta tärkeitä ratkaisuja tehdään paitsi sosiaali- ja terveydenhuollossa myös asumis-, kulttuuri-, liikunta- ja liikennepalveluissa sekä yhdyskuntasuunnittelussa, kuten kaavoituksessa ja maankäytössä.

Eri hallinnonalojen suunnittelussa on huomioitava ikääntyvien mahdollisuus elää omaehtoista, täysipainoista ja mielekästä elämää omassa kodissa tutussa elinympäristössä. Rakennetun ympäristön ja liikenteen esteettömyys sekä yleisten

palvelujen saavutettavuus vähentävät sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeita ja kustannuksia. Ympäristön ja liikennevälineiden esteettömyys on tärkeä osa liikkumisen edistämistä ja osallisuuden tukemista. Ikääntyvien liikuntamahdollisuudet tukevat erityisesti lihaskunnan ja tasapainon vahvistamista. Harrastus-, virkistys- ja kuntoutustoiminta sekä mahdollisuus vertaistukeen ovat tärkeitä sekä ikääntyneille että heidän omaishoitajilleen. Kuntien, järjestöjen, seurakuntien ja vapaaehtoistyön keskinäinen tiivis yhteistyö hyödyntää ikääntyneiden osallisuutta ja aktiivista elämää.

Hyvinvointia edistävillä kotikäynnillä saadaan vuosittain arvokasta yhden ikäryhmän hyvinvointia koskevaa tietoa. Lisäksi käynnillä kysytään mitä kukin haluaisi otettavan huomioon eri palveluja kehitettäessä. Näitä tietoja on jo koottu ja jaettu keskeisille virkamiehille. Näyttäisi kuitenkin siltä, että annettua tietoa ei vielä osata täysimääräisesti hyödyntää. Sitä ei myöskään osata vielä kysyä.

Tällä hetkellä olemassa oleva tieto on yhdellä yksiköllä, Ikäkeskuksella, yhteenvetoina ja lomakkeina mapeissa. Tietoa ei ole mahdollista saada yhteisesti käytössä olevista järjestelmistä. Ikäkeskuksen henkilökunta luokittelee tiedon ja määrittelee tiedon tarpeet. Luokiteltu tieto toimitetaan virkamiehille ja lautakunnille. Tietojen hyödyntäminen on sattumanvaraista ja ko. virkamiehen omassa harkinnassa. (Liite 4.)

## **6 HYVINVOINTIA EDISTÄVIEN KOTIKÄYNTIEN SEURANTA**

Toiminnan vakiintuessa heräsi kiinnostus saada tietoa kotikäyntien vaikutuksista ja siitä, miten elämäntilanne ja elinolosuhteet ovat viiden vuoden aikana muuttuneet. Tämä oli myös luonteva aihe jatkaa tiedonhallinnan kehittämistyötä. Oppilaitosyhteistyö oli myös noussut yhdeksi painopistealueeksi vanhustyön kehittämisyksikköhankeessa ja Seinäjoen ammattikorkeakoulu nähtiin luontevaksi yhteistyökumppaniksi tässä asiassa.

Kuntaliiton tekemässä ennaltaehkäisevien kotikäyntien kehittämishankkeessa (2002) todettiin, että ennaltaehkäisevien kotikäyntien toteuttajan tulisi olla kokeneita

ammattilaisia. Kuitenkin alan opiskelijoiden katsottiin voivan tehdä esimerkiksi seurantakyselyitä hyvässä ohjauksessa. (Häkkinen 2002, 67)

Seamkin geronomi-koulutusohjelman opettajien kanssa sovittiin yhteistyöstä keväällä 2009. Geronomiopiskelijat tekivät jo samana keväänä ensimmäiset seurantakäynnit vuonna 1929 syntyneiden luokse. Ikäkeskus teki myös Seinäjoen ammattikorkeakoululle aloitteen, jossa esitettiin, opiskelijat toteuttaisivat ennaltaehkäisevien kotikäyntien osalta kyselyn/seurannan vuosittain, jolloin kotikäyntien vaikutusta olisi mahdollista seurata pitkällä aikavälillä.

Käynnin toteuttamisesta pidettiin Ikäkeskuksen ja opettajien kesken suunnitelupalavereja, jotta käynti saataisiin hyödyntämään haastateltavaa, Ikäkeskuksen tiedonhankintaa sekä opiskelijan oppimiskokemusta. Haastattelussa käytettiin pohjana ko. ikäryhmälle jo aiemmin käytettyä ennaltaehkäisevän kotikäynnin lomaketta. Lomakkeeseen liitettiin myös kysymykset, onko nykyisin palveluja käytössä, onko vaihtanut tai harkinnut asunnon vaihtoa, kuinka oli kokenut edellisen käynnin ja onko edellisellä käynnillä sovitut toimenpiteet toteutunut. Käynnillä opiskelijat tekivät toimintakyky- ja muistitestin (MMSE) sekä mielialaa kartoittavan GDS 15.

Vuoden 2009 keväällä Ikäkeskuksesta lähetettiin yhteydenottokirje 131:lle 1929 syntyneelle. Kirjeessä kerrottiin opiskelijoiden tekemästä jatkoseurantakäynnistä ja pyydettiin ilmoittamaan Ikäkeskukseen, mikäli käyntiä ei haluta. Ikäkeskuksen palveluohjaaja kävi kertomassa opiskelijoille käynnistä – sen tarkoituksesta ja sisällöstä. Hän jakoi käynnillä tarvittavan materiaalin. Hän antoi myös Ikäkeskuksen palveluohjaajien yhteystiedot, jos käynnillä tai sen jälkeen tulisi kysyttävää.

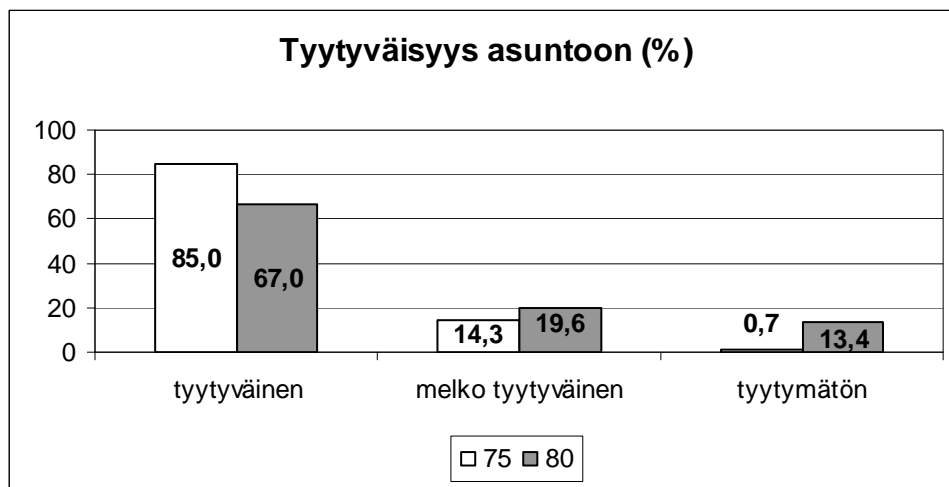
Opiskelijoille oli varattu tietyt viikot käyntien tekemiseen ja he ottivat itse yhteyttä haastateltaviin käynnin sopimiseksi. Myös tässä vaiheessa jotkut ilmoittivat, etteivät halua käyntiä. Kaiken kaikkiaan käyntejä tehtiin 97:lle (74 %). Käynnin jälkeisiä yhteydenottopyyntöjä tuli Ikäkeskukseen 13. Yhteydenotot liittyivät muistin testaukseen, sosiaalisiin etuuksiin, apuvälineisiin, asunnon muutostöihin, liikuntaryhmiin ja kodin palveluihin.



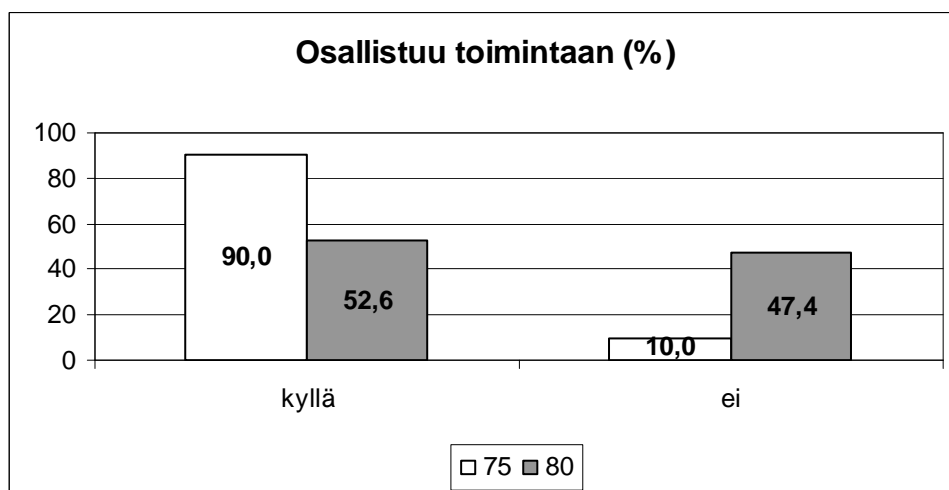
Kotikäyntien todettiin hyödyntävän asiakasta, tuottavan tärkeää tietoa kotikäyntien vaikutuksesta ja antavan opiskelijoille erinomaisen oppimiskokemuksen. Käytäntöä sovittiinkin jatkettavaksi

## 6.1 Seurantakäynti 1929 syntyneille

1929 syntyneille tehdyn seurantakäynnin tuloksista on nähtävissä, että viiden vuoden aikana tyytymättömyys asuntoon ja asumisolosuhteisiin on lisääntynyt, sosiaaliset kontaktit ovat säilyneet ja yhteydenpito muihin ihmisiin koetaan riittäväksi. Erilainen osallistuminen toimintoihin on kuitenkin vähentynyt.

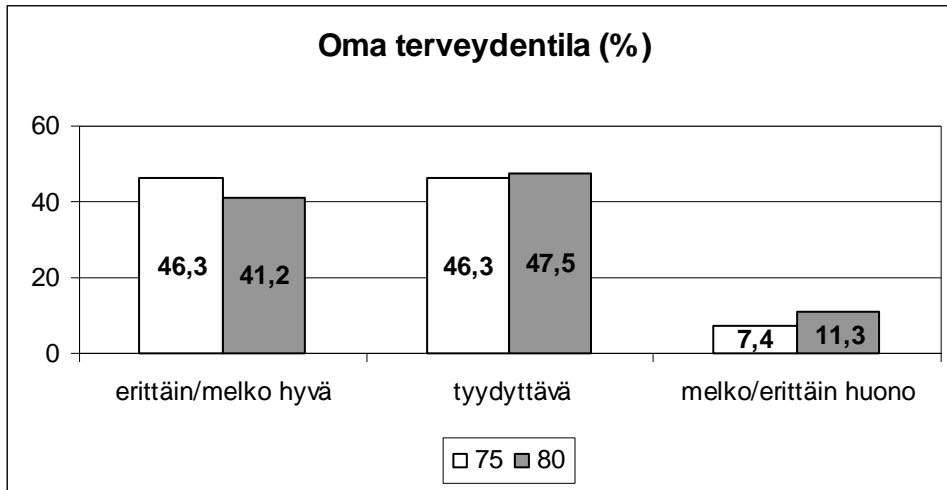


Taulukko 3. Tyytyväisyys asuntoon, 1929 syntyneet

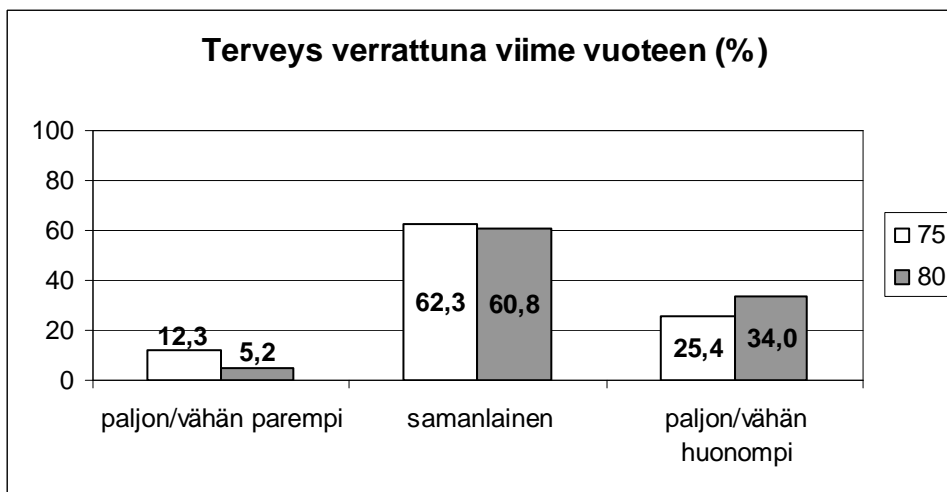


Taulukko 4. Osallistuu toimintaan, 1929 syntyneet

Viiden vuoden aikana terveydentilaan liittyvät kysymykset ovat lisääntyneet ja oman terveydentilan koetaan heikentyneen. Esiin on noussut erilaisia pelkoja, kuten mm. tulevaisuuden näkymät, laitoshoitoon joutuminen ja yksinäisyys.



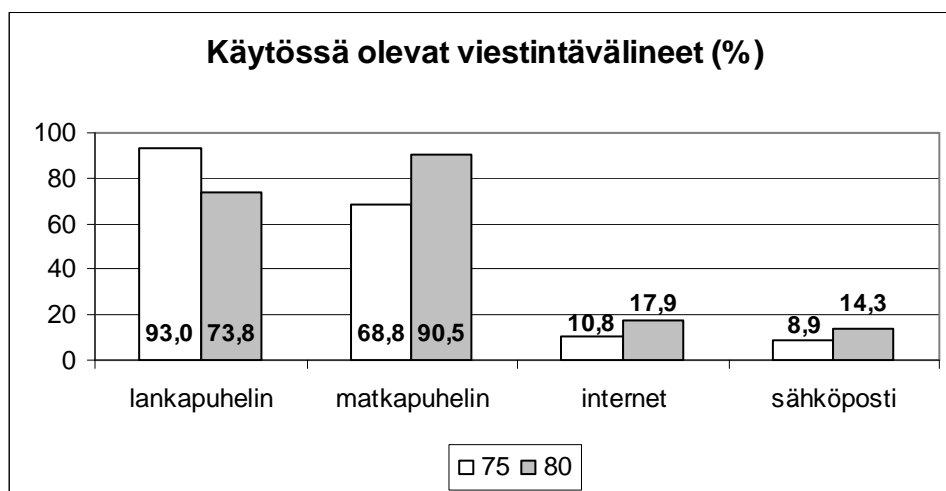
Taulukko 5. Oma, koettu terveydentila, 1929 syntyneet



Taulukko 6. Terveys verrattuna viime vuoteen, 1929 syntyneet

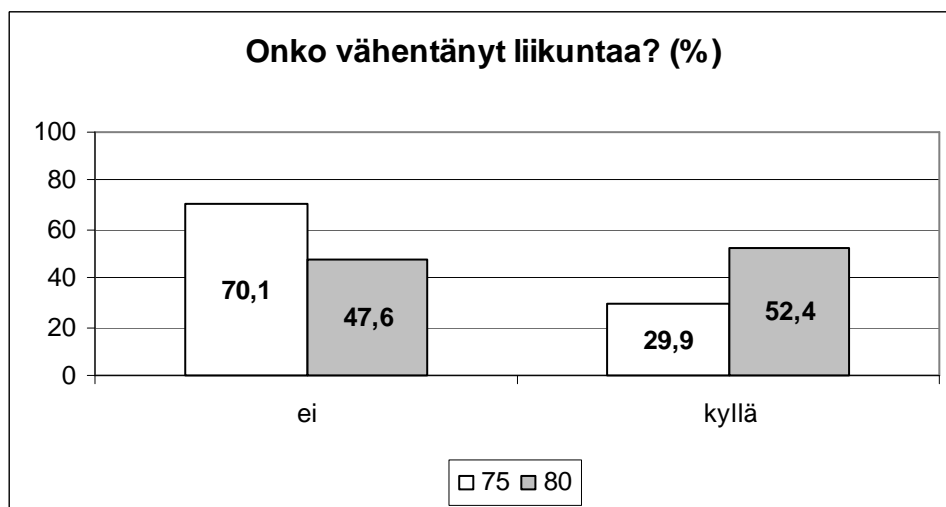
## 6.2 Seurantakäynti 1930 syntyneille

Tämän ikäryhmän kohdalla asuintyytyväisyys oli jo lähtökohtaisesti 75 - vuotiskäynnin perusteella parempi. Nyt kaikki haastatellut olivat tyytyväisiä asuntoonsa. Asumista helpottavia asunnonmuutostöitä oli tehty, joista mainittakoon tukikaiteiden asennus, kynnysten poisto, ammeiden poisto, sekä valaistusta oli lisätty ja parannettu. Tietotekniikan käyttö oli lisääntynyt, internetiä käytti vastanneista 17,9 %.

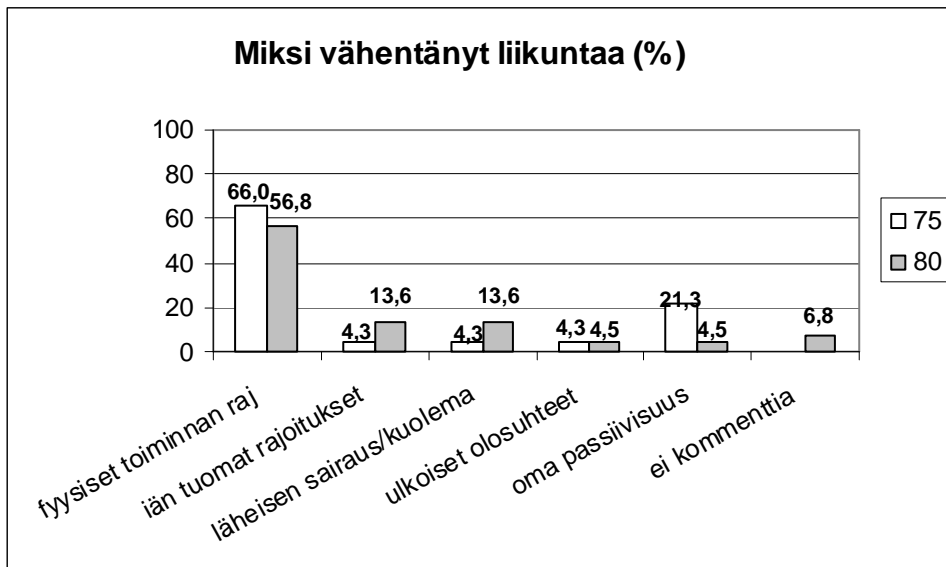


Taulukko 7. Käytössä olevat viestintävälineet, 1930 syntyneet

Liikunnan harrastaminen oli vähentynyt, lähinnä fyysisen toimintakyvyn ja iän tuomien rajoitteiden sekä läheisen sairauden vuoksi. Oma terveydentila koettiin paremmaksi, vaikka terveydentila edelliseen vuoteen verrattuna olikin huonompi.

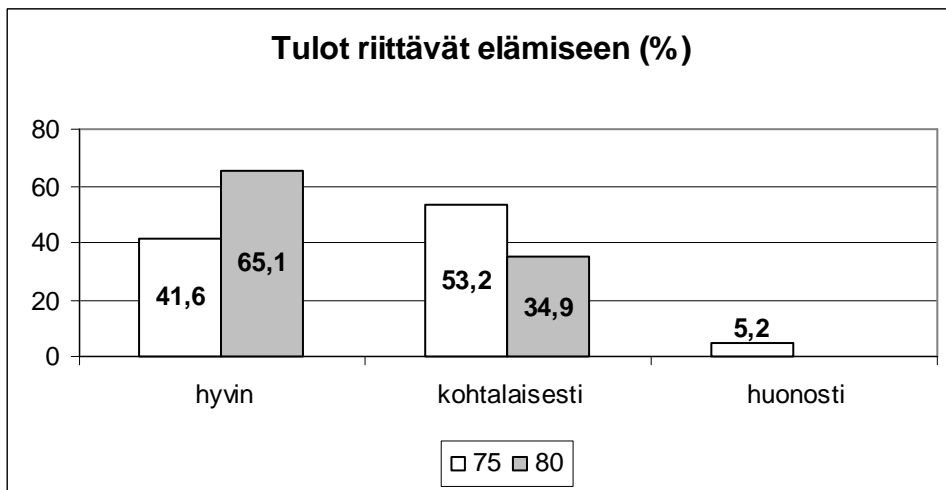


Taulukko 8. Liikunnan vähentäminen, 1930 syntyneet



Taulukko 9. Miksi vähentänyt liikuntaa, 1930 syntyneet

Sosiaaliset kontaktit muihin olivat vähentyneet, mutta ne koettiin kuitenkin riittäviksi. Toimintaan, jossa tapaa muita ihmisiä osallistuttiin edelleen. Tulot riittävät elämiseen paremmin kuin 75- vuotiaana.



Taulukko 11. Riittävätkö tulot elämiseen, 1930 syntyneet

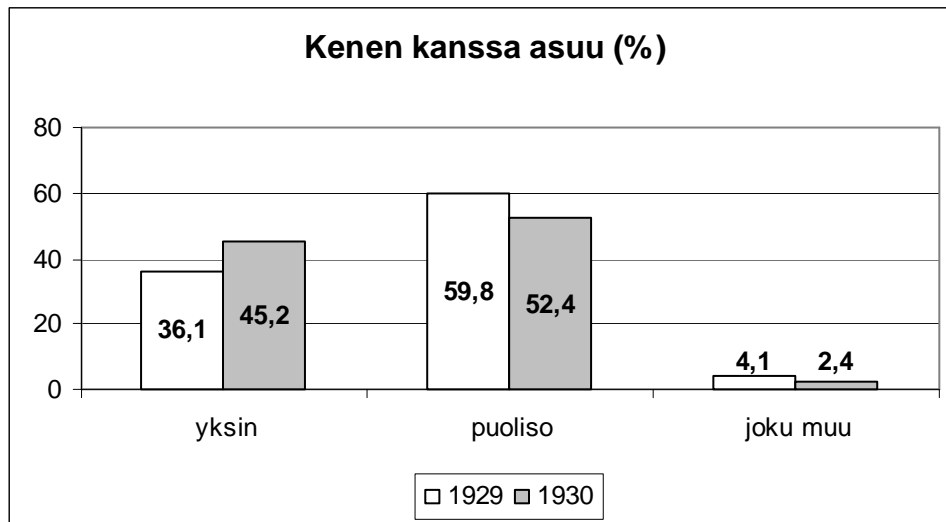
### **6.3 Johtopäätökset**

Tulosten perusteella on nähtävissä, että hyvinvointia edistävien kotikäyntien ajoittuminen 75 – ikävuoteen näyttäisi ajallisesti osuvan otolliseen ajankohtaan. Seurantakäynnin tuloksena 1929 syntyneistä käynnin oli kokenut hyödylliseksi 61,5 % haastatelluista. Hyvinvointia edistävien kotikäynnin hyödyksi mainittiin etenkin tiedon lisääntyminen ja turvallisuuden tunteen lisääntyminen. Lisäksi konkreettisina toimenpiteinä mainittiin muistin seuranta, omaishoidon tuen laittaminen vireille, oman tilanteen kokonaisvaltainen kartoitus sekä asunnon muutostyöt.

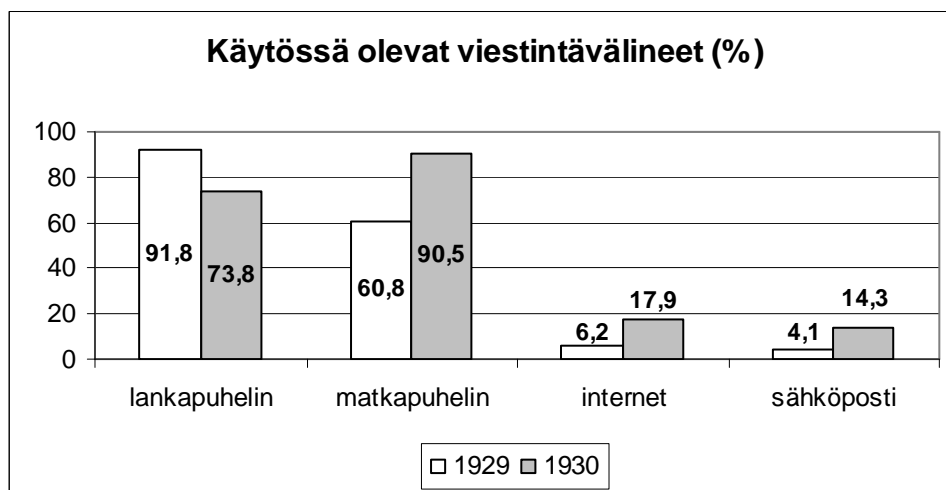
1930 syntyneet pitivät hyvinvointia edistävää kotikäyntiä edellistä ikäryhmää hyödyllisempänä. Jopa 85,7 % koki käynnistä olleen hyötyä. Tiedon saannin ja turvallisuuden tunteen lisääntymisen lisäksi tällä ikäryhmällä nousi esille myös oman tilanteen kartoituksen tärkeys. Seurantakäynnin avulla onkin mahdollista saada tietoa myös niistä painopistealueista, mitä ensimmäisen hyvinvointia edistävän kotikäynnin tulisi sisältää.

1929 syntyneistä 28,9 % sanoi, että käynnistä ei ollut hyötyä. Syyksi tähän haastatellut mainitsivat, että he eivät kokeneet vielä olevansa avun tarpeessa. Vastanneista 4,8 %:n mielestä käynnistä ei ollut hyötyä eikä haittaa. Saman verran vastanneista ei muistanut käyntiä ollenkaan.

Ikäryhmiä 1929 ja 1930 syntyneitä verrattaessa merkille pantavaa on, että asumistyytyväisyys on lisääntynyt ja asuntoihin oli tehty enemmän asunnonmuutostöitä. Haastateltujen osalta on myös nähtävissä asumisolosuhteiden muutoksia. Yksinasuminen on lisääntynyt erityisesti 1930 syntyneiden keskuudessa (leskien osuus kasvanut). Molemmissa ikäryhmissä on nähtävissä, että asumismuotoa on vaihdettu hissittömästä asunnosta hissilliseen. 1929 syntyneistä 4,1 % ja 1930 syntyneistä 10,7 % oli vaihtanut asuntoa. Haastatelluista 1930 syntyneet käyttivät internetiä ja sähköpostia enemmän.

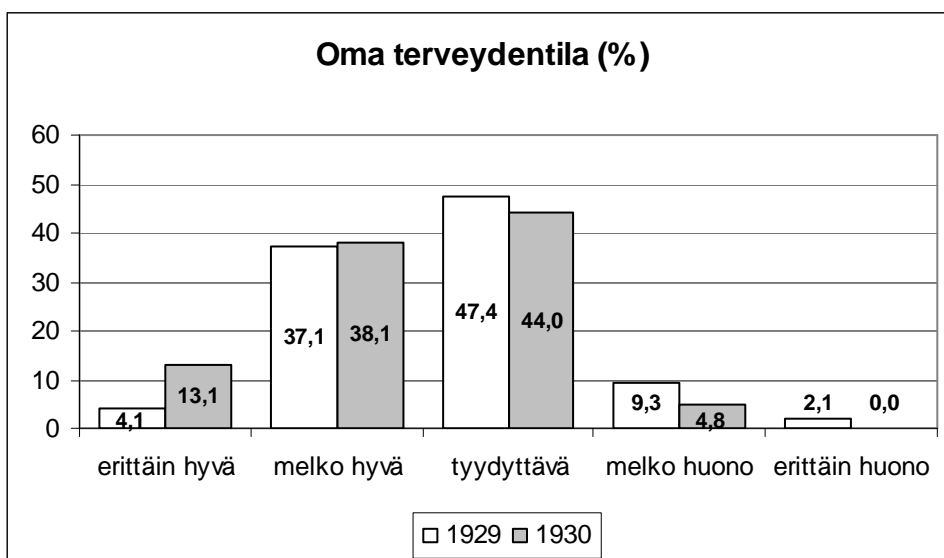


Taulukko 11. Asuinkumppani, 1929/1930 syntyneet

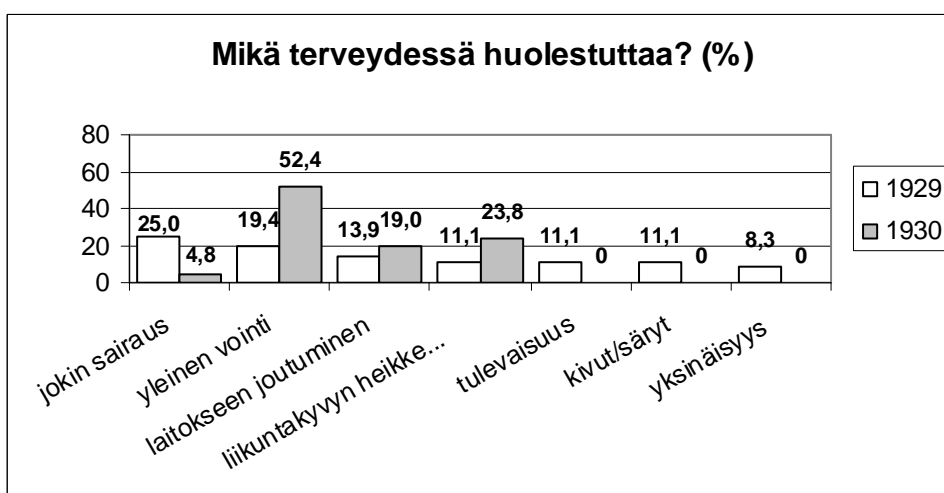


Taulukko 12. Käytössä olevat viestintävälineet, 1929/1930 syntyneet

Kysyttäessä terveydentilassa huolestuttavia tekijöitä, 1930 syntyneet kokevat oman terveydentilan paremmaksi ja terveydentilassa huolettaakin enemmän yleisen voinnin ja liikuntakyvyn heikkeneminen sekä laitokseen joutuminen/toisten avun varaan joutuminen enemmän kuin sairaudet. Puolestaan 1929 syntyneillä sairaudet olivat suurin huolenaihe. Sairaudet eivät vaikeuta jokapäiväistä elämää ja arjen toiminnoista selvittääankin pääsääntöisesti itsenäisesti. Kuitenkin 1929 syntyneistä 22,7 % ilmoitti, ettei selviä ilman apua raskaista kotiaskareista. Vastaava luku 1930 syntyneillä oli 21,4%.

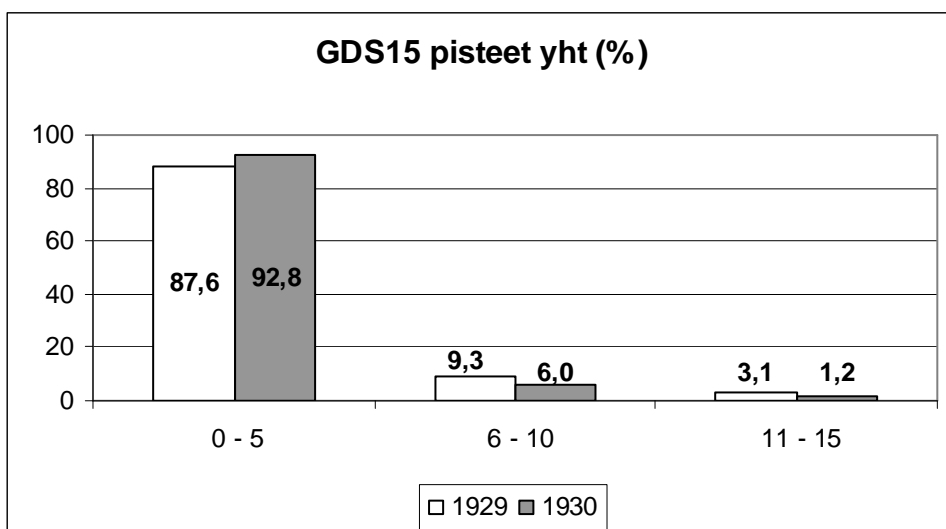


Taulukko 13. Oma, koettu terveydentila, 1929/1930 syntyneet

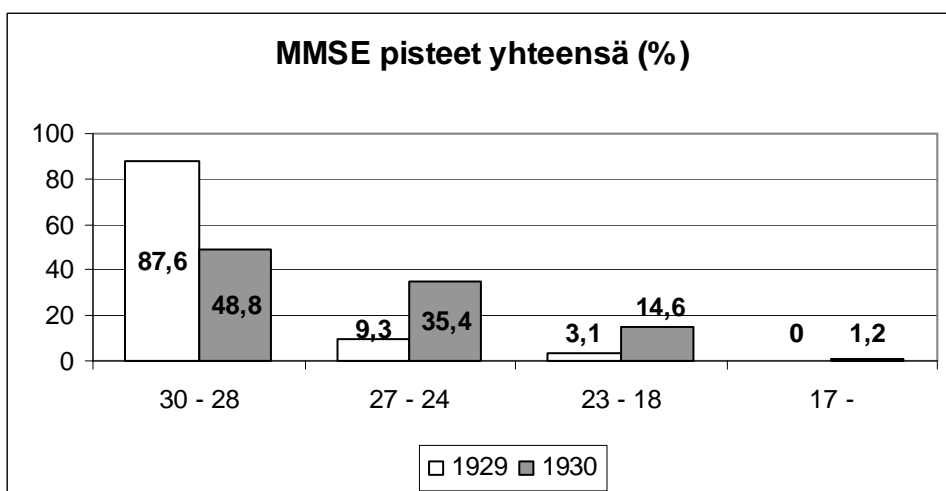


Taulukko 14. Mikä terveydessä huolestuttaa, 1929/1930 syntyneet

Mielialaa mittaavan testin GDS15 – perusteella mielialansa 1930 syntyneet kokivat hieman paremmaksi kuin 1929 syntyneet. Muistia mittaavan testin MMSE tulosten perusteella 1930 syntyneillä on enemmän lievää muistin heikkenemistä.



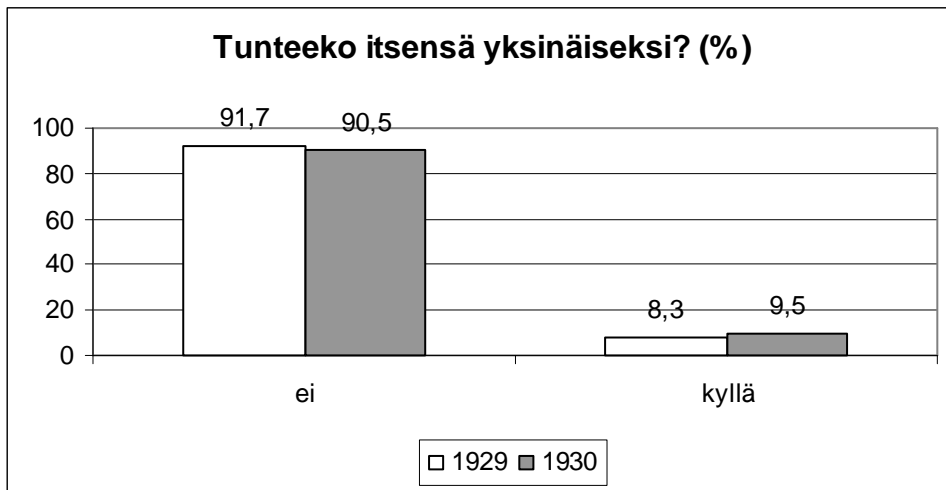
Taulukko 15. GDS15 pisteet yhteensä, 1929/1930 syntyneet



Taulukko 16. MMSE pisteet yhteensä, 1929/1930 syntyneet

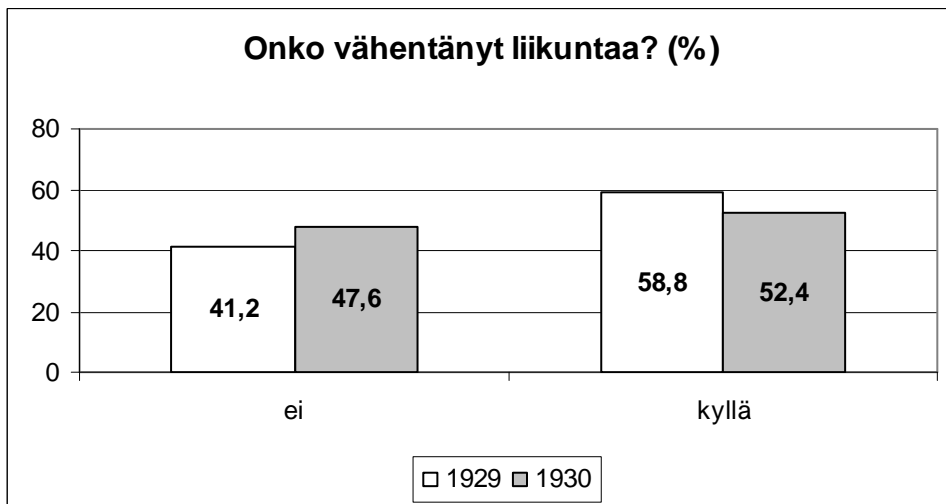
Molemmat ikäryhmät kokevat yhteydenpidon riittäväksi, vaikka 1930 syntyneillä se on hieman enemmän vähentynyt. Yksinäisyyden tunnetta molemmilla ikäryhmillä oli alle 10 %. Molemmat ikäryhmät osallistuvat edelleen toimintaan, jossa tapaa muita ihmisiä. Vaikka suurin osa koki molemmissa ikäryhmissä sosiaaliset kontaktit riittäväksi, niin kuitenkin erityishuomio tulee kiinnittää niihin ikääntyviin, joilla ei ole sosiaalisia kontakteja, joko omaisten puuttumisen tai liikkumiskyvyn heikkenemisen vuoksi.





Taulukko 17. Yksinäisyyden kokemus, 1929/1930 syntyneet

Haastatteluista tuli esille myös, että 1930 syntyneet eivät ole vähentäneet liikunnan harrastamista niin paljoa kuin 1929 syntyneet. Liikuntaa harrasti päivittäin tai viikoittain ne henkilöt, jotka ovat olleet aktiivisia liikunnan harrastajia jo aikaisemmin. Tulosten perusteella voidaan sanoa, että säännöllisten liikuntatottumusten omaksuminen auttaa myös toimintakyvyn ylläpitämisessä



Taulukko 18. Liikunnan vähentäminen, 1929/1930 syntyneet

## 7 KEHITTÄMISEHDOTUKSET JA JATKOTOIMENPITEET

Hyvinvointia edistävien kotikäyntien osalta voidaan todeta, että haastatelluista ikäryhmistä ja heidän elämäntilanteestaan ja toiveistaan saadaan kattava läpileikkaus. Lomake on laaja kokonaisuus, joka pyrkii selvittämään ikääntyneen elämäntilannetta monesta eri näkökulmasta käsin. Kotikäyntiin voi sisältyä myös toimintakykyä mittaavia testejä.

Hyvinvointia edistävien kotikäyntien ja tiedonkeruun kehittämistyön osalta vuodesta 2004 saadun kokemuksen perusteella voidaan sanoa, että saatavaa tietoa ei vielä osata hyödyntää kattavasti kaupungin vanhuspalvelujen johtamisessa, suunnittelussa ja tarpeiden ennakoinnissa.

Yhtenä keskeisenä tekijänä voidaan mainita se, että kysyttäessä Ikäkeskuksen yhteistyökumppaneiden halukkuutta ja mahdollisuutta hyödyntää saatavilla olevaa tietoa, hyvinvointia tukevien kotikäyntien mahdollisuutta tiedon hankkimisen välineenä ei osattu nähdä.

Jälkikäteen voidaan todeta, että olisi ollut hyvä jo lomakkeen suunnitteluvaiheessa ottaa mukaan myös ikääntyvien hyvinvoinnin kehittämisen kannalta keskeiset toimijat. Johtopäätöksenä tästä voidaankin sanoa, että keskeiset yhteistyökumppanit tulisi ottaa mukaan suunnittelutyöhön lomaketta suunniteltaessa ja kehitettäessä.

Erittäin ongelmalliseksi on koettu toimivan tietojärjestelmän puute, joka näyttäytyy sekä asiakastiedon käsittelyssä että tiedon hyödynnettävyydessä johtamisen ja suunnittelun tukena. Mikään nykyisin vanhustyössä käytössä olevista ohjelmistoista ei tue hyvinvointia edistävien kotikäyntien kirjaamis- ja tilastointitarvetta. Puutteena on koettu myös se, että kerätyillä tiedoilla ei ole yhteyttä käytettävissä oleviin vanhustyön ohjelmistoihin. Tarvitaan yhtenäinen järjestelmä koko sosiaali- ja terveysalalle, johon syötetään jo ensimmäinen yhteydenotto (kotikäynti) ja kotikäynnin tulokset on tarvittaessa kaikkien (koko palvelujärjestelmän) käytössä. Asiakkaan näkökulmasta katsottuna tämä tarkoittaa sitä, että kotikäynneillä saatu perustieto olisi jo valmiina

ohjelmistossa. Nyt ohjelmistojen puutteellisuuden vuoksi perustietojen kirjaaminen tapahtuu moneen kertaan eri ohjelmistoihin.

Tällä hetkellä aineiston tietojen käsittelyyn ja analysointiin on käytetty SPSS-, Excel- ja Word - ohjelmistoja, mitkä on todettu alati kasaantuvan tiedon vuoksi kömpelöiksi ja aikaavieviksi. Tämä osalta vaikuttaa myös siihen, ettei tietoja voida täysimääräisesti hyödyntää. Saatavan tiedon hyödyntäminen johtamisen, suunnittelun ja ennakkoinnin tukena edellyttäisi myös sen, että ohjelmistosta olisi saatavissa ristiintaulukoiteja esim. kaupungin asuinalueittain. Puutteellisen ohjelmiston vuoksi tiedot eivät ole hyödynnettävissä silloin kun niitä tarvitaan. Jaettava tieto jää asiaa hoitavan viranhaltijan vastuulle, mitä tietoa on saatavissa ja missä muodossa. Tilastointi sitoo tässä vaiheessa yhden ihmisen työpanoksen lähes täysin. Seurattavan tiedon keräämisen ja niistä laadittavien yhteenvetotietojen laatimiseksi saatavaa tietoa on jo luokiteltu. Tiedon hyödyntämiseksi tulisi rinnalla kehittää myös arviointi- ja vaikuttavuusmenetelmiä

Kokemusten mukaan erittäin tärkeäksi on koettu, että haastatteliijoilla on yhtenäinen näkemys ja ohjeistus sekä varsinaisten hyvinvointia edistävien kotikäyntien, että seurantakäyntien toteutuksesta ja siitä miten saatuja vastauksia ja tuloksia tulkitaan. Tällä hetkellä valtakunnallisesti ei ole olemassa yhtenäistä ohjeistusta vaan jokaisessa toimipisteessä on luotu omat toimintamallit. Tärkeää on myös jatkuvasti käydä toimintayksikön sisällä keskustelua toteutuksesta. Erityisesti kysymyslomakkeen avoimet kysymykset sisältävät aina haastattelijan omaa tulkintaa. Tulosten luotettavuuden ja tulkinnan oikeellisuuden varmistamiseksi ohjelmaan kirjaamisen tulisi suorittaa sama henkilö, joka tekee haastattelun.

Tällä hetkellä kehitteillä olevien 80-vuotiskäyntien osalta, voitaisiin myös ohjelmaa hyödyntää siinä, mitä muutoksia tai riskitekijöitä on haastateltavan elämään tullut. Samalla olisi mahdollista saada myös yleinen ikäryhmän toimintakyvyn kehitys selville. Ohjelmistosta tulisi olla saatavissa mahdolliset riskiryhmät, jolloin heidän tilanteisiinsa voitaisiin nopeasti puuttua. Tällä hetkellä yksittäisen ihmisen tiedot ovat paperiversiona, jolloin tiedon hyödyntäminen asiakkaan kannalta on hankalaa ja vaikeasti löydettävissä.

Oikean kirjaamisjärjestelmän avulla kotikäynneiltä tullut tieto saataisiin käyttöön oikea-aikaisesti, oikeassa muodossa, oikealle kohderyhmälle. Kun kukaan ei tiedä käynnin sisällöstä, ei tietoa osata kysyä tai pyytää. Hyvästä suunnittelusta, kirjaamiskäytännöstä ja raportoinnista huolimatta tarvitaan kuitenkin henkilö, joka systemaattisesti ottaa aineistosta tarvittavat tilastot ja koonnit ja varmistaa tiedon vertailtavuuden.

Tämän raportin kirjoittamisen aikana on kotikäynniltä saatavia tietoja alettu syöttää myös Effica-järjestelmään. Tämä ei kuitenkaan poista tarvetta kirjata tietoja myös SPSS:lle, koska Efficasta saa vain asiakaskohtaisen tiedon. Ohjelma ei tuota yhteenvetoraportteja ikäryhmittäin, asuinalueittain tms.

Kaiken kaikkiaan Ikäkeskuksen toteuttamat hyvinvointia tukevat kotikäynnit ovat muodostuneet tärkeäksi osaksi ikääntyvän väestön palvelukokonaisuutta. Kotikäynneillä suoritettu tutkimuskokonaisuus on mahdollistanut kotona asumista tulevaisuudessa uhkaavien tekijöiden varhaisen toteamisen. Todettujen muutostarpeiden toteuttaminen laajana verkostoyhteistyönä on saanut aikaan uuden yhteisen ajatusmallin syntymisen: ”Koti on kaiken keskiössä ja tehtävämme on tukea kotona asumista.”

Vaikka tiedon hallinta on toiminnan kehittämisen kannalta tärkeä osa-alue, on silti tärkeää muistaa käynnin päätarkoitus, joka on ikääntyvän omien voimavarojen vahvistaminen ja arviointi yhdessä hänen kanssaan siitä, miten olemassa olevia voimavaroja ja vahvuuksia voidaan parhaalla mahdollisella tavalla hyödyntää hänen kotona selviytymiseksi mahdollisimman pitkään.

## Lähteet

Choo Chun Wei. 1998: The Knowing Organization. How Organizations Use Information to Construct Meaning, Create Knowledge and Make Decisions. Oxford university. Oxford.

Huotari, M-L 2002: Tietohallinto. Informaatiotutkimuksen perusteet opintojakson osa. (Information management. In: Introduction to information studies.) Tampere: Tampere University / Open University & Internetix Oy. [Verkkodokumentti] (Viitattu 28.2.2011) Saatavissa:

<http://www.internetix.fi/opinnot/opintojaksot/Oviestinta/informaatiotutkimus/po1/tietohallinto/index.htm>

Häkkinen, H. 2002. Ehkäisevät kotikäynnit vanhuksille. Kuntakyselyn tulokset sekä kotimaisia ja ulkomaisia käytäntöjä. Suomen Kuntaliito. Helsinki: Kuntatalon paino

Häkkinen, H., Holma, T. (toim.) 2004. Ehkäisevä kotikäynti – tuki vanhuksen kotona selviytymiselle. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Kalpa H. & Kuusisto-Niemi S.. 1997. Jäsennellyn tiedon avulla palveluketjujen hallintaan. Asiakas- ja potilas-asiakirjaprojektin loppuraportti. STAKES, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, aiheita 11/1997. Stakesin monistamo, Helsinki.

Kasvi J. & Vartiainen M. 2000: Yhteisen tiedon tarve. Teoksessa Kasvi Jyrki & Vartiainen Matti. (toim.) 2000. Organisaation muisti. Tieto työn tukena. Oy Edita Ab, Helsinki.

Niiranen P. 2005: Tiedonhallinta vanhusten turvapuhelinjärjestelmien palveluketjuissa. Pro gradu. Kuopion yliopisto. Kuopio

Niiranen P. 2009: Pohjalaismaakuntien vanhustyön kehittämissyksikkö-hanke 2007-2009. Loppuraportti.

Otavan opisto 2005. Tiedonhankinta ja tietokantojen käyttö. [ Verkkodokumentti] Internetix-portaali. (Viitattu 21.4.2009)

Saatavissa:

<http://www.internetix.fi/opinnot/opintojaksot/Oviestinta/informaatiotutkimus/po4/112.htm>

Palomäki S-L 2006. ”Son kaikki kotia päin” Ikäkeskus- hanke 2004-2006. Loppuraportti.

Ruotsalainen P. 2000: Asiakaslähtöinen palveluketju. Teoksessa Nouko-Juvonen Susanna, Ruotsalainen Pekka & Kiikkala Irma 2000. Hyvinvointivaltion palveluketjut. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Tammer-Paino Oy, Tampere.

Savolainen R. 2002: Tiedontarpeet ja tiedonhankinta. Teoksessa Mäkinen Ilkka (toim.) 2002. Tiedon tie. Johdatus informaatiotutkimukseen. Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi.

STM 2008:6. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008-2011. Saatavissa: <http://www.stm.fi>

STM 2008:3. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Saatavissa: <http://www.stm.fi/julkaisut>

STM 2009:24. Neuvonta- ja palveluverkosto Ikääntyneiden hyvinvoinnin terveyden edistäjänä. Ikäneuvo-työryhmän muistio. Saatavissa: <http://www.stm.fi/julkaisut>

<b>Kysymysten luokittelu</b>	<b>Vastaa kysymykseen</b>	<b>Kysymykset nro</b>	<b>Tiedon luokitus</b>
<b>Taustatiedot</b>	Asuinpaikka (väestövastuualue)	1	Tilastoitava tieto, Asiakastieto
	Sukupuoli	2	Tilastoitava tieto, Asiakastieto
	Siviilisäätö	3	Tilastoitava tieto, Asiakastieto
	Lapset	4	Asiakastieto
	Koulutus	5-6	Asiakastieto
	Ammattihistoria	7-8	Asiakastieto
<b>Asuminen ja ympäristö</b>	Asuinkumppanuus	9	Tilastoitava tieto, Asiakastieto
	Asumismuoto	10	Tilastoitava tieto, Asiakastieto
	Asunnon varustetaso	11	Tilastoitava tieto, Asiakastieto
	Tyytyväisyys asumistasoon	12	Tilastoitava tieto, Asiakastieto
	Asumisturvallisuus	13	Tilastoitava tieto, Asiakastieto, Informatiivinen tieto
	Tehdyt asunnon muutostyöt	14	Asiakastieto, Informatiivinen tieto
	Tarvittavat asunnon muutostyöt	15	Tilastoitava tieto, Asiakastieto, Informatiivinen tieto
	Turvallisuuden kokeminen	16	Tilastoitava tieto, Asiakastieto
<b>Arjen toiminta</b>	Ateriointi	17	Tilastoitava tieto, Asiakastieto, Informatiivinen tieto
	Henkilökohtaisen hygienia hoito		Tilastoitava tieto, Asiakastieto, Informatiivinen tieto
	Liikkuminen		Tilastoitava tieto, Asiakastieto, Informatiivinen tieto
	Kotityöt		Tilastoitava tieto, Asiakastieto, Informatiivinen tieto
	Asioiden hoito		Tilastoitava tieto, Asiakastieto, Informatiivinen tieto
	Viestintävälineiden käyttö	18	Tilastoitava tieto, Asiakastieto, Informatiivinen tieto
	Ongelmat viestintävälineiden käytössä	18.5	Asiakastieto, Informatiivinen tieto
<b>Apuvälineet</b>	Liikkumisen apuvälineet	19	Asiakastieto, Informatiivinen tieto
	Aistitoimintoihin liittyvät apuvälineet		Asiakastieto, Informatiivinen tieto
	Turvallisuuteen liittyvät apuvälineet		Asiakastieto, Informatiivinen tieto
	Arjen askareita helpottavat apuvälineet		Asiakastieto, Informatiivinen tieto
	Apuvälineen tarve	20	Tilastoitava tieto, Asiakastieto, Informatiivinen tieto
<b>Asiointi</b>	Kodin ulkopuolella asiointi	21	Asiakastieto

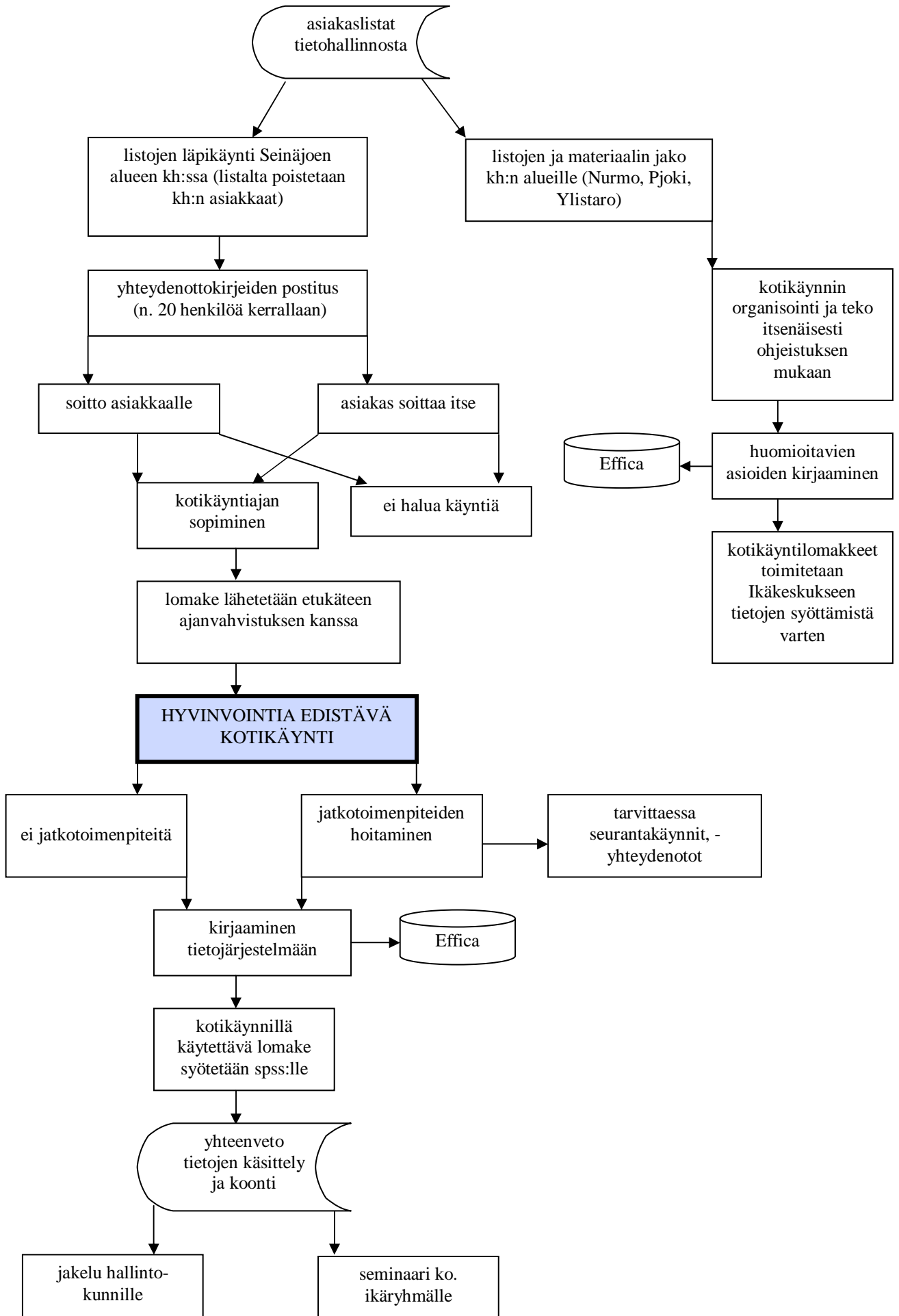
	Asiointitapa	22	Tilastoitava tieto, Asiakastieto, Informatiivinen tieto
<b>Liikkuminen/liikunta</b>	Liikunnan harrastaminen	23	Asiakastieto
	Liikuntavaikeudet	24-25	Tilastoitava tieto, Asiakastieto, Informatiivinen tieto
	Kaatuminen	26	Tilastoitava tieto, Asiakastieto, Informatiivinen tieto
<b>Terveydentilan kokeminen</b>	Nykytilan kokemus	27	Asiakastieto
	Terveydentilan muutos vuoden aikana	28	Asiakastieto
	Huolestuneisuus	29	Asiakastieto, Informatiivinen tieto
<b>Lääkäripalvelut</b>	Käyntitiheys	30	Asiakastieto
	Käynnin syy	30	Asiakastieto
	Diagnosoidut sairaudet	31	Asiakastieto
	Sairauden kokeminen	31	Asiakastieto, Informatiivinen tieto
<b>Lääkitys</b>	Säännölliset lääkkeet	32	Asiakastieto
	Lääkkeiden käyttö	32	Asiakastieto, Informatiivinen tieto
<b>Alkoholin käyttö</b>	Alkoholin käyttö	33	Asiakastieto, Informatiivinen tieto
<b>Ravitsemus</b>	Ruokailutottumukset	34-35	Asiakastieto, Informatiivinen tieto
	Nesteiden saatavuus	36	Asiakastieto, Informatiivinen tieto
<b>Suun ja hampaiden hoito</b>	Suun hampaiden hoito kotona	37	Asiakastieto
	Suun ja hampaiden hoito hammashoitolassa	38	Asiakastieto, Informatiivinen tieto
<b>Aistitoiminnot</b>	Näkökyky	39	Asiakastieto
	Näön seuranta	40	Asiakastieto, Informatiivinen tieto
	Kuulo	41	Asiakastieto, Informatiivinen tieto
<b>Lepo</b>	Lepo	42	Asiakastieto, Informatiivinen tieto
<b>Muistitoiminta</b>	Nykytilan kokemus	43	Asiakastieto
	Muistin muutokset vuoden aikana	44	Asiakastieto, Informatiivinen tieto



<b>Mielialan kokemus</b>	Tyytyväisyys itseen ja elämään	45	Asiakastieto, Informatiivinen tieto
<b>Sosiaaliset verkostot</b>	Yhteydenpito muihin ihmisiin	46-47	Asiakastieto
	Keskustelumahdollisuus muiden kanssa	48	Asiakastieto
	Tarve keskustella	48.1	Tilastoitava tieto, Asiakastieto, Informatiivinen tieto
	Yksinäisyyden kokemus	49	Tilastoitava tieto, Asiakastieto, Informatiivinen tieto
	Harrastukset ja kodin ulkopuolinen toiminta	50-51	Asiakastieto, Informatiivinen tieto
	Osallistumisen riittävyys	51.2	Tilastoitava tieto, Asiakastieto, Informatiivinen tieto
	Halukkuus osallistua toimintaa	52	Tilastoitava tieto, Asiakastieto, Informatiivinen tieto
<b>Toimeentulo</b>	Tulojen riittävyys	53	Asiakastieto, Informatiivinen tieto
	Tulojen muodostuminen	54	Asiakastieto,
<b>Eläkeläisille tarkoitetut tukimuodot</b>	Etuudet ja tuet	55	Asiakastieto, Informatiivinen tieto
<b>Kotona asumisen mahdollistuminen</b>	Kokemus kotona asumista heikentävistä asioista	56	Tilastoitava tieto, Asiakastieto, Informatiivinen tieto
	Halukkuus kotona asumiseen terveydentilan ja toimintakyvyn heikentyessä	57	Tilastoitava tieto, Asiakastieto
	Omaisten mahdollisuus kotihoidon tukemiseen	58	Asiakastieto
	Tulevaisuuden asumismuoto	59	Tilastoitava tieto, Asiakastieto, Informatiivinen tieto
<b>Hoitotahto</b>	Halukkuus hoitotahdon tekemiseen	60	Asiakastieto, Informatiivinen tieto
<b>Elämän sisältö</b>	Sisältöä luovat asiat	61	Asiakastieto
<b>Toiveet</b>	Sos. terveyspalveluihin kohdistuvat	H	Tilastoitava tieto, Asiakastieto
	Vapaa-ajan palveluihin kohdistuvat	H	Tilastoitava tieto, Asiakastieto
	Kulttuuripalveluihin kohdistuvat	H	Tilastoitava tieto, Asiakastieto
	Asumiseen ja elinympäristöön kohdistuvat	H	Tilastoitava tieto, Asiakastieto
	Vapaa palaute	H	Tilastoitava tieto, Asiakastieto

# IKÄKESKUKSEN HYVINVOINTIA EDISTÄVIEN KOTIKÄYNTIEN PROSESSI

Liite 2.





## KOTIKÄYNTI 75 -VUOTIAILLE

Asiakasnumero \_\_\_\_\_ Henkilötunnus \_\_\_\_\_

Nimi \_\_\_\_\_

Osoite \_\_\_\_\_

Väestövastuualue \_\_\_\_\_ Puhelin \_\_\_\_\_

Mukana olleen omaisen nimi ja puhelinnumero \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Annan suostumukseni, että haastattelija voi tarvittaessa ottaa yhteyttä sosiaali- ja terveydenhuollon viranhaltijaan / seurakunnan edustajaan / järjestön edustajaan / yksityiseen palveluntuottajaan.

Annan suostumukseni siirtää tässä haastattelussa esille tulleita asioita ja tietoja sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilasasiakirjoihin (esim. hoito- ja palvelusuunnitelma).

Lisäksi tässä haastattelussa antamiani tietoja voidaan käyttää kunnallisen suunnittelun pohjana henkilöllisyyteni paljastumatta.

\_\_\_\_\_  
Päivämäärä

\_\_\_\_\_  
Haastateltavan allekirjoitus



## **TIEDON JAKELU**

– kaikille taustatiedot (väestövastuualue (1), sukupuoli (2), siviilisääty (3))

## **TERVEYSKESKUKSEN FYSIOTERAPIA / osastonhoitaja**

### **KOTIHOITO / Kotihoidon fysioterapeutti**

Asuminen ja ympäristö

- asuinkumppanuus (9), asumismuoto → ongelmat (10), tyytyväisyys asumistasoon (12), tarvittavat asunnon muutostyöt (15)

Arjen toiminta

- käytössä olevat apuvälineet (19), apuvälineen tarve (20), kaatuminen (26)

Liikunta

- liikunnan harrastaminen (23), liikuntavaikeudet (24–25), toimintakykytestitulokset + annettu ohjaus

Sosiaalinen verkosto ja osallistuminen

- harrastukset ja kodin ulkopuolinen toiminta (50–51), halukkuus osallistua toimintaan (52)

## **LIIKUNTATOIMI / Liikuntatoimenjohtaja**

Liikunta

- liikunnan harrastaminen (23), liikuntavaikeudet (24–25), toimintakykytestitulokset + annettu ohjaus

Sosiaalinen verkosto ja osallistuminen

- harrastukset ja kodin ulkopuolinen toiminta (50–51), halukkuus osallistua toimintaan (52)

Avoimet palautteet liikuntapalveluja koskien

## **KULTTUURITOIMI / Kulttuuritoimenjohtaja**

Sosiaaliset verkostot

- yhteydenpito muihin ihmisiin (46–47), keskustelumahdollisuus muiden kanssa (48), harrastukset ja kodin ulkopuolinen toiminta (50–51), halukkuus osallistua toimintaan (52)

Avoimet palautteet kulttuuripalveluja koskien

## **KANSALAI SOPISTO / Rehtori**

Arjen toiminta

- viestintävälineiden käyttö (18)

Sosiaaliset verkostot

- yhteydenpito muihin ihmisiin (46–47), keskustelumahdollisuus muiden kanssa (48), harrastukset ja kodin ulkopuolinen toiminta (50–51), halukkuus osallistua toimintaan (52)

Avoimet palautteet kansalaisopistoa ja harrastustoimintoja koskien

## **TEKNIKKAKESKUS / Hallintopäällikkö**

Asuminen ja ympäristö

- asuinkumppanuus (9), asumismuoto → ongelmat (10), tyytyväisyys asumistasoon (12), asumisturvallisuus (13), tarvittavat asunnon muutostyöt (15), turvallisuuden kokeminen (16)

Liikkuminen

- kaatuminen (26)

Avoimet palautteet tekniikkakeskusta koskien

## **ERITYISPALVELUT / sosiaalityöntekijä**

Asuminen ja ympäristö

- asuinkumppanuus (9), asumismuoto → ongelmat (10), tyytyväisyys asumistasoon (12), asumisturvallisuus (13), tarvittavat asunnon muutostyöt (15), turvallisuuden kokeminen (16)

**Liikkuminen**

- kaatuminen (26)

**SEINÄJOEN SEUDUN TERVEYSYHTYMÄ / Ylihoitaja****Arjen toiminta**

- käytössä olevat apuvälineet (19), apuvälineen tarve (20), kaatuminen (26)

**Liikunta**

- liikunnan harrastaminen (23), liikuntavaikeudet (24–25)

**Terveydentilan kokeminen**

- nykytilan kokemus (27), terveydentilan muutos vuoden aikana (28), huolestuneisuus (29), minne ohjattu (neuvola, muistihoitaja, lääkäri, oman solun sh, diabeteshoitaja)

**Avoimet palautteet terveystieteiden toimintaa koskien****KOTIHOITO / Kotihoidon johtaja****Asuminen ja ympäristö**

- asuinkumppanuus (9), asumismuoto → ongelmat (10), tyytyväisyys asumistasoon (12)

**Arjen toiminta**

- mihin asioihin apua tällä hetkellä tarvitaan (17), käytössä olevat apuvälineet (19), apuvälineen tarve (20), kaatuminen (26)

**Terveydentilan kokeminen**

- nykytilan kokemus (27), terveydentilan muutos vuoden aikana (28), huolestuneisuus (29), minne ohjattu (neuvola, muistihoitaja, lääkäri, oman solun sh, diabeteshoitaja)

**Kotona asumisen mahdollistuminen**

- tulevaisuuden asumismuoto (59)

**Avoimet palautteet kotihoitoa koskien****SOSIAALI- JA TERVEYSKESKUS / Apulaiskaupunginjohtaja, Vanhustyön päällikkö, Sosiaali- ja terveyslautakunta****Asuminen ja ympäristö**

- asuinkumppanuus (9), asumismuoto → ongelmat (10), tyytyväisyys asumistasoon (12), asumisturvallisuus (13), tarvittavat asunnon muutostyöt (15), turvallisuuden kokeminen (16)

**Arjen toiminta**

- sieltä poimittu, missä apua tällä hetkellä tarvitaan (17), viestintävälineiden käyttö (18), käytössä olevat apuvälineet (19), apuvälineen tarve (20), kaatuminen (26)

**Liikunta**

- liikunnan harrastaminen (23), liikuntavaikeudet (24–25)

**Terveydentilan kokeminen**

- nykytilan kokemus (27), terveydentilan muutos vuoden aikana (28), huolestuneisuus (29), minne ohjattu (neuvola, muistihoitaja, lääkäri, oman solun sh, diabeteshoitaja)

**Sosiaaliset verkostot**

- yhteydenpito muihin ihmisiin (46–47), keskustelumahdollisuus muiden kanssa (48), harrastukset ja kodin ulkopuolinen toiminta (50–51), halukkuus osallistua toimintaan (52)

**Kotona asumisen mahdollistuminen**

- tulevaisuuden asumismuoto (59)

**Elämän sisältö**

- sisältöä tuovat asiat (61)

**Kooste avoimista palautteista**