



Ikääntyneiden palveluketjujen kehittäminen

Työryhmä

Rainesalo Sirpa, puheenjohtaja
Vastaava johtajaylilääkäri
Pirkanmaan hyvinvointialue

Haapasalmi Saira
Vastuualuejohtaja
Palliativinen keskus ja
kotsisairaalapalvelut

Hellgren Sanni
Ylilääkäri
Polikliiniset ja asumisen lääkäripalvelut

Heikkinen Virpi
Vastuualuejohtaja
Avokuntoutus

Hietaranta Sonja
Ylihoitaja, Päivystysten vastuualue,
Akuuttihoidon toimialue

Jutila Tuula
toimialuejohtaja
Ikäihmisten palvelut, yhteiset palvelut

Kantola Anne
Vastuualuejohtaja
Lähipalvelusairaalat

Leppänen Olli
Sairaalapalveluiden Ylilääkäri

Miettinen Sirkku
Palvelujohtaja
Kotona asumista tukevien palvelujen
vastuualue

Mustajoki Sami
Vastuualuejohtaja
Sisätaudit

Ollinpoika Mari
toimialuejohtaja
Ikäihmisten palvelut

Taimi Kaisa
Palvelujohtaja
Asiakasohjauksen vastuualue

Ohjausryhmä

Kuosmanen Taru (puheenjohtaja)
Sosiaali- ja terveysjohtaja

Torppa-Saarinen Eeva
Avopalvelujen palvelulinjajohtaja

Paananen Markus
Sairaalapalveluiden palvelulinjajohtaja

Tryyki Päivi
Ikäihmisten ja vammaisten
palvelulinjajohtaja

Rainesalo Sirpa,
Vastaava johtajaylilääkäri

Raportin kirjoittaja LT, geriatrian erikoislääkäri Lauri Seinelä

Sisällysluettelo

1	Johdanto	3
2	Väestönkehitys ja palveluiden kattavuus.....	5
3	Ikäihmisten palveluiden myöntämisen perusteet.....	15
4	Palveluiden piirissä olevien palveluntarve ja terveydentila	16
5	Viiveet ja odotusajat	17
5.1	Viive sairaalasta kotihoidon palveluihin	17
5.2	Viive sairaalasta asumispalveluihin	20
5.3	Viive kotihoidosta asumispalveluihin	24
6	lääkät ja päivystys	27
6.1	Päivystyksen käyttö ja hakeutumisen syyt.....	27
6.2	Päivystyksen käyttöä vähentäviä toimia	29
6.3	Päivystyksestä jatkohoitoon ohjautuminen	30
7	Kuntoutus	31
8	Sujuva ja turvallinen kotiuttaminen sairaalasta	33
9	IKI2035-kehittämisohjelman ja muiden toimintaa tehostavien toimenpiteiden eteneminen.....	33
10	Haastattelut.....	36
10.1	Nykytila ja haasteet	37
10.2	Arviointi ja hoitopolku.....	37
10.3	Moniammatillisuus ja integraatio.....	37
10.4	Kuntoutus	38
10.5	Kehittämistarpeet ja innovaatiot.....	38
10.6	Asiakaslähtöisyys ja osallisuus.....	38
10.7	Resurssit ja rakenteet.....	38
10.8	Seuranta ja laatu	39
11	Mittarit	39
12	Ehdotetut toimet ja toimintasuunnitelma	41
12.1	Ennalta ehkäisevät palvelut.....	41
12.2	Kotona asumista tukevat palvelut.....	43
12.3	Yhteisöllinen ja ympärivuorokautinen asuminen.....	48
12.4	Sairaala ja päivystys.....	53

12.5	Kuntoutus	55
12.6	Organisaatio	56
13	Liitteet	57
14	Lähteet ja taustakirjallisuus	93

1 Johdanto

Vanhus on kuin soihtu, joka valaisee tietä muille, mutta palaa itse hiljalleen loppuun. Tämä ajatus kiteyttää ikääntymisen arvokkuuden ja samalla siihen liittyvän haavoittuvuuden. Vanhuus on elämänkaaren luonnollinen päätös, jossa viisaus ja kokemus korvaavat menetetyn voiman. Se, että elämme yhä pidempään, on ihmiskunnan suurimpia saavutuksia. Tämä kehitys tuo mukanaan myös haasteita. Väestön ikääntyessä yhä useampi kohtaa tilanteita, joissa toimintakyky heikkenee ja terveydenhuollon sekä hoivan tarve kasvaa. Tämä kehitys edellyttää palvelujärjestelmältä ennakoivaa otetta, resurssien uudelleen kohdentamista ja toimintamallien sopeuttamista, jotta ikääntyvien ihmisten tarpeisiin pystytään vastaamaan oikea-aikaisesti ja inhimillisesti.

Suomessa ikäihmisten määrän kasvun odotetaan taittuvan vuonna 2030. Se jälkeen kasvu hidastuu ja huippu saavutetaan todennäköisesti 2035. Mikäli haluamme turvata nykyisen palvelutason, ikääntyvän väestön määrän kasvu edellyttää merkittävää vuosittaista resurssien lisäämistä tarpeeseen vastaamiseksi. Vuoden 2035 jälkeen mahdollisesti tapahtuva ikäluokkien pieneneminen vähentää palvelutarvetta. Aikaisemmin havaittu iäkkäiden viimeisten elinvuosien terveydentilan, toimintakyvyn ja avuntarpeen vähenemisen positiivien kehitys ei ole jatkunut 2010-luvun puolenvälin jälkeen. Pitenevä elinaika on tuonut mukanaan lisää hyväkuntoisia elinvuosia. Kuitenkaan huonokuntoiset vuodet elämän loppuvaiheessa eivät ole vähentyneet. Pikemminkin näyttää siltä, että mitä kauemmin eletään ja mitä vanhemmaksi kuolema siirtyy, sitä suurempaa on monisairastavuus sekä hoivan ja hoidon tarve elämän viimeisinä vuosina ja kuukausina. Tästä koituu uudenlaisia haasteita sekä lääketieteelliselle osaamiselle että koko hoitojärjestelmälle. On inhimillisesti ja eettisesti tärkeää pitää mielessä, että elämän viimeiset vuodet ovat yhtä tärkeitä kuin ensimmäiset ja elämän laadun ylläpitäminen loppuun saakka on myös lääketieteen tehtävä. Myöhäisvanhuuden merkittävintä sairausryhmää, dementoivia sairauksia, sairastavilla on samanlainen oikeus tarvitsemaansa lääketieteelliseen hoitoon ja päivittäiseen hoivaan kuin nuoremmilla ja muita sairauksia sairastavilla. Pitkäikäisyyden yleistyminen ja vanhoista vanhimpien kasvaminen merkittäväksi väestöryhmäksi kutsuu lääketiedettä, perusterveydenhuoltoa, sairaaloita, kotihoitoa, kuntoutusjärjestelmää ja

ympäri vuorokautista hoitoa uusien käytäntöjen kehittämiseen ja uudenlaiseen yhteistyöhön. Tähän tarvitaan myös uusia voimavaroja. Duodecimin ja Suomen Akatemian vuoden 2012 konsensuslausuman "Kohti parempaa vanhuutta" suositukset ovat edelleen ajankohtaisia.

Julkisuudessa on käyty keskustelua myös omaisten suuremmasta panoksesta ikäihmisten hoidossa yhtenä ratkaisuna iäkkäiden hoivan antamisessa. Vuonna 2024 julkaistussa tutkimuksessa (Kääriäinen J. et al. 2024, Liite 1) ilmeni, että Suomessa läheiset kantavat jo nyt merkittävää hoivavastuuta: noin 80 % ikääntyneiden hoivasta on läheisten tuottamaa. Läheisten antama hoiva on varsin yleistä niissäkin maissa, joissa on kattava vanhuspalvelujärjestelmä, kuten Pohjoismaissa. Suomessa ei-intensiivinen hoiva on vertailussa olevista maista yleisintä: kaksi viidestä yli 15-vuotiaasta auttaa läheistään alle 11 tuntia viikossa. Sen sijaan läheisten tekemä intensiivinen hoiva (yli 11 tuntia viikossa) on Suomessa ja muissa kattavia hoivapalveluja tarjoavissa maissa harvinaisempaa.

Elämän laatuun liittyviä kysymyksiä riittää myös ratkottavaksi. Suomessa noin kolmasosa yli 65-vuotiaista kokee ajoittaista yksinäisyyttä ja noin kymmenesosa pitkäkestoista yksinäisyyttä. Yksinäisyys heikentää fyysistä ja psyykkistä terveyttä, lisää masennuksen riskiä ja kasvattaa sosiaali- ja terveyspalvelujen tarvetta. Tutkimuksissa korostuu kolmannen sektorin keskeinen rooli yksinäisyyden ehkäisyssä ja yhteisöllisyyden vahvistamisessa. Vapaaehtoistoiminta ja vertaistuki lisäävät merkityksellisyyden kokemusta sekä vähentävät yksinäisyyttä osallistujien keskuudessa. Digitaaliset kohtaamisalustat ja digikummitoiminta laajentavat mahdollisuuksia yhteydenpitoon erityisesti syrjäseudulla asuville. Monisukupolvinen toiminta ja yhteisölliset tapahtumat lisäävät sosiaalista pääomaa ja yhteenkuuluvuutta. Kansalaisyhteiskunnan ja kuntien kanssa tehtävä yhteistyö on jatkossa ratkaisevaa, jotta yksinäisyyttä voidaan vähentää tehokkaasti ja kestävällä tavalla. Yhteenvetona voi todeta, että kaikkia ratkaisuja tarvitaan. Toiminnan kehittämistä, riittäviä julkisia resursseja, kolmannen sektorin toimintaa ja läheisapua tarvitaan ikääntymisen aiheuttaman haasteen voittamiseksi.

Pirkanmaan hyvinvointialueella on käynnistetty selvitystyö, jonka tavoitteena on kehittää ikääntyneiden asiakkaiden ja potilaiden palveluketjuja saumattoman ja

oikea-aikaisen palvelun tarjoamiseksi. Pirkanmaan hyvinvointialueella ikäihmisten hoitoa on kehitetty monella eri taholla viimeisten vuosien aikana, tästä hyvänä esimerkkinä Ikäihmisten palveluiden kehittämisohjelma (IKI2035). Koko palveluketjun toiminnassa on havaittu kuitenkin haasteita, jotka johtavat ikäihmisten ajautumiseen tarpeettomasti päivystykseen ja pitkittyneisiin sairaalajaksoihin niin, että kotiutuminen joko kotiin tai asumispalveluihin viivästyy. Pitkittyneet sairaalajaksot ovat iäkkään toimintakyvyn kannalta haitallisia. Sairaalassa asumista onkin syytä välttää kaikin toimin. Kompleksinen toimintaympäristö vaatii jatkossa yhä enemmän kokonaisuuden hallintaa koko hyvinvointialueen tasolla. Rajapintojen tunnistaminen sekä niiden aiheuttamien ongelmien ratkaisemiseen soveltuva pysyvä rakenne auttaa vähentämään näitä haasteita. Tässä raportissa Pirkanmaan hyvinvointialueen palvelurakennetta ja tilastoja verrataan myös koko Suomen, Varsinais-Suomen, Pohjois-Pohjanmaan ja Päijät-Hämeen vastaaviin tietoihin. Selvitystyön tarkoituksen on kartoittaa nykytilanteen haasteet ja etsiä niihin ratkaisuja, joilla varmistetaan oikea-aikaisten ja laadukkaiden palveluiden toiminta ja rakenne sekä lyhyellä että pitkällä aikavälillä.

2 Väestönkehitys ja palveluiden kattavuus

Pirkanmaan väestöennusteen mukaan iäkkäiden määrän kasvu noudattaa keskimääräistä iäkkäiden määrän kasvua Suomessa. Vuoteen 2030 mennessä yli 80-vuotiaiden määrä kasvaa jyrkästi, ja sen jälkeen kasvu tasaantuu saavuttaen huippunsa todennäköisesti 2035, jonka jälkeen ikäryhmien koko kääntyy laskuun (Taulukko 1). Seuraavan viiden vuoden aikana yli 80-vuotiaiden määrä kasvaa Pirkanmaalla yli 2200 hengellä vuosittain, vastaavasti ennusteiden mukaan 70–79 vuotiaiden ryhmän koko kääntyy hitaaseen laskuun jo vuonna 2025. Näin ollen lisääntyvä palvelutarve kohdistuu pääosin kaikista vanhimpiin ikäryhmiin.

Taulukko 1

Pirkanmaan väestöennuste vuosina 2025–2035. Lähde: [Tilastokeskuksen maksuttomat tilastotietokannat](#) (Viitattu 28.10.2025).

Vuosi	65–74 Väestö 31.12. (ennuste 2024)	75–84 Väestö 31.12. (ennuste 2024)	85–Väestö 31.12. (ennuste 2024)

Pirkanmaan hyvinvointialue

2025	60 791	47 323	16 140
2026	60 735	48 230	17 167
2027	60 632	50 039	17 242
2028	60 820	51 141	17 760
2029	60 995	52 096	18 413
2030	61 094	52 264	19 721
2031	61 238	52 064	21 454
2032	61 470	51 654	23 205
2033	61 868	51 052	24 773
2034	61 709	50 815	26 150
2035	61 475	50 844	27 227

Vuoden 2022 lopussa (31.12.2022) 75 vuotta täyttäneiden osuus ikääntyneiden palveluiden asiakkaista Pirkanmaalla oli 25,7 % vastaavan ikäisestä väestöstä. Tämä on hyvin lähellä Suomen keskiarvoa (27 %), mikä kertoo, että Pirkanmaan palveluiden kokonaispeittävyys on valtakunnallisesti vertailukelpoinen (Taulukko 2). Säännöllinen kotihoito muodostaa suurimman osan palveluista, ja sen peittävyys on hieman alle maan keskitason. Vanhuspalvelulain (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista, 13 §) mukaan hyvinvointialueen on järjestettävä iäkkäälle henkilölle laadukkaita sosiaali- ja terveyspalveluja, jotka ovat hänen tarpeisiinsa nähden oikea-aikaisia ja riittäviä. Palvelut on toteutettava niin, että ne tukevat iäkkään henkilön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä, itsenäistä suoriutumista ja osallisuutta. Muun palveluntarpeen ennalta ehkäisemiseksi on kiinnitettävä huomiota erityisesti kuntoutumista edistäviin ja kotiin annettaviin palveluihin (Liite 2: iäkkäiden kotihoidon, yhteisöllisen asumisen ja

ympäri vuorokautisen asumisen keskeinen lainsäädäntö). Pirkanmaan hyvinvointialueella ympäri vuorokautisen asumisen ja omaishoidon tuen saajien osuus on hieman keskimääräistä matalampi, mutta erot ovat pieniä. Vuonna 2027 loppuvan vanhainkoti- ja laitoshoidon osuus on pieni, kuten useimmilla hyvinvointialueilla. Vuonna 2024 pitkäaikaisessa perhehoidossa oli 15 iästä asiakasta koko Pirkanmaan hyvinvointialueen alueella. IKI2035-kehittämisohjelman mukaisesti Pirkanmaan hyvinvointialueella keskitytään ensisijaisesti lain vaatiman kotihoidon ja yhteisöllisen asumisen lisäämiseen. Julkaistuja sairaansijojen peittävyystietoja ei ollut saatavilla tähän raporttiin. Julkaisemattoman raportin (Leppänen R. henkilökohtainen tiedonanto) mukaan Pirkanmaan hyvinvointialueella oli vuonna 2023 1,33 perusterveydenhuollon sairaalatasoista osastopaikkaa tuhatta asukasta kohti. Vuonna 2024 oli 11,7 vastaavaa osastopaikkaa tuhatta yli 75-vuotiasta kohti. Nämä arvot ovat raportissa olleista hyvinvointialueista yli keskiarvon. Erikoissairaanhoidossa peittävyyttä kuvaavat arvot olivat Pirkanmaan hyvinvointialueella vertailun korkeimmat hyvinvointialueista (v 2023 1,46 ja v 2024 yli 75-vuotiaat 12,88).

Taulukko 2

lääkäiden palvelut hyvinvointialueilla. 75 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12.2024 % vastaavan ikäisestä väestöstä. [Sotkanet](#) (viitattu 1.11.2025).

	Laitos hoito	Ympäri vuoro kautinen palvelu- asuminen	Yhteensä laitos- ja ympäri vuoro kautinen	Yhteisöllinen asuminen	Säännöllinen kotihoito	Omais hoito
Ahvenanmaa	1,9	6,5	8,4		10,2	4,3
Etelä-Karjalan hyvinvointialue	0,1	5,8	5,9	0,8	15,1	4,4
Etelä- Pohjanmaan hyvinvointialue	0	7,4	7,4	0,3	13,7	5,3
Etelä-Savon hyvinvointialue	0,1	6,6	6,7	1,4	15,6	4,3

Pirkanmaan hyvinvointialue

Helsingin kaupunki	1,3	5,4	6,7	0,7	12,5	2,2
Itä-Uudenmaan hyvinvointialue	0,2	5,6	5,8	0,3	13,1	3
Kainuun hyvinvointialue	0,1	7	7,1	0,9	17,1	7
Kanta-Hämeen hyvinvointialue	0,2	7,2	7,4	0,4	14,1	4,3
Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue	0,7	6,3	7		18,7	6,2
Keski-Suomen hyvinvointialue	0,1	7,1	7,2	0,6	14,6	4,2
Keski-Uudenmaan hyvinvointialue	0,1	6,2	6,3	0,7	8,6	3,3
Kymenlaakson hyvinvointialue	0,3	6,3	6,6	1,9	13,1	4,3
Lapin hyvinvointialue	0,5	7,4	7,9	0,4	15,4	6,8
Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue	0,1	5,7	5,8	0,5	11,3	3
Pirkanmaan hyvinvointialue	0,3	6,3	6,6	0,8	12,1	3,6
Pohjanmaan hyvinvointialue	0	7,2	7,2	0,1	12,1	4,4

Pirkanmaan hyvinvointialue

Pohjois-Karjalan hyvinvointialue	0	7,4	7,4	1,3	12,7	4,9
Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue	0,2	6,7	6,9	0,5	15,2	4,9
Pohjois-Savon hyvinvointialue	0,2	5,7	5,9	0,5	13,3	5,3
Päijät-Hämeen hyvinvointialue	0	5,8	5,8	0,3	11,8	2
Satakunnan hyvinvointialue	0	7,4	7,4	0,3	12,4	4,2
Vantaan ja Keravan hyvinvointialue	0,1	6,2	6,3	0,3	9,2	2,9
Varsinais-Suomen hyvinvointialue	0,4	6,5	6,9	0,6	13,4	4,3
Koko maa (*lukujen keskiarvo)	0.3	6.5*	6.8	0.6	13.1	4

Suomessa useilla hyvinvointialueilla, myös Pirkanmaalla, suunnitellaan peittävyysprosenttien laskua tuleville vuosille palveluiden riittävyyden turvaamiseksi ja talouden tasapainottamiseksi (Kuva 1). Tavoitteena on kohdentaa palvelut tehokkaammin niille, jotka tarvitsevat tukea eniten, samalla kun painotetaan kotihoitoa, perhehoitoa ja omaishoitoa. Mikäli iäkkään väestön terveydentilassa ja toimintakyvyssä ei tapahdu merkittävää muutosta, hoivan peittävyys lasku saattaa kuitenkin johtaa kalliimpien palveluiden, esimerkiksi päivystyksen ja sairaalahoidon, lisääntyneeseen käyttöön aiheuttaen näin enemmän kustannuksia.

Erikoissairaanhoidon on kehitetty viime vuosina yhä enemmän lyhyitä hoitojaksoja

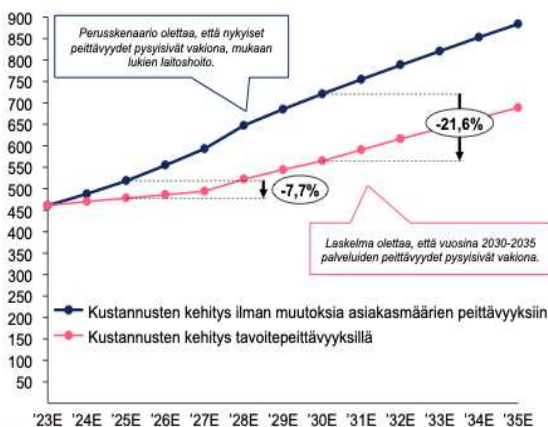
suosiviin malleihin. Tämä mahdollistaa osaltaan hoivan ja hoidon suhteen muutoksen. Erityisesti tämä tarkoittaa erikoissairaanhoidon vuodeosastopaikkojen ja ympärivuorokautisen asumispalvelun suhteen tarkistamista.

Kuva 1

Ikäihmisten palveluiden kehittämisohjelman (IKI2035) mukaiset suunnitellut ikäihmisten palveluiden painopisteiden siirrot Pirkanmaan hyvinvointialueella.

Painopisteen siirtäminen kevyempiin asumispalveluihin hidastaa kustannusten kasvua merkittävästi

Ikäntyneiden palveluiden kokonaiskustannusten (netto) kasvuennuste 2023E-2035E, miljoonaa euroa



Pirkanmaan
hyvinvointialue

*Laskettu vuoden 2022 peittävyksillä suhteessa 80+ vuotiaiden määrään vuonna 2023
Lähteet: Pirkanmaan kustannustiedot 2023, THL, Suomen pankki 8/2023, NHG analyysi

Palvelu	Perus- skenaario Nykyiset peittävydet*	Tavoite- skenaario Tavoite- peittävydet 80+ -ikäryhmällä	Asiakasmäärä 2030 tavoite vs. 2030 nykyisillä peittävyksillä	Asiakasmäärä 2030 tavoite vs. nykyinen asiakasmäärä
Vanhainkoti/ laitosasuminen	0,9 %	0,0 %	-521	-395
Ympäri- vuorokautinen palveluasuminen	10,4 %	8,0 %	-1 107	+352
Yhteisöllinen asuminen ja perhehoito	1,20 %	2,8 %	+738	+906
Säännöllisen kotihoidon asiakkaat	13,0 %	9,1 %	-1 792	+35
Omaishoidettavat	3,7 %	4,0 %	+180	+693

Tavoitepeittävyksillä kustannukset ovat noin 21,6 % matalammat vuonna 2025 ja noin 7,7 % matalammat vuonna 2030 verrattuna kustannusten kehitykseen vuoden 2022 mukaisilla peittävyksillä.

IKI2035-kehittämisohjelman mukaisesti asumispalveluiden absoluuttista määrää on tarkoitus lisätä vuoteen 2030 asti (Kuva 2). Tämänhetkisen kehityskulun valossa ympärivuorokautisia asumispalveluita tarvitaan kuitenkin suunniteltua enemmän, sillä sairaaloissa asumispalveluja odottavien määrä on säilynyt ennallaan viimeisien vuosien aikana ollen 100–200 potilasta.

Kuva 2

IKI2035-kehittämisohjelma. Palveluiden peittävydet ja asiakasmäärä

Tilannekuva 6/25 peittävyys% yli 80-vuotiaiden osalta (poikkileikkauspäivä 30.6.2025 mukaan)

Palvelu	Peittävyys-% (80+ vuotiaat)		
	Lähtötilanne 12/23	Toteuma 6/25	Tavoite 2030
Laitoshoito	0,7 %	0,5 %	0,0 %
Ympäri vuorokautinen palveluasuminen	9,8 %	10 %	8,0 %
Yhteisöllinen asuminen* ja perhehoito	1,2 %	1,9 %	2,8 %
Yhteisöllinen asuminen	0,7 %	1,3 %	(määritellään syksyn -25 aikana)
Perhehoito	0,4 %	0,6 %	(määritellään syksyn -25 aikana)
Kotihoito**	-	10,6 %	-
Säännöllinen kotihoito	10,7 %	10,0 %	9,1 %
Kotihoidon arviointijakso	-	0,5 %	-
Tilapäinen kotisairaanhoito	-	0,1 %	-
Omaishoito	3,3 %	3,2 %	4,0 %

Kaikkien palveluiden peittävyydet etenivät tavoitteiden suuntaisesti, lukuun ottamatta ympärivuorokautisen palveluasumisen peittävyyttä. Ympäri vuorokautisen palveluasumisen ostopalveluiden määrää on jouduttu lisäämään sairaalapalveluiden osastojen kuormittuneisuuden vuoksi.

**Pirkanmaan
hyvinvointialue**

* Yhteisöllisen asumisen hoito toteutetaan säännöllisenä kotihoidon palveluna, jolloin kotihoidon rivillä voi tapahtua samassa suhteessa pienenemistä.

** Kotihoidon tilastointiin ei ole valtakunnallisesti yhtenäistä tilastointitapaa (poikkileikkaus vs. pitkäikäistarkastelu)

Runsain lisäys suunnitelmissa koskee yhteisöllisen asumisen paikkoja. Seuraavassa on esitetty nykyinen valvovan viranomaisen (Valvira ja AVI) näkemys siitä, millainen asukkaan kunto ja palveluntarve sopii iäkkäiden yhteisölliseen asumiseen Suomessa.

- Kenelle se on tarkoitettu: Henkilölle, jonka toimintakyky on alentunut tai hoidon/huolenpidon tarve lisääntynyt iän, sairauden tms. vuoksi – mutta jonka tarpeisiin voidaan vastata ilman ympärivuorokautista henkilökunnan läsnäoloa. Palvelu perustuu palvelutarpeen arvioon ja asiakassuunnitelmaan.
- Ei 24/7-hoivaa: Yhteisöllisessä asumisessa ei ole ympärivuorokautista henkilökuntaa; tarvittavat palvelut tulevat erikseen (kotihoito, tukipalvelut). Sitä ei tule rinnastaa ympärivuorokautiseen palveluasumiseen.
- Turvallinen selviytyminen: Asukkaan tulee kyetä hälyttämään apua (esim. turvapuhelin/ranneke) ja poistumaan hätätilanteessa

omatoimisesti; jos tämä ei onnistu, palvelun soveltuvuus on arvioitava uudelleen.

- Rajoitustoimet eivät kuulu yhteisölliseen asumiseen: Jos tarvitaan lukittuja ovia, sängynlaitoja tms. rajoituksia, kyse on yleensä väärästä palvelumuodosta kyseiselle asiakkaalle.
- Seuranta ja siirtymät: Toimintakykyä on seurattava; jos kunto laskee niin, ettei asukas enää pärjää yhteisöllisessä asumisessa, on tehtävä päätös ympärivuorokautisesta palveluasumisesta.

Lyhyesti: Yhteisöllinen asuminen sopii iäkkäälle, joka tarvitsee tukea mutta selviää ilman säännöllistä suunnittelematonta ympärivuorokautista hoivaa, kykenee turvalliseen arkeen ja avun hälyttämiseen, eikä hänen hoitonsa edellytä rajoitustoimia; muuten tulee ohjata ympärivuorokautiseen palveluasumiseen. Yhteisöllistä asumista voidaan toteuttaa yksiköissä, joissa on myös ympärivuorokautisen asumisen paikkoja (46 c § [Sosiaalihuoltolaki](#)).

Sairaalahoidossa erikoissairaanhoidossa on tällä hetkellä yli sata perustason osastopaikkaa odottavaa potilasta. Perusterveydenhuollon osastoilla odottaa vastaavasti pääosin ympärivuorokautisen asumisen paikkoja saman verran potilaita. Mikäli nämä potilaat pystyttäisiin siirtämään tarkoituksenmukaiseen palveluun, voitaisiin ainakin erikoissairaanhoidon sairaalapaikkoja vähentää ja siirtää resurssi tarkoituksenmukaisempiin ja kustannuksiltaan edullisempiin palveluihin. Ympärivuorokautisen asumispalvelun keskimääräinen vuorokausihinta on hieman alle 200 €, vastaavasti perusterveydenhuollon noin 400 € ja erikoissairaanhoidon osastoilla 500 €.

Pirkanmaan hyvinvointialue pystyy järjestämään lakisääteisissä määrärajoissa ympärivuorokautisen palveluasumisen. Ympärivuorokautisen palveluasumisen asiakkaista 94,2 % saa paikan alle 3 kuukaudessa (seurantajakso 7.1.–28.10.2025). Tätä pidemmät odotusajat ovat tarkoittaneet pääosin sitä, että asiakas omasta tahdostaan on halunnut odottaa itselleen mieleisemmän paikan vapautumista. Keskimääräinen odotusaika Pirkanmaalla on 58,3 vuorokautta (seurantajakso 7.1.–28.10.2025). Myönteisen päätöksen ympärivuorokautiseen palveluasumiseen tuolla ajanjaksolla sai 1 171 asiakasta.

Pääsääntöisesti asiakkaat odottavat heille myönnettyä paikkaa kotonaan kotiin vietävien palvelujen turvin. Aina tämä ei kuitenkaan toteudu näin, vaan asiakkaat ovat jääneet sairaalaosastoille aiheuttaen sitä kautta sairaalaprosessien ruuhkautumista. Mikäli sairaalassa odottajien määrää halutaan merkittävästi vähentää, tarkoittaa tämä sekä koko palveluketjun haasteiden ratkaisemista että kapasiteetin lisäämistä ympärivuorokautiseen palveluasumiseen.

Palveluverkkoselvityksessä (aluehallitus 25.3.2024 § 96) on todettu, että Pirkanmaalla kapasiteettia ympärivuorokautisessa palveluasumisessa on sinänsä riittävästi, mutta alueellisesti kapasiteetti ei kohdennu tasaisesti. Pulaa paikoista on erityisesti Tampereen kaupunkiseudulla. Pirkanmaan hyvinvointialueen kaikki asumispalvelupaikat ovat koko alueen väestön käytettävissä, mutta käytännön tasolla asiakkaita ei ole voitu ilman heidän tai omaisten suostumusta sijoittaa toisen kunnan alueella olevaan yksikköön, mikäli oman kunnan alueella ylipäättään on ympärivuorokautisen palveluasumisen paikkoja olemassa. Ympärivuorokautisen palveluasumisen hyväksytyjen myöntämisen perusteiden mukaan kuitenkin sairaalassa paikkaa odottavan asiakkaan tulisi ottaa ensimmäisenä tarjottu paikka vastaan, vaikka se sijaitsikin muualla kuin asiakkaan kotikunnassa.

IKI2035-kehittämisohjelma on hyväksytty 20.11.2023 (§ 319) Pirkanmaan hyvinvointialueen aluehallituksessa. Kehittämisohjelma sisältää lähes sata toimenpidekokonaisuutta, joiden tavoitteena on turvata taloudellisesti kestäväällä tavalla ikääntyneiden palvelut myös tulevaisuudessa. Tavoitteen toteutumiseksi painopistettä siirretään raskaista palveluista kevyempiin palveluihin. Muutokset ohjelmaan, mukaan lukien peittävyysprosentteina ilmoitettujen tavoitteiden muutos, edellyttävät aluehallituksen päätöstä. Jos siis ikäihmisten ympärivuorokautisen palveluasumisen määrää ja peittävyyttä halutaan lisätä, tulee siitä tehdä päätös ja osoittaa toteutukselle riittävät resurssit. Keskimäärin toteutuneilla nettokustannuksilla laskettuna lisäresursointitarve olisi noin 3 miljoonaa euroa vuodessa noin 50 uutta asiakaspaikkaa kohden. Karkeasti arvioiden 0,5 % muutos peittävyydessä tarkoittaisi IKI2035-kehittämisohjelmassa käytetyn yli 80-vuotiaiden ikäryhmän osalta noin 10 M€ lisäpanostusta vuosittain. Mikäli tarkasteltaisiin valtakunnallisesti käytettyä yli 75-vuotiaiden ikäryhmää, 0,5 %:n muutos peittävyydessä edellyttäisi vuositasolla noin 17 M€ lisäpanostusta.

Päivystyksen ja sairaalahoidon käyttö laskee siirryttäessä kohti raskaampia palveluita. Kotihoidon asiakkaila on kolme kertaa enemmän päivystyskäyntejä ja sairaalajaksoja verrattuna ympärivuorokautiseen asumispalveluun (Taulukko 3). Päivystyskäyntien kohdentuminen osin samoille henkilöille saattaa viitata ongelmiin palveluketjussa, mutta on myös merkinä palveluiden piirissä olevien hauraasta terveydentilasta. Näihin useamman kerran päivystyspalveluita vaativiin potilaisiin on kiinnitettävä erityinen huomio palveluiden riittävyyden, kuntoutuksen ja lääketieteellisen arvion suhteen.

Taulukko 3

Kotihoidon, yhteisöllisen ja ympärivuorokautisen asumisen asiakkaiden päivystyksen ja sairaalahoidon käyttö vuonna 2024. Asiakkaat on poimittu RAI-järjestelmästä ja yhdistetty päivystyksen, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon käyttämiin tietojärjestelmiin. Osa tiedoista on vaillinaisia johtuen eri järjestelmien tiedonsiirto-ongelmista. Tilastojen mittakaava on kuitenkin oikea.

	Kotihoito	Yhteisöllinen asuminen	Ympärivuorokautinen asumispalvelu
1. yli 65-v. asiakkaita kk (ka)	5 449	490	4 312
2. yli 65-v. eri asiakkaiden lukumäärä koko vuosi	8 094	723	5 696
3. Päivystyskäynnit kuukaudessa (ka)	453	32	110
4. Päivystyskäynnit lkm / eri kävijät koko vuosi	5 440 / 3 143	388 / 235	1 316 / 998
5. Monellako % asiakkaista päivystyskäyntejä	61	54	22
6. Montako käyntiä kävijöillä	1,73	1,65	1,2
7. Esh hoitopäivät	29 327	1 555	2 539
8. Esh eri asiakkaiden lkm*	2 499	139	433

9. Monellako (%) asiakkaista esh-hoitajakso	31	19	8
10. Pth hoitopäivät	56 738	5 458	24 460
11. Pth eri asiakkaat*	1 863	151	453
12. Monellako (%) pth- hoitajakso	23	21	8

3 Ikäihmisten palveluiden myöntämisen perusteet

Palveluiden myöntämisen perusteet ovat hyvin samanlaisia eri hyvinvointialueilla.

Perusteet nojaavat joko lakisääteisiin RAI-arvioihin (Resident Assessment Instrument; Kuva 3) tai sanallisiin kuvauksiin palvelutarpeesta. Kotihoidon ja asumispalveluiden RAI-pääkriteerinä käytetään yleisimmin palvelutarveluokkaa kuvaavaa MAPLE-mittaria (Method for Assigning Priority Levels). Tätä täydennetään päivittäistoimien avuntarvetta kuvaavilla ADLH activities of daily living (ADL-H) ja instrumental activities of daily living (IADLCH) sekä kognitiota mittaavalla cognitive performance scale (CPS) -mittareilla. Asumispalveluissa myös yksinäisyyden kokemuksen, mielialan ja käyttäytymisen mittarit voivat johtaa osaltaan palvelun myöntämiseen. Palvelutarpeen kasvaessa heikkenevän kognition merkitys korostuu. Suurinta palvelutarvetta eli ympärivuorokautista asumista tarvitaan silloin, kun yöaikaisen valvonnan ja avun tarve on säännöllinen tai ennalta-arvaamaton. MAPLE-luokka nousee CPS-luokan kasvaessa, mutta siihen vaikuttavat myös kaatumiset, käytösoireet ja päivittäistoimien vaikeus. Palveluiden myöntämisen perusteina olevat RAI-arvot ovat Pirkanmaan hyvinvointialueella asumispalveluiden osalta koko maan keskiarvoa tiukemmat, mutta palveluiden piirissä olevien toimintakyky ja terveydentila vastaa muiden hyvinvointialueiden tasoa (Liite 3: RAI-HC arvot kotihoito, yhteisöllinen asuminen ja RAI-LTC ympärivuorokautinen asuminen (2/2024) koko Suomi, Pirkanmaan hyvinvointialue, Varha ja Päijät-Häme).

Kuva 3

Pirkanmaan hyvinvointialueen RAI-arvioinnin mittarit ja kriteerit palvelujen myöntämisen perusteena

RAI-mittariarvot eri palvelujen myöntämisen perusteena

Säännöllinen kotihoito	MAPLe5:n lisäksi väh. kahden tulee täyttyä	Yhteisöllinen asuminen	MAPLe5:n lisäksi väh. kahden tulee täyttyä	Ympäri vuorokautinen asuminen	MAPLe5:n lisäksi väh. kahden tulee täyttyä
MAPLe5 (0-5)	3	MAPLe5 (0-5)	4	MAPLe5 (0-5)	(4) - 5
ADLH (0-6)	1	ADLH (0-6)	1	ADLH (0-6)	2
IADLCH (0-6)	4	IADLCH (0-6)	5	IADLCH (0-6)	6
CPS (0-6)	2	CPS (0-6)	2	CPS (0-6)	3
		Lisäksi voidaan huomioida:		Lisäksi voidaan huomioida:	
		DRS (0-14)	3	DRS (0-14)	korkea
		DRSSR (0-9)	4	ABS (0-12)	Korkea arvo
		ABS (0-12)	5	MMSE, CERAD	GDS, MNA

IADLCH = Arki-suoriutuminen, välineetoinnot: aterioiden valmistus, tavalliset kotitaloustyöt, raha-asioiden hoito, lääkityksestä huolehtiminen, ostoksilla käynti
MAPLe5 = Palvelutarveluokka

Pirkanmaan hyvinvointialue

Mikäli MAPLe 5 – mittarin arvo on 4 ja kaksi (2) muuta RAI –mittarin arvoa (ADL-H, IADLCH ja CPS) täyttyvät, päätös palveluiden myöntämisestä tehdään SAS-ryhmän harkinnalla

4 Palveluiden piirissä olevien palveluntarve ja terveydentila

Palveluiden myöntämisen perusteet ovat eri hyvinvointialueilla samankaltaisia pienistä eroista huolimatta. Siksi on ymmärrettävää, etteivät palveluiden piirissä olevien asiakkaiden RAI-arviot eroa toisistaan merkittävästi (Liite 3: RAI-HC arvot kotihoito, yhteisöllinen asuminen ja RAI-LTC ympärivuorokautinen asuminen (2/2024) koko Suomi, Pirkanmaan hyvinvointialue, Varha ja Päijät-Häme).

Kotihoidossa hoidetaan varsin haastavia, usein monisairaita ja toimintakyvyltään alentuneita asiakkaita. Kotihoidossa Pirkanmaan hyvinvointialueen asiakkaiden palvelutarve on kohtalainen tai suurempi (MAPLE 3-5) 91 %:lla asiakkaista verrattuna koko maan 81 %:iin asiakkaista. Muissa mittareissa erot ovat pieniä. Yhteisöllisen asumisen arkisuuorutusta, kognitiota ja terveydentilan vakautta kuvaavat arvot ovat koko maan arvoja korkeammat, mutta ero on pieni.

Palveluntarve ja päivystyksen tai sairaalahoidon käyttö ovat myös koko maan arvoja hieman suuremmat, mutta ero tässäkin on pieni. RAIsta mitattuna päivystyksen ja sairaalan käyttöä kuvaavat arvot antavat liikaa käyttöä ilmaisevia tuloksia, koska sairaalasta palveluihin pysyvästi siirtyneet tulkitaan ensimmäisessä RAI-arviossaan

myös sairaalassa tai päivystyksessä käyneiksi. Esimerkiksi kotihoidon arviointijaksolle 55 % tulee sairaalasta, ja siten kotihoidon ensimmäisessä kokonaisarvioinnissa 55 %:lla on sairaalahoido tai käynti päivystyksessä. Tämä sama piirre on kuitenkin yhtäläinen koko maan tilastoissa, joten eri hyvinvointialueiden keskinäinen vertailu on mahdollista. Pirkanmaan hyvinvointialueella, kuten muillakin hyvinvointialueilla, on useita tietojärjestelmiä käytössä, ja tämän vuoksi ajankohtaisen päivystyksen ja sairaalahoidon käytön oikean tiedon saaminen on osoittautunut varsin haastavaksi. Ympäri vuorokautisissa asumispalveluissa olevien asiakkaiden terveydentilaa ja toimintakykyä kuvaavat mittarit vastaavat koko Suomen arvoja.

5 Viiveet ja odotusajat

lääkkäät, varsinkin yli 75-vuotiaat, muodostavat myös sairaalahoidon asiakkuuksista suuren osan. Erikoissairaanhoidossa on ollut vuoden 2024 aikana keskimäärin yli sata perustason osastopaikkaa odottavaa potilasta. Perusterveydenhuollon osastoilla odottaa vastaavasti ympärivuorokautisten asumispalveluiden paikkoja saman verran potilaita. Tämä aiheuttaa haasteita sekä päivystyksen että sairaalahoidon resurssien riittämiseen. Vaikka yksittäistapauksissa kotihoidon palvelujen aloittaminen on kestänyt muutaman päivän, varsinkin jo kotihoidon asiakkaana olleiden palvelu on pystytty järjestämään yleensä nopeasti (Taulukko 4, luku 5.2). Sairaalassa aloitettu asumispalveluihin hakeutumista varten tehtävä palvelutarpeen arviointi on kestänyt keskimäärin 20 vuorokautta SAS-päätöksen valmistumiseen, ja paikka asumispalveluissa on järjestynyt koko prosessin alusta 50–60 vuorokaudessa. Prosessin nopeutus on mahdollista noudattamalla aikaisemmin ikäihmisten palveluiden ja sairaalapalveluiden yhteistyönä tehtyjä prosessikuvauksia (Liite 4).

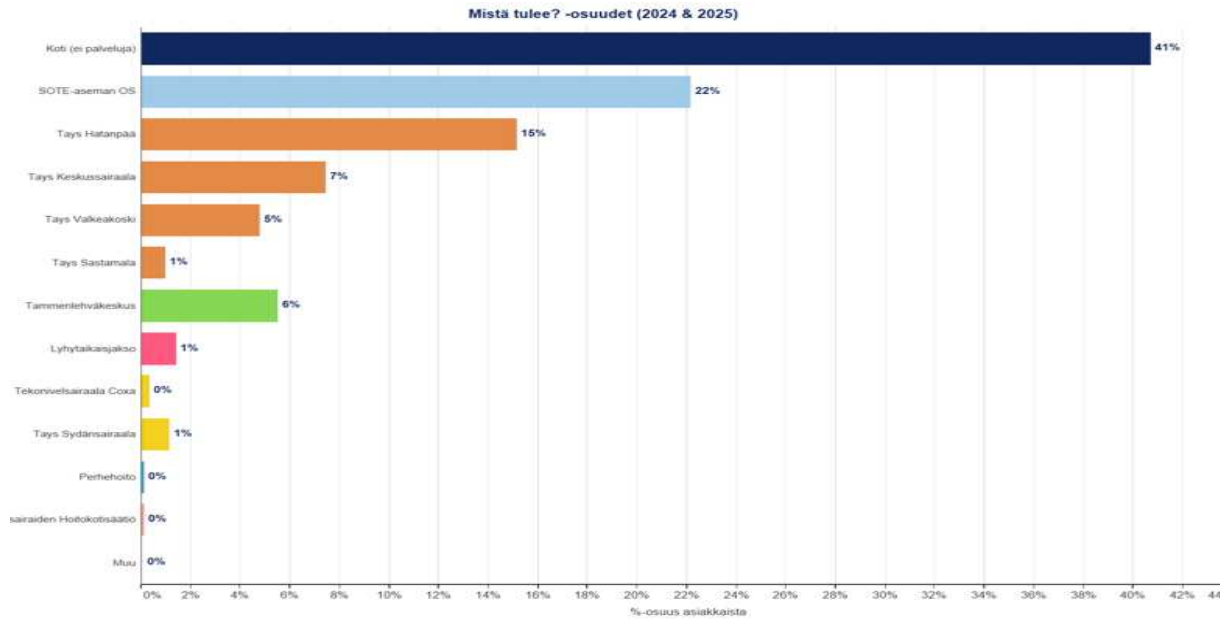
5.1 Viive sairaalasta kotihoidon palveluihin

Kotihoidon arviointijakson asiakkaiksi tullaan yleisimmin (55 %) sairaalasta. 41 % asiakkaista tulee kotoa ilman aikaisempia palveluita. (Kuva 4).

Kuva 4

Kotihoidon arviointijaksolle hakeutuminen

Pirkanmaan hyvinvointialue



Tilapäiseen kotisairaanhoidoon hakeudutaan pääosin sote-asetmilta, Tammenlehtäväkeskuksesta ja sairaalaosastoilta. Aika sairaalasta kotihoidon palveluiden alkamiseen on lyhyt, keskimäärin 1–2 päivää (Kuva 5). Nämä arviot perustuvat yksittäisiin lyhyisiin manuaalisesti Excel-taulukoissa ylläpidettyihin satunnaisiin arviointijaksoihin, eikä niissä käy ilmi, onko asiakkaalla jo olemassa kotihoidon palvelut. Saga-asiakastietojärjestelmän käyttöönoton jälkeen on mahdollista seurata kaikkien asiakkaiden kohdalla aikaa asian vireilletulosta palvelujen käynnistymiseen.

Kuva 5

Potilaan kotiutuminen sairaalasta kotihoidon asiakkaaksi -viiveseuranta 14.7.–7.9.2025 / Lähisairaalat

Viiveseurannan keskiarvot sekä vaihteluväli- ja havaintotietoja



•Yhteydensaanti kotihoidon sairaanhoitajaan

- Keskiarvo: 0,27 pv
- Vaihteluväli: 0–5 pv
- Vastauksia: 297

•Yhteydensaanti asiakasohjaajaan

- Keskiarvo: 0,33 pv
- Vaihteluväli: 0–5 pv
- Vastauksia: 164

•Kotiutuminen sairaalahoidon tarpeen päätyttyä

- Keskiarvo: 1,42 pv
- Vaihteluväli: 0–8 pv
- Vastauksia: 338

/suunn. A nylund

Viive syntyy tiedonkulun ongelmista ja palvelun järjestämiseen liittyvistä tekijöistä. Sairaalaosastoilta oikean yhteystiedon saaminen on koettu hankalaksi, ja varsinkin juuri ennen viikonloppuja kotiutuminen saattaa siirtyä alkuvuikkoon palveluiden järjestämisen vaikeuksien vuoksi. Tästä ei ole tilastotietoa käytössä, vaan arvio perustuu saatuun palautteeseen. Joskus kotiutumista voi estää pienet asiat, kuten se, että kotiin ei saada ruokaa. Lisäksi tarvittavia pieniä läheisten tekemiä kodin muutostöitä tai apuvälineitä voidaan joutua odottamaan. Pirkanmaan hyvinvointialue myöntää tällä hetkellä vain vammaispalvelulain mukaisia kodin muutostöitä. Myös potilaan ja omaisten mielipide voi hidastaa kotiutumista. Kotiutumisen viivettä voidaan merkittävästi vähentää suunnittelemalla kotiutusta sairaalahoidon alkuvaiheesta lähtien ja ennakoimalla palvelutarve. Tämä tarkoittaa ennakoivaa yhteydenottoa sairaalasta kotihoitoon tai asiakasohjaukseen, vaikka lääketieteellinen hoito olisi vielä kesken ja tarkka kotiutumispäivä olisi epäselvä. Yhteistyössä kohti kotia -prosessi ohjaa kotiuttamista koko Pirkanmaan hyvinvointialueella.

Sairaalasta kotiin -prosessikuvauksessa (Liite 4) on kuvattu sujuvan kotiutuksen kulku sekä uudelle että jo palveluiden piirissä olevalle asiakkaalle. Sairaalassa sekä kotiutuskoordinaattorin että muiden hoitotyön ammattilaisten tärkeänä tehtävänä on siis käydä keskustelua asiakkaan ja läheisten kanssa kotiutumiseen liittyvistä asioista, arvioida asiakkaan palvelutarvetta ja ohjata siinä esimerkiksi ottamaan yhteyttä palveluneuvontaan tai lähitorille, jos avun tarvetta tulee kotona myöhemmin.

Mikäli avun tarvetta on kotiutuessa, kotiutuskoordinaattori tai osastolla työskentelevä hoitotyön ammattilainen on yhteydessä asiakasohjaajaan, jos asiakkaalla ei aikaisemmin ole kotihoidon palveluita. Jos asiakkaalla on entuudestaan jo kotihoidon palvelut, yhteys otetaan suoraan kotihoidon sairaanhoitajaan, joka tuntee asiakkaan jo ennestään. Prosessi ohjaa suunnittelemaan potilaan kotiutusta heti sairaalajakson alkuvaiheesta lähtien ja olemaan ennakkoidusti yhteydessä kotihoitoon tai asiakasohjaukseen. Yhteydenottoa ja palvelutarpeen arviointia varten on sairaalajakson alussa selvitettävä potilaan kotiarjen toimintakyky sekä arvio sairaalahoidon vaikutuksesta toimintakykyyn ja palvelutarpeeseen. Ennakoinnin myötä kotihoito sekä asiakasohjaus kykenevät organisoimaan ja resursoimaan riittävät ja oikea-aikaiset palvelut kotona asumisen tueksi.

Potilaslogistiikkajärjestelmän (esimerkiksi Uoman) laajempi käyttöönotto säännöllisen kotihoidon asiakkaiden kotiutuksissa ja laajentaminen uusien kotihoidon asiakkaiden kotiutuksiin edellyttää vielä ohjelman kehitystyötä. Kehityspyynnöt on tehty, ja palveluntuottaja on ne luvannut toteuttaa, mutta aikataulu ja tarkka kustannus ovat vielä avoimet.

5.2 Viive sairaalasta asumispalveluihin

Potilaat, jotka eivät kotiudu enää sairaalasta heikentyneen terveydentilansa vuoksi, odottavat asumispalveluihin pääosin perustason sairaalaosastoilla.

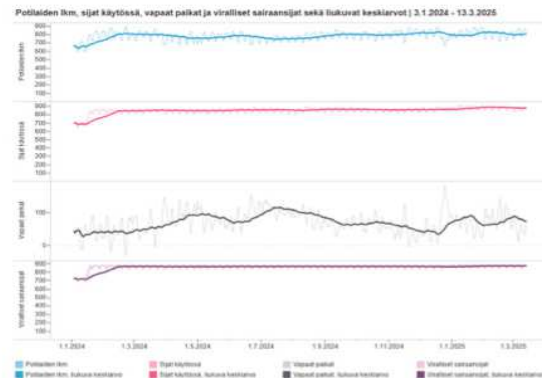
Erikoissairaanhoidon viiveet syntyvät pääosin perustason paikkaa odotellessa (Kuva 6). Seurantajakson 3.1.2024–13.3.2025 aikana erikoissairaanhoidon paikoista 8–23 % täyttyi jatkohoitopaikan odottajista.

Kuva 6

Erikoissairaanhoidon osastojen potilaiden lukumäärä, käytössä ja vapaana olevat paikat sekä perustason vuodepaikkoja odottavat potilaat 3.1.2024–13.3.2025

Erikoissairaanhoidon osastot

- Erikoissairaanhoidon osastoilla on n. 890 aikuispotilaiden hoitoon tarkoitettua somaattista sairaansijaa
- Perustason vuodeosastopaikkaa odottavia erikoissairaanhoidon osastoilla n. 80-200 potilasta



Pirkanmaan
hyvinvointialue

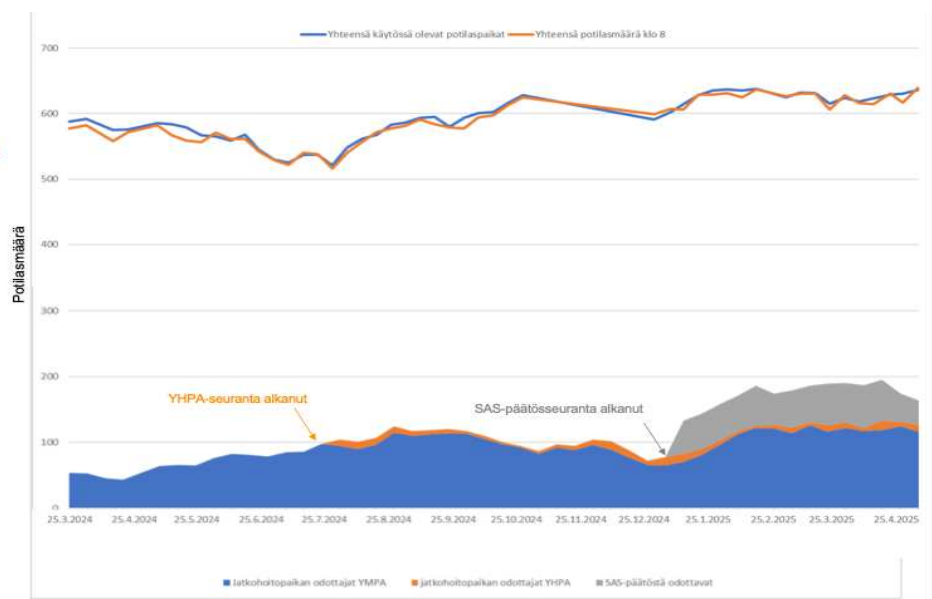


Enimmillään 28 % lähisairaaloiden perustason 682 sairaalapaikasta (22.9.2025 käytössä 646 sairaansijaa) täyttyi palvelutarpeen arvion valmistumista (noin 50 potilasta) tai paikkaa asumispalveluissa odottavista potilaista (keskimäärin 110 potilasta; Kuva 7).

Kuva 7

Palveluasumispaikkaa odottavien määrä lähisairaaloissa. Seurantajakso 25.3.2024–25.4.2025

**Palveluasumis-
paikkaa
odottavien määrä
suhteessa
lähisairaaloiden
perustason
paikkoihin**



Pirkanmaan
hyvinvointialue

Lähipalvelusairaaloiden perustason osastoilla viiveet syntyvät palvelutarpeen arvion selvittämisestä ja päätöksestä (keskiarvo 22,4 vrk) ja seuraavan palveluportaan

paikan odottamisesta yhteisölliseen asumiseen (1–1,5 kuukautta) tai ympärivuorokautiseen asumiseen (n. 2 kuukautta) (Taulukko 4). Selvästi eniten hakemuksia tehdään ympärivuorokautiseen asumiseen ja tästä viidesosa yhteisölliseen asumiseen, muihin vain yksittäisiä hakemuksia.

Taulukko 4

Pirkanmaan hyvinvointialue, osavuosisraportti 29.9.2025. SAS-hakemuksien käsittelyaika, määrä ja asumispalveluiden keskimääräinen odotusaika. (*virheellinen arvo)

Käsittelyaika (kvartaali) | 1.1.2025–29.9.2025

Palvelutuote	1. kvartaali käsittely aika (ka)	1. kvartaali päätösten määrä	2. kvartaali käsittely aika (ka)	2. kvartaali päätösten määrä	3. kvartaali käsittely aika (ka)	3. kvartaali päätösten määrä
Erityisvaativa 24/7	19.7	3	20.3	6	33.6	7
Laitoshoito	21.8	9	16.6	3	22.3	7
Perhehoito	-138.0*	33	33.0	33		
Yhteisöllinen asuminen	20.7	24.9	27.5	117		
Ympärivuoro-kautinen palveluasuminen	18.6	21.3	22.2	444		
Yhteensä	15.4	545	19.7	567	23.4	600

Hakemuksien määrä (kvartaali) | 1.1.2025–26.9.2025

Palvelutuote	1. kvartaali	2. kvartaali	3. kvartaali
--------------	--------------	--------------	--------------

Ympäri vuorokautinen palveluasuminen	578	496	457
Yhteisöllinen asuminen	146	127	104
Laitoshoito	34	33	9
Erityisvaativa ympäri vuorokautinen	5	3	6
Perhehoito	3	2	2
Yhteensä	734	661	578

Keskimääräinen odotusaika (vrk) | 1.1.2025–29.9.2025

Palvelutuote	1. kvartaali	2. kvartaali	3. kvartaali
Erityisvaativa ympäri vuorokautinen	44.4	47.1	63.8
Laitoshoito	81.7	44.5	
Perhehoito	-	-	-
Yhteisöllinen asuminen	27.5	30.4	44.4
Ympäri vuorokautinen palveluasuminen**	60.0	60.0	60.0

**sairaalassa odottavien odotusaika on hieman lyhyempi

Haastatteluiden perusteella ilmeni useita sairaalasta tehtyihin hakemuksiin liittyviä SAS-käsittelyä ja siirtymisiä hidastavia seikkoja:

- ”Puutteelliset hakemukset, joista voi puuttua tarvittavia liitteitä tai RAI-arviointi voi olla ristiriidassa esim. päivittäiskirjauksiin nähden, tämän vuoksi pyydetään täydennystä tai lisäselvityksiä.”

- ”Hakijan oman mielipiteen selvittäminen puuttuu, myös lääkärin arvio hakijan kyvystä tehdä itseään koskevia päätöksiä, puuttuu.”
- ”Hakijan kuntoutuminen voi olla vielä kesken, hakemus tehty ns. liian aikaisessa vaiheessa. SAS-ryhmä voi näissä tilanteissa palauttaa hakemuksen ja arvioida sitä uudelleen esim. kuukauden kuluttua.”
- ”Sairaalassa odotetaan SAS-päätöksen jälkeen asumispalveluista vapautuvaa paikkaa. Vapautuvia paikkoja on niukasti.”
- ”Asumispalveluiden paikat ovat huoneenvuokralain alaisia, eli vapautuvan paikan täyttämistä voi hidastaa myös se, että edellinen asiakas pitää kiinni irtisanomisajasta eikä vapaata paikkaa saada välittömästi sen vapauduttua käyttöön.”

Hakemusten määrä on jo nyt suuri, ja se lisääntyy todennäköisesti tulevina vuosia. Palvelutarpeen arvioiden sujuvuus ja asiakasohjaus vaativat riittävän resurssin, jotta näiden toimien kesto voi lyhentyä. Jos sijoitettavien asiakkaiden ja paikkojen määrä lisääntyy, asumisen asiakasohjaukseen tarvitaan lisää työntekijöitä koordinoimaan kasvavaa asiakasvirtaa. Palautteiden mukaan tärkein tekijä prosessien sujuvuuteen on kuitenkin se, että kaikki tunnistavat ja tietävät oman roolinsa ja toimivat sen mukaisesti.

Eri hyvinvointialueilla palvelutarpeen arvio ja SAS-prosessi eroavat jonkin verran toisistaan, mutta ovat pääperiaatteiltaan samankaltaisia. Palvelutarpeen arvio perustuu sekä Lakiin ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveystaloudesta että Sosiaalihuoltolakiin (Liite 2).

5.3 Viive kotihoidosta asumispalveluihin

Kotihoidosta asumispalveluihin siirtymistä odottaa joko kotona tai lyhytaikaispaikalla noin 100 henkeä (Taulukko 5). Noin puolen vuoden välein tehdyssä otannassa tilanne on pysynyt samankaltaisena. Siirtymisen viiveeseen vaikuttavat palveluarvion ja koko SAS-prosessin kesto, vapautuvien paikkojen vähyys ja joskus myös hakijasta johtuvat seikat, kuten se, ettei hakija hyväksy kauempana olevaa paikkaa.

Siirtymisen viive kotihoidosta yhteisölliseen asumiseen ja perhehoitoon on n 1,5 kuukautta ja ympärivuorokautiseen asumiseen noin kaksi kuukautta. Siirtymiseen aikatauluihin vaikuttavat myös asiakkaan tarpeet. Muuttaminen eri ympäristöön on osalle asiakkaista suuri muutos, ja sen vaatima aika on yksilöllinen.

Taulukko 5

Ympäri vuorokautisen asumispaikan odottajat. Yhden päivän otannat 5/2025 ja 12/2024.

Odottajat 30.4.2025

Missä odottaa? (ryhmä)	Missä odottaa?	Määrä
Ei määriteltä	Ei määriteltä	1
Koti	Koti	73
Lyhytaikaispaikka	Lyhytaikaispaikka	15
Sairaalaosasto (FTH)	KumuKe	1
	Sairaalaosasto (LEOS)	3
	Sairaalaosasto (PTH HYG 5)	3
	Sairaalaosasto (PTH HYG2)	9
	Sairaalaosasto (PTH TALE)	4
	Sairaalaosasto (PTH U1)	8
	Sairaalaosasto (PTH U2)	13
	Sairaalaosasto (PTH U3)	3
	Sairaalaosasto (PTH V3)	6

Pirkanmaan hyvinvointialue

	Sairaalaosasto (PTH)	71
Yhteisöllinen palveluasuminen	Yhteisöllinen palveluasuminen	4
Ympäri vuorokautinen palveluasuminen	Ympäri vuorokautinen palveluasuminen	1
Yhteensä		215

Odottajat 31.12.2024

Missä odottaa? (ryhmä)	Missä odottaa?	Määrä
Koti	Koti	72
Lyhytaikaispaikka	Lyhytaikaispaikka	30
MPD-yksikkö	Mt/Pd yksikkö	1
Sairaalaosasto (ESH)	Sairaalaosasto (ESH)	4
Sairaalaosasto (FTH)	KumuKe	2
	Sairaalaosasto (LEOS)	2
	Sairaalaosasto (PTH HYG 5)	1
	Sairaalaosasto (PTH HYG 2)	6
	Sairaalaosasto (PTH Orivesi)	1

	Sairaalaosasto (PTH TALE)	2
	Sairaalaosasto (PTH, U1)	8
	Sairaalaosasto (PTH U3)	6
	Sairaalaosasto (PTH V3)	4
	Sairaalaosasto (PTH)	59
	Terveysasema muu (PTH)	5
Yhteisöllinen palveluasuminen	Yhteisöllinen palveluasuminen	2
Ympäri vuorokautinen palveluasuminen	Ympäri vuorokautinen palveluasuminen	2
Yhteensä		215

6 läkkäät ja päivystys

6.1 Päivystyksen käyttö ja hakeutumisen syyt

lääkkäiden hakeutumisesta päivystyksiin ja sairaalahoidon tarvetta on selvitetty useissa tutkimuksissa. Kotona asuu nykyään yhä huonokuntoisempia monisairaita vanhuksia. Vähäinenskin muutos terveydentilassa (esimerkiksi virusinfektio, helteestä johtuva kuivuminen tai epäsopeva lääke) voi aiheuttaa toimintakyvyn romahtamisen. Myös muutokset avunsaannissa (kuten puolison joutuminen sairaalahoitoon) tai ympäristössä (esimerkiksi putkiremontti), voivat vaarantaa kotona selviytymisen. Lääkärin kotikäyntikään ei välttämättä ratkaise tilannetta, vaan asianmukainen diagnoosi edellyttää usein laboratoriokokeita ja kuvantamistutkimuksia. Jos tarvittavia

lisäselvityksiä ei kyetä tekemään avohoidossa, potilaan on hakeuduttava päivystykseen.

Vähintään joka viides päivystyspotilas on yli 75-vuotias. Väestön ikääntyessä geriatrinen päivystyspotilaiden kokonaismäärä ja osuus päivystyspalvelujen käyttäjistä kasvaa. Huipussaan sen arvioidaan olevan maassamme vuonna 2030. Päivystyskäyntien ja sairaalajaksojen määrä nousee yli 75-vuotiailla merkittävästi: sairaalajaksoja on noin 15-kertainen määrä alle 75-vuotiaisiin verrattuna. Yli 80-vuotiailla päivystyskäynnit lisääntyvät merkittävästi 65–79-vuotiaitten ryhmään verrattuna. Yli 80-vuotiailla käyntien määrä on lähes kaksinkertainen, yli 90-vuotiailla määrä on vastaavasti 2,6-kertainen. Acutan ja Valkeakosken päivystyksessä yli 75-vuotiaiden määrä on vaihdellut vuodesta 2020 vuoteen 2024 keskimäärin muutamalla tuhannella keskiarvon ollessa noin 27 000 vuosittaista käyntiä. Vuonna 2025 Acutan käynneistä 25 % on ollut yli 75-vuotiaiden tekemiä. Näissä päivystyksen käyttäjissä on sekä palveluiden piirissä olevia että niitä, joilla ei ole mitään palveluita.

Keskeinen keino päivystyspalveluiden käytön vähentämiseksi on pyrkiä estämään tarpeeton hakeutuminen ja tunnistaa edeltävästi tilat, jotka johtavat päivystyspalveluiden käyttöön. On kuitenkin syytä muistaa, että myös iäkkäät tarvitsevat usein päivystystä ja sairaalahoitoa. Tällöin kuntoutuksen ja kuntouttavan perustason jatkohoidon saaminen mahdollisimman pian tukee sekä kuntoutumista että helpottaa erikoissairaanhoidon taakkaa. Vuosien varrella näitä syitä ja polkuja on selvitetty useaan otteeseen eri tutkimuksissa. Kotihoidon asiakkailta on ollut moninkertainen päivystyskäyntien ja sairaalahoidon päivien määrä verrattuna asumispalveluiden asiakkaisiin. Yleisimmin päivystykseen tullaan kotoa tai palveluasumisesta (nykyisin yhteisöllinen asuminen, palvelusisältö eroaa nykyisestä). Haapamäen (2014) tutkimuksissa palveluasumien kattaa myös muut kuin ikäihmisten palveluasumisen muodot, esimerkiksi päihde- ja mt-kuntoutujien palveluasumisen. Vajaa puolet (46,4 %) päivystyksessä käyneistä henkilöistä palasi kotiin tai palveluasuntoon. Puolet käynneistä (50,6 %) johti jatkohoitoon joko Tampereen yliopistolliseen sairaalaan (29,2 %) tai johonkin kaupungin sairaaloista (21,4 %). Pieni osa (2,2 %) kävijöistä ohjattiin muualle, kuten erilaisiin laitoksiin tai vanhainkoteihin. Osa päivystyskäynneistä (0,8 %) päättyi kuolemaan. Pirkanmaan hyvinvointialueen vuoden 2024 päivystyksen ja sairaalahoidon tilastoissa (Taulukko

3, luku 2.) ilmenee, että vuoden aikana kotihoidon asiakkaista 61 % kävi päivystyksessä. Vastaava luku oli yhteisöllisessä asumisessa 54 % ja ympärivuorokautisessa asumisessa 22 %. Päivystyksessä käyneistä asiakkaista useilla oli enemmän kuin yksi käynti. Kotihoidon päivystyksessä käyneillä asiakkailla oli keskimäärin 1,73 käyntiä, vastaavasti yhteisöllisen asumisen 1,65 ja ympärivuorokautisen asumisen 1,32 käyntiä.

Vaikka Haapamäen julkaistu tutkimus on julkaistu jo vuonna 2014 (seuranta vuosina 2011–2012), ei uusissa Pirkanmaan hyvinvointialueen vuoden 2024 päivystystä ja sairaalahoitoa koskevissa tilastoissa ole tapahtunut suurta muutosta (Liite 5).

Kotihoidon ja yhteisöllisen asumisen yleisimmät päivystykseen hakeutumisen ICD 10-diagnoosit olivat vuonna 2024 samat kuin erikoissairaanhoidon päädiagnoosit: huonovointisuus ja väsymys, sydämen vajaatoiminta ja keuhkokuume.

Ympärivuorokautisissa asumispalveluissa päivystyksen käytön yleisimmät syyt olivat vastaavasti kuoleman toteaminen, reisiluun kaulan murtuma ja päänahan haava.

Kuoleman toteamista koskevaa lainsäädäntöä on ehdotettu muutettavaksi jo 2010-luvulla, mutta tässä ei ole edistytty. Kuoleman toteamisen vuoksi tehty

päivystyskäynti kattaa 13,6 % kaikista ympärivuorokautisten asumisen päivystyskäynneistä. Sairaalahoidon yleisimmät syyt erikoissairaanhoidossa olivat

vuonna 2024 lonkan ja reiden vammat, keuhkokuume ja raajojen valtimoiden ateroskleroosi. Viimeisen 10 vuoden aikana kotihoidossa ja asumispalveluissa on tehty lukuisia parannuksia akuuttien ongelmien ratkaisemiseksi ilman

päivystyskäyntiä. Yleisimmät päivystyskäyntien syyt näyttävät kuitenkin pysyvän samoina, mikä viestii ongelman haastavuudesta. Nopeaa ja helppoa ratkaisua ei

tähän ole, mutta laaja-alaisilla toimenpiteillä siihen voidaan vaikuttaa. On myös syytä muistaa, että päivystys on usein oikea paikka myös iäkkäiden akuuttien ongelmien selvittämiseen ja hoitoon.

6.2 Päivystyksen käyttöä vähentäviä toimia

Jotta päivystyksen tai sairaalan käyttöä voidaan välttää, tarvitaan toimia, jotka vähentävät näiden palveluiden tarvetta. Ennakoivat havainnot ja toimet terveyden ja toimintakyvyn heikkenemistä ehkäisemään ovat näistä ensisijaisia.

Voimavaralähtöinen työskentelytapa ja erityistyöntekijöiden suorittama kuntoutus

ovat tässä keskiössä. Kaatumiset aiheuttavat noin 20 % kaikista kotihoidon asiakkaiden päivystyskäynneistä. Kaatumisen ehkäisy on ikäihmisille erittäin tärkeä päivystyksen käytön vähentäjä. Ikäihmisten palveluihin on Pirkanmaan hyvinvointialueella luotu näyttöön perustuva kaatumisen ehkäisyn toimintamalli. Mallin jalkauttaminen on vielä kesken. Kotihoidon asiakkaille tehtävä kokonaisvaltainen geriatrinen arviointi (CGA) vähentää tulevaisuuden palvelutarvetta. Tekoälyn käyttö luo uusia mahdollisuuksia tulevaisuudessa parempaan ja systemaattisempaan terveydentilan ja toimintakyvyn laskun ennakointiin. Eri datalähteiden yhdistely mahdollistaa laaja-alaisen tietojen keruun esimerkiksi etähoivan teknologioista ja RAI-tiedoista. Kotihoidon ja asumispalveluiden asiakkaiden terveydentila vaatii usein nopeaa puuttumista. Tätä varten on Pirkanmaan hyvinvointialueella kehitetty ympärivuorokautinen puhelinkonsultaationa tapahtuva lääkäripäivystys, mobiilihoitajien palvelut ja reuna-alueilla ensihoidon kiireettömät arviointikäynnit. Lisääntyneeseen avuntarpeeseen voidaan reagoida SOTE-tilannekeskuksen avulla, esimerkkinä mobiilihoitajat, ensihoito ja tilapäisen kotihoidon lisääminen. RAI:n sekä ennakoivan hoitosuunnitelman (ACP) ja terveys- ja hoitosuunnitelman (TEHOSU) säännöllinen käyttö edistää sekä potilaan hoidon laatua että ohjaa oikea-aikaista resurssien käyttöä.

6.3 Päivystyksestä jatkohoitoon ohjautuminen

Päivystyksen vastuualueella toimivat jatkohoitokoordinaattorit järjestelivät potilaiden jatkohoitoa potilaslogistiikkajärjestelmä Uoman avulla erikoissairaanhoidon ja perustason osastoille. Potilaan ohjautuminen heti oikealle sairaalaosastolle vähentää siirtojen tarvetta ja todennäköisesti lyhentää hoitojaksoa ja parantaa hoidon laatua. Sairaalapalvelut kehittävät toimintaa yhdessä päivystyspisteiden kanssa niin, että nykyisten resurssien käyttö on mahdollisimman tehokasta. Kotisairaalan roolia voidaan tehostaa, ja kaikkien jatkohoitoon siirtyvien kohdalla mietitään kotisairaalaan ensisijaisena vaihtoehtona. Myös sairaalasta potilas voidaan siirtää nopeasti kotisairaalan asiakkaaksi. Tällöin kotisairaalan antaman hoidon ja kotihoidon antaman hoivan integraatio korostuu. Kotisairaallalla on myös suuri merkitys palliatiivisen hoidon onnistumisessa. Potilaslogistiikkajärjestelmä Uoman käyttöönotto myös kotihoidossa vähentää siirtymisen viiveitä. Näiden toimien

käyttöönotto ja kehittäminen kaikilla tasoilla mahdollistaa tulevana vuosina toiminnan tehostamisen.

7 Kuntoutus

Kuntoutuksen rooli on koko iäkkäiden palvelujärjestelmässä läpileikkaava. Näyttöä sen vaikuttavuudesta on paljon. Koska fysioterapeutteja on rajallisesti, tulee heidän panoksensa olla suunnattu vaikuttaviin toimintoihin. Fysioterapian rooli myös moniammatillisessa arvioinnissa työyhteisöissä ja työssäoppimisen mahdollistajana on tärkeä. Fysioterapeuttien ohjaama kuntoutus auttaa muistisairaita iäkkäitä säilyttämään toimintakykynsä, vähentää kaatumisia ja pienentää sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia. Myös arkeen integroidut harjoitteet, joissa voimaa ja tasapainoa kehittäviä liikkeitä yhdistetään päivittäisiin askareisiin, ovat osoittautuneet tehokkaiksi. Tällaisessa toimintamallissa kuntoutus tapahtuu iäkkään omassa ympäristössä ja perustuu hänen omiin tavoitteisiinsa ja arjen tottumuksiinsa. Käytännönläheiset harjoitteet auttavat ylläpitämään fyysistä toimintakykyä ja ehkäisemään kaatumisia. Keskeistä on, että kuntoutus on yksilöllistä, arkeen sulautuvaa ja tukee iäkkään omatoimisuutta.

Sairaalaolosuhteissa kuntoutuksen pitää tukea yksilön toimintakyvyn parantamista arjen sujumiseksi kotona tai asumispalveluissa. Näin hoitajaksojen mittaa voidaan lyhentää. Kuntoutuksen haasteina on usein asiakkaasta lähteviä tekijöitä kuten motivaatio ja haluttomuus maksullisiin palveluihin. Kotihoidon työntekijän kotona ohjaama ja avustama arkikuntoutus on asiakkaalle maksullista kotihoidon aikaa samoin kuin erityistyöntekijänkin antama kuntoutus. Koko ikäihmisten kuntoutusketju vaatii selvittämistä ja resurssien yhteensovittamista. Kotihoidossa keskeisiä kysymyksiä ovat, keille erityistyöntekijöiden panosta ohjataan ja olisiko lyhyt, esimerkiksi viiden kerran, tehokuntoutusjako toteutettavissa ilman asiakkaalle aiheutuvia kustannuksia. Lisäksi kuntouttavien lyhytaikaisjaksojen intensiivisempi toteutus vaatii resursseja. Sairaalahoitoon liittyvä sairaudesta riippumaton kunnonlasku on myös syytä huomioida kuntoutusketjun kehittämisessä. Jo toiminnassa olevia malleja, kuten kuntokatu, on syytä vahvistaa. Koko ketjun toiminnan tehostamiseksi perustetaan palveluketjutyöryhmän nimeämänä

lyhytaikainen projektiryhmä, jonka tarkoituksena muodostaa saumaton kuntoutusketju iäkkäille.

Vuonna 2023, hyvinvointialueen ensimmäisenä toimintavuotena, Pirkanmaan hyvinvointialueen alueella kotihoidon asiakkaista kuntoutus- ja erityistyöntekijöiden apua saaneiden osuus oli hieman koko maata korkeampi, samoin yhteisöllisessä asumisessa (Kuva 8). Kuntoutus- tai erityistyöntekijöiden apua saaneiden osuus on kuitenkin lähes kaikilla hyvinvointialueilla melko pieni siitä huolimatta, että arkisuoriutuminen on heikentynyt edeltävänä kolmena kuukautena. Näin ollen kuntoutuksen lisäämisen mahdollisuus toimintakyvyn ja elämänlaadun parantamiseksi näyttäytyy vaikuttavana mahdollisuutena.

Kuva 8

Kotihoidon ja yhteisöllisen asumisen toimintakyvyn tukeminen ja kuntoutuspalvelut RAI-arvioiduilla asiakkailla 2023

Liitetäulukko 7: Toimintakyvyn tukeminen ja kuntoutuspalvelut kotihoidon RAI-arvioiduilla asiakkailla hyvinvointialueittain vuonna 2023, %

Hyvinvointialue	Arkisuoriutuminen heikentynyt arviointia edeltäneen 90 vrk aikana ¹	Asiakas itse tai hoitaja uskoo kuntoutumisen mahdollisuuksiin	Kuntoutus- ja erityistyöntekijän apua saaneet ²
Koko maa	26,8	56,9	10,1
Etelä-Karjala	32,4	68,2	13,1
Etelä-Pohjanmaa	27,4	52,4	11,4
Etelä-Savo	26,4	43,8	11,2
Helsingin kaupunki	22,5	59,0	11,2
Itä-Uusimaa	26,0	34,7	8,4
Kainuu	31,4	49,4	7,6
Kanta-Häme	32,7	40,4	16,1
Keski-Pohjanmaa	32,8	58,0	4,6
Keski-Suomi	25,0	63,9	7,3
Keski-Uusimaa	25,1	51,6	7,1
Kymenlaakso	34,6	49,5	10,4
Länsi-Uusimaa	19,9	57,3	10,1
Lappi	30,5	54,9	12,1
Päijät-Häme	23,0	60,3	5,7
Pirkanmaa	31,2	71,7	11,8
Pohjanmaa	45,1	41,8	15,2
Pohjois-Karjala	23,7	49,5	8,3
Pohjois-Pohjanmaa	23,5	63,7	7,9
Pohjois-Savo	25,4	53,2	7,6
Satakunta	18,2	51,2	7,7
Vantaa ja Kerava	27,0	49,3	11,3
Varsinais-Suomi	22,9	61,9	10,6
Ahvenanmaa	25,5	25,5	9,1

¹ Asiakkaan arkisuoriutuminen (ADL) on heikentynyt RAI-arviointia edeltäneen 90 vuorokauden aikana.

² Kuntoutus- ja erityistyöntekijöitä ovat fysioterapeutit, toimintaterapeutit, puheterapeutit, sosionomit, sosiaalityöntekijät sekä mielenterveysammattilaiset. Päiväsairaala ja suunnitellut terapiat eivät ole mukana interRAI-HC ja interRAI-LTCF-välineen tiedoissa.

Liitetäulukko 8: Toimintakyvyn tukeminen ja kuntoutuspalvelut yhteisöllisen asumisen RAI-arvioiduilla asiakkailla hyvinvointialueittain vuonna 2023, %

Hyvinvointialue	Arkisuoriutuminen heikentynyt arviointia edeltäneen 90 vrk aikana ¹	Asiakas itse tai hoitaja uskoo kuntoutumisen mahdollisuuksiin	Kuntoutus- ja erityistyöntekijän apua saaneet ²
Koko maa	33,9	49,8	18,0
Etelä-Karjala	44,6	72,3	24,1
Etelä-Pohjanmaa	20,7	79,3	13,8
Etelä-Savo	45,9	31,8	14,2
Helsingin kaupunki	34,1	37,0	25,6
Itä-Uusimaa	44,7	17,5	5,3
Kainuu	27,0	21,6	8,1
Kanta-Häme	36,7	36,7	20,0
Keski-Suomi	29,8	33,8	15,1
Keski-Uusimaa	27,4	55,8	14,7
Kymenlaakso	36,6	59,0	26,8
Länsi-Uusimaa	28,8	58,0	10,3
Lappi	37,7	31,6	12,3
Päijät-Häme	22,9	54,3	15,7
Pirkanmaa	37,3	61,1	18,7
Pohjanmaa	46,8	34,0	6,4
Pohjois-Karjala	35,2	31,8	20,7
Pohjois-Pohjanmaa	29,2	60,9	9,4
Pohjois-Savo	45,6	25,4	13,2
Satakunta	20,0	25,0	5,0
Vantaa ja Kerava	21,8	69,2	17,3
Varsinais-Suomi	17,1	52,6	21,1
Ahvenanmaa	..	..	..

¹ Asiakkaan arkisuoriutuminen (ADL) on heikentynyt RAI-arviointia edeltäneen 90 vuorokauden aikana.

² Kuntoutus- ja erityistyöntekijöitä ovat fysioterapeutit, toimintaterapeutit, puheterapeutit, sosionomit, sosiaalityöntekijät sekä mielenterveysammattilaiset. Päiväsairaala ja suunnitellut terapiat eivät ole mukana interRAI-HC ja interRAI-LTCF-välineen tiedoissa.

.. Tietoa ei ole saatu, se on liian epävarma esitettäväksi tai se on salassapitosäännön alainen.

8 Sujuva ja turvallinen kotiuttaminen sairaalasta

Sujuvan ja turvallisen kotiutuksen varmentamiseksi lisätään kotiuttamisen osaamista jokaisella hoidon portaalla. Yhtenä tätä tukevana toimenpiteenä vahvistetaan kotiuttamisosaamista sekä kotiutuskoordinaattorien ja kotiutusvastuuhoitajien toimintaa. Yhteistyössä kohti kotia ja sairaalasta kotiin prosessikuvausten (Liite 4) mukaisen ennakoivan toiminnan juurruttaminen nopeuttaa kotiutumista ja palveluiden järjestämistä. Sairaalaosastoilla potilaan kotiuttamista edistävät ja toteuttavat sekä hoitotyön ammattilaiset (sairaanhoitajat ja lähihoitajat) että kotiutuskoordinaattorit. Kotiutuskoordinaattori vastaa potilaan turvallisen ja sujuvan kotiutuksen suunnittelusta ja toteutuksesta haasteellisissa kotitutustilanteissa sairaalaosastolla. Kotiutuskoordinaattori toimii keskeisenä linkkinä potilaan, hänen läheistensä, hoito- ja lääkärihenkilöstön sekä kotihoidon ja asiakasohjaajan välillä. Mikäli avun tarvetta on kotiutuessa, kotiutuskoordinaattori on yhteydessä asiakasohjaajaan, jos asiakkaalla ei aikaisemmin ole kotihoidon palveluita. Jos asiakkaalla on entuudestaan jo kotihoidon palvelut, yhteys otetaan suoraan kotihoitoon. Potilaslogistiikkajärjestelmä Uoman käyttöönotto myös kotihoidossa vähentää siirtymisen viiveitä. Kotiutuskoordinaattorien ja asiakasohjauksen saumaton yhteistyö korostuu tässä prosessissa ja mahdollistaa viiveiden vähentämisen.

Yhteistyössä kohti kotia -toimintamalli tukee kotiutumista erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon osastoilta ohjaten eri ammattilaisten osallistumista kotiutusprosessin eri vaiheissa. Näin se vähentää myös kotiuttamiseen liittyvää hukkaa sekä ajallisesti että ammattilaisroolien käytössä. Sairaalassa annettava kuntouttava hoitotyön tehostaminen nopeuttaa kotiutumista ja ehkäisee uudelleen sairaalaan joutumista.

9 IKI2035-kehittämishjelman ja muiden toimintaa tehostavien toimenpiteiden eteneminen

Ikäihmisten palveluiden kehittämissuunnitelma on edennyt pääosin suunnitelman mukaisesti (Liite 6. IKI2035, aluehallituksen raportti 1–6/2025; Liite 8. Toimenpiteiden aikataulut). Yli 65-vuotiaiden osalta laitoshoidon asiakasmäärä laski tavoitteen suuntaisesti. Ympäri vuorokautisen palveluasumisen asiakasmäärä nousi hieman. Siitä omana palveluna toteutettiin 35 % (12/24 37 %) ja ostopalveluina 65 % (12/24

63 %). Myös yhteisöllisen asumisen ja perhehoidon asiakasmäärät nousivat. Yhteisöllisestä asumisesta omana palveluna toteutettiin 15 % (12/24 20 %) ja ostopalveluna 85 % (12/24 80 %). Kuitenkin isoksi haasteeksi palveluverkkosuunnitelman etenemisessä laitoshoidon osalta muodostui edelleen sopivien korvaavien tilojen puute. Omien palveluiden vahvistuminen, erityisesti kaikissa asumisen palveluissa, oli suunniteltua hitaampaa sopivien tilaratkaisujen puuttuessa vaikuttaen ostopalvelujen riittävään vähentämiseen. Säännöllisen kotihoidon asiakasmäärä laski jonkin verran, mutta yli 75-vuotiaiden ja yli 80-vuotiaiden osuus asiakasmäärästä on kasvanut. Omaishoidon tuen asiakasmäärä laski jonkin verran (yli 65-vuotiaiden osalta). Kustannussäästöjä saavutettiin oman palvelutuotannon tehostamisen lisäksi myös vuokratyövoiman käytön vähentämisessä ja ostopalveluiden kustannusten hillinnässä. IKI2035-kehittämisohjelman osatavoitteiden suhteen tilanne on edennyt myös suunnitellusti. Raportin mukaisesti tulevat toiminnan painopisteet liittyvät sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmän ja kotihoidon toiminnanohjausjärjestelmän käyttöönottoon sekä Uoma-järjestelmän käyttöönoton laajentamiseen muiden toimien lisäksi. Myös ympärivuorokautisen palveluasumisen palvelusetelin käyttöä suunnitellaan lisättäväksi.

Ikäihmisten palveluketjun tehostamiseen tähtääviä toimia on tehty lukuisia viime vuosina. Seuraavassa taulukoissa on esitelty niitä (Taulukko 6). Osa toimista on vakiintunutta toimintaa, osan implementaatio ja kehittäminen ovat käynnissä. Toimintaa tarkastellaan käyttämällä peittävyys, laadun ja muiden palveluiden käyttöä kuvaavia käytössä olevia mittareita.

Taulukko 6

Yhteenveto keskeisistä toimenpiteistä ja mittarit toiminnan seuraamiseksi.

Koti	Päivystys	Sairaala	Asumispalvelut
Toimenpiteet:	Toimenpiteet:	Toimenpiteet:	Toimenpiteet:
Sote-Tike	Uoma	Kotiutustyöryhmä:	Sote-Tike
Mobiilihoitajat,	Uoma	Turvallinen kotiutus	Mobiilihoitajat
Kotisairaala	ohjausryhmä	Yhteistyössä kohti	24/7
Nostoapu	Tehosu	kotia	lääkäripalvelut
24/7	Geriatrinen	Kuntoutus (kuntokatu)	Ennakointi RAI
lääkäripalvelut	konsultaatiotiimi	Kotiutuskoordinaattorit	Kuntoutus
Kaatumisten	(PTO,	Kotiutusvastuuhoitajat	Vastuuhenkilöiden
ehkäisy	jatkohoitokoordinaattorit)	Uoma	koulutukset
Sydänsairauksien	Jatkohoidon	Starttimalli	ACP
hoitopolku	koordinaatio	Tehosu	Asiakasohjaus
Tehosu, CGA,	saaraalapalveluissa	Palliativiset	
ACP	,	osastopaikat	
Ennakointi (RAI)	Jatkohoitokoordinaattorit	Kotisairaala	
Kuntoutus		Somaattisen	
116117		saaraalahoidon	
Kiirevastaanotot	Oikea	ohjausryhmä	
Koti/Aluehoitotiimit,	jatkohoitopaikka	Geriatrinen	
Kuntouttava		konsultaatiotiimi	
päivätoiminta			
Perhehoito			
Teknologiat,			
Annosjakelu			
Yöaikainen			
kotihoito			
Palliativinen hoito			

Mittarit:	Mittarit:	Mittarit:	Mittarit:
KH:n peittävyys	Käynnit eri	Hoitoaika kh, aspa	Peittävyys
RAI (MAPLE,	palveluportilla	TOP 5 DG	Viive
CPS, ADL,	Hoitoaika EDLOS	Jatkohoidon odottajien	palvelutarpeen
laatumittarit)	ja PTO	määrä ja aika	arvioinnin
Päivystys	Mihin siirtyi	(alaryhmät)	alkamisesta
Sairaalahoito	TOP 5 DG		palveluun
Palveluun	MOPO tilastot		pääsyyn
jonottajat ja aika			Palvelun
Muiden			vaihtajat
palveluiden käyttö			Päivystyksen
			ja sairaalan
			käyttö
			RAI (CPS;
			CHESS ja
			laatukriteerit)

Sote-Tike = sote-tilannekeskus, Tehosu = terveys ja hoitosuunnitelma, CGA = kokonaisvaltainen geriatrinen arviointi, ACP = ennakoiva hoitosuunnitelma, Uoma = potilassiirtotyökalu, RAI = resident assessment instrument

10 Haastattelut

Toiminnan nykytilan kuvaamiseksi ja uusien toimintamallien hahmottamiseksi suoritettiin 11 haastattelua, joihin osallistuivat liitteessä 7 kuvatut henkilöt. Osaan haastatteluista osallistui useampi henkilö, ja haastatteluja varten on kuultu myös muita henkilökuntaa. Haastattelut litteroitiin ja sen jälkeen teemoitettiin. Esille nousseet ongelmat ja niiden ratkaisut kirjattiin ja haastattelut yhdistettiin siten, että useassa haastattelussa esille nousseet seikat kerättiin tiivistelmään. Haastatteluiden tiivistelmässä painotetaan rajapintoihin liittyviä vastauksia. Samat huomiot toistuivat useammassa teemassa. Seuraavassa on koottu haastatteluissa esiin nousseet keskeiset havainnot ja haastateltavien omat ratkaisuehdotukset. Haastatteluissa nousi esiin myös palvelulinjoittain toisistaan eroavia käsityksiä. Nämä saattavat

johtua esimerkiksi erilaisesta lainsäädännöstä sosiaalihuollossa, vanhuspalveluissa ja terveydenhoidossa.

10.1 Nykytila ja haasteet

Ikääntyneiden määrä kasvaa ja on riski, että hoivan tarve lisääntyy paikkoja nopeammin. Tämä voi ruuhkauttaa päivystykset ja osastot ja pidentää odotusaikoja. Hoitopolulla esiintyy siirtoviiveitä ja pullonkauloja, kotisairaalaan hyödynnetään liian vähän, ja kotiutusprosessit etenevät hitaasti erityisesti päivystysaikana. Ratkaisuksi ehdotetaan paikkalisäyksiä ja joustavia välimuotoja, kuten kuntoutusta ja yhteisöllistä asumista, ennakoivaa kapasiteetin hallintaa, kotisairaalan kriteerien selkeyttämistä ja käytön vahvistamista, tilapäisen kotihoidon ripeää käynnistämistä, kotiutusprosessien virtaviivaistamista sekä geriatrinen poliklinikoiden tukea valikoitujen omaishoidettavien ja -hoitajien hoitoon.

10.2 Arviointi ja hoitopolku

RAI-arviointien laatu ja yhdenmukaisuus vaihtelevat, toimintakykyä arvioidaan sairaalassa puutteellisesti ja potilaat ohjautuvat usein tilan, eivät tarpeen, perusteella; lisäksi SAS-prosessit ovat hitaita. Tilanteen parantamiseksi arviointi tehtäisiin oikeassa ympäristössä kuntoutusosastoilla, kotiutuskoordinaattorien ja geriatrinen tiimien roolia vahvistettaisiin, kotiutus- ja siirto-ohjeet vietäisiin käytäntöön ja osastohoitoon otettaisiin käyttöön sijoittava malli.

10.3 Moniammatillisuus ja integraatio

Yhteistyö ruohonjuuritasolla toimii osin, mutta tiedonkulku katkeaa esimerkiksi palvelusuunnitelmien ja lääkitysten kohdalla, palvelut ovat siiloutuneet ja rajapinnat ovat epäselviä, ja ylätasolla kukin vastaa omastaan, mikä heikentää kokonaisuuden hallintaa. Ratkaisuksi esitetään yhteistä potilastietojärjestelmää tiedonkulun varmistamiseksi, säännöllisiä moniammatillisia kokouksia, TEHOSU/ACP-hoitolinjausten näkyvyyden varmistamista kaikille sekä hoitoketjutyöryhmän toiminnan jatkamista ja päätösvallan selkeyttämistä.

10.4 Kuntoutus

Kuntouttava työote ei toteudu systemaattisesti, kuntoutuspaikkoja on liian vähän ja kuntoutuksen kokonaisuutta ei nähdä muille toimijoille selkeänä. Eriytyöntekijöiden osaamisen suuntaamisesta sekä kodin muutostöiden hitaudesta on huolta.

Ratkaisuna kuntoutus sisällytetään arkeen kaikille, tarjotaan intensiivisiä lyhyitä jaksoja, vahvistetaan päivätoimintaa ja kotikuntoutusta, tuetaan omaishoitajia, selkiytetään kuntoutuksen roolia sekä mietitään ratkaisuja, joilla voidaan nopeuttaa kodin muutostöitä.

10.5 Kehittämistarpeet ja innovaatiot

Rakenne on jäykkä ja budjetit siiloutuneita. Vaikka esimerkiksi lääkeautomaatit ja etähoivalaitteet toimivat hyvin pääosalle asiakkaista, kaikki digiratkaisut eivät aina sovi heikkokuntoisille. Käyttöön otetut mallit eivät leviä riittävästi, ja tiedolla johtaminen on vaikeaa, koska tarvittavaa tietoa ei saada helposti. Kehittämisen painopiste siirretään kotiin ja perustasolle, laajennetaan liikkuvia tiimejä, kotiutustiimejä ja käyttökelpoisia digipalveluja, rakennetaan yksi yhteinen suunnitelma, hyödynnetään paremmin yhteisöllistä asumista ja hybridimalleja, sovitetaan sijoittava malli osastohoitoon sekä kehitetään tietojärjestelmiä palvelemaan toimintaa.

10.6 Asiakaslähtöisyys ja osallisuus

Asiakkaan ääni ei aina kuulu, ja valinnan mahdollisuudet ovat rajalliset; ASPA-sijoituksissa pitkät välimatkat vaikeuttavat arkea, erityisesti omaisten näkökulmasta. Parannusta haetaan kirjaamalla ja turvaamalla asiakkaan tahto, lisäämällä palveluseteleitä ja laajentamalla asumisen vaihtoehtoja.

10.7 Resurssit ja rakenteet

Asiakasohjauksen resursointi ja sosiaalityön kohdentuminen herättävät kysymyksiä, oma asumispalvelu tuotanto on vähäistä, ja sen lisäämiseen kuluu pitkä aika kaavoituksen ja investointiohjelman hitauden vuoksi, ostopalvelujen laatu vaihtelee ja paikkoja käytetään liian vähän. Vaikka koko toimintaympäristö on kompleksinen, organisaatorakenne on hyvin siiloutunut. Palvelutarpeen selvittämisessä sekä

asumispalveluun siirtymisessä on pitkiä odotusaikoja, mikä ohjaa potilasvirran kalliisiin palveluihin. Ratkaisuna lisätään asumispalvelupaikkoja ja hyödynnetään paremmin yhteisöllistä asumista, nopeutetaan prosesseja sekä tarkastellaan toimintaa ja taloutta poikkihallinnollisesti.

10.8 Seuranta ja laatu

Seuranta on hajanaista ja manuaalista, yhteisiä vaikuttavuusmittareita ei ole, ja seurannan tulokset eivät johda riittävästi toiminnan muutoksiin. Tietotuotannon kehittäminen toiminnan ja johtamisen tukemiseksi on välttämätöntä. Tilannetta parannetaan ottamalla käyttöön yksi yhteinen tietojärjestelmä ja hyödyntämällä RAI-järjestelmää, automatisoimalla tiedonkeruu, seuraamalla jonoja, kotiutuksia ja haittatapahtumia järjestelmällisesti sekä vahvistamalla seurannan vaikutusta arjen toimintaan.

11 Mittarit

Koko palveluketjun toimintaa kuvaavien mittareiden käyttö on osoittautunut vaativaksi eri tietojärjestelmien vuoksi. Osaa keskeisistä mittareista ei ole saatavilla tai niiden käyttö vaatii eri rekistereiden ristiinajoja. Tämä on osoittautunut haastavaksi ja virhealttiiksi. Tämä on nähtävissä kaikissa tarkastelluissa hyvinvointialueissa. Isoa osaa hoitoketjuja kuvaavia mittareita ei ole saatavilla niissäkään. Tiedolla toimiminen ja johtaminen on näin haastavaa. Hyvinvointialueelle on tulossa yhtenäinen tietojärjestelmä, joka poistaneekin ainakin suurimman osan näistä haasteista. Myös tekoäly auttaa tiedon hallinnan parantamisessa tulevaisuudessa. Jokaisella palvelulinjalla on ollut omaa toimintaa kuvaavia mittareita ja niitä on käytetty toiminnan laadun ja määrän mittaamiseksi. Nämä mittarit ovat toimineet pääsääntöisesti hyvin.

Seuraavassa luettelossa on esitetty hoitoketjun kuvaamiseksi tarkoitetut keskeiset mittarit.

A: läkkäiden palveluiden palveluketjun keskeiset mittarit

1. Mittarit kaikki ikääntyneet asiakkaat:
 - a. eri palveluiden piirissä olevien osuus
2. Mittarit kotihoito
 - a. kotihoidon peittävyys ikäryhmittäin IKI2035-kehittämisohjelman mukaisesti
 - b. keskeiset palvelutarvetta ja toimintakykyä mittavat RAI-HC-mittarit
3. Mittarit yhteisöllinen asuminen ja ympärivuorokautinen asuminen
 - a. osuus ikäryhmittäin IKI2035-kehittämisohjelman mukaisesti
 - b. keskeiset palvelutarvetta ja toimintakykyä mittavat RAI-HC- sekä RAI-LTC- mittarit
4. Mittarit perhehoito
 - a. palvelun piirissä olevien osuus IKI2035-kehittämisohjelman mukaisesti
5. Mittarit omaishoito
 - a. palvelun piirissä olevien osuus IKI2035-kehittämisohjelman mukaisesti

B: Kiireelliseen avuntarpeeseen vastaavat kontaktit

1. Terveyspalveluiden neuvonnan kontaktien määrä yli 75-vuotiailla
2. Acutan käyntien määrä yli 75-vuotiailla. Top 10 diagnoosit
3. Ikäihmisten palveluiden piirissä olevien asiakkaiden ensihoidon D-käyntien määrä yli 75-vuotiailla
4. 75-vuotiaiden ohjautuminen Acutasta: koti, kotisairaala ja sairaalahoito
5. Sote-Tike-tilastot
6. 24/7 lääkäripäivystyksen tilastot
7. Digiklinikka yli 75-vuotiaiden yhteydenotot

C: Sairaanhoidon mittarit

1. Hoitovuorokaudet ikäryhmittäin
2. Eri ikäihmisten palveluiden piirissä olevien hoitojaksojen määrä ja hoitovuorokaudet
3. Palasiko jakson jälkeen aikaisemmalle palveluportaalille
4. Seuraavan palveluportaan jonottajat, määrä ja aika
5. Sairaalahoitojen diagnoosit
6. Kotisairaalan mittarit: hoitovuorokaudet ja jaksot yli 75-vuotiailla, eri palveluportaiden piirissä olevien jaksot ja hoitovuorokaudet

12 Ehdotetut toimet ja toimintasuunnitelma

Toiminnan kehittämisen keskiössä on peruspalveluiden vahvistaminen.

Sairaalapalveluiden toiminta on kehittynyt yhä nopeammaksi ja hoitoajat lyhentyneet.

Näin painopistettä voidaan siirtää hoidosta kohti hoivaa. IKI2035-

kehittämishjelmassa esitetyt toiminnot ovat jo pääsääntöisesti käytössä koko hyvinvointialueella (Aikataulu, Liite 8). Monien hoitoketjun kannalta tärkeiden prosessien prosessikaaviot on tehty. Niiden käyttöä vahvistetaan vuosina 2026–2027. Ne toimenpiteet, jotka eivät ole vielä käytössä koko hyvinvointialueella, laajennetaan kaikkialle. Toimintoja kehitetään niiden vaikutusten seurannan mukaisesti. Asumispalveluiden paikkamäärä kasvaa IKI2035-kehittämishjelman mukaan vuoteen 2030 asti. Ympäri vuorokautisen asumisen peittävyuden lisäämistä ehdotetaan sairaalassa olevien odottajien määrään vähentämiseksi.

Asumispalveluiden lisääminen on nähtävä investointina, jonka avulla voidaan välttää kalliimpien palveluiden käyttöä. Rakenteellisella muutoksella tavoitellaan resurssien tehokkaamman käytön lisäksi myös asiakkaiden parempaa elämänlaatua. Huolimatta yksittäisten toimien vaatimasta panostuksesta, koko Pirkanmaan hyvinvointialueen tasolla nyt ehdotetut toimet tuottavat todennäköisesti kustannussäästöjä. Alla olevissa taulukoissa kustannukset jaotellaan seuraavasti: vähäinen alle 100 000 €, kohtalainen 100 000–500 000 €, suuri yli 500 000 €.

12.1 Ennalta ehkäisevät palvelut

IKI2035-kehittämishjelman mukaisesti vahvistetaan edelleen palveluneuvontaa, ohjausta ja ennaltaehkäiseviä palveluita (Taulukko 7):

1. Ammatillisen neuvonnan ja ohjauksen tarjoaman ja saatavuuden vahvistaminen
2. Ennalta-ehkäisevän toiminnan vahvistaminen
3. Asiakasohjauksen toimintamallien ja prosessien yhtenäistäminen
4. RAI-osaamisen vahvistaminen ja tiedon systemaattinen ja yhdenmukainen hyödyntäminen

IKI2035-kehittämishjelman mukainen arvio osatavoitteista, vastuuhenkilöistä, aikataulusta ja kustannuksista aikaisemman suunnitelman mukaisesti (Taulukko 7).

Ammatillisen neuvonnan, ohjauksen ja ennalta-ehkäisevien palvelujen vahvistaminen

vastuuhenkilönä toimii ikäihmisten palveluiden yhteisten palveluiden toimialuejohtaja. Toiminnallisesti ja taloudellisesti kestävä palvelurakenteen vastuuhenkilönä toimii ikäihmisten ja vammaisten palvelulinjajohtaja.

Taulukko 7

IKI2035-kehittämisohjelman mukaiset ennalta ehkäisevien palveluiden osatavoitteet, vastuuhenkilöt, aikataulu ja kustannus

Osatavoite	Osatavoitteen vastuuhenkilö(t)	Aikataulu	Kustannus
1 Ammatillisen neuvonnan ja ohjauksen tarjoaman ja saatavuuden vahvistaminen	Ennalta ehkäisevät palvelut palvelujohtaja (Milja Koljonen)	Jatkuva, IKI2035 mukaisesti	Vähäinen
2 Ennaltaehkäisevän toiminnan vahvistaminen	Ennalta ehkäisevät palvelut palvelujohtaja (Milja Koljonen)	Jatkuva, IKI2035 mukaisesti	Vähäinen
3 Asiakasohjauksen toimintamallien ja prosessien yhtenäistäminen	Asiakasohjauksen palvelujohtaja (Kaisa Taimi)	Jatkuva, IKI2035 mukaisesti	Vähäinen

4 RAI-osaamisen vahvistaminen ja tiedon systemaattinen ja yhdenmukainen hyödyntäminen	Ikäihmisten yhteisten palveluiden toimialuejohtaja (Tuula Jutila) Ikäihmisten palveluiden toimialuejohtaja (Mari Ollinpoika) Kehittämispäällikkö, ikäihmisten palvelut (Anna-Stiina Salminen) Asumisen lääkäripalveluiden ylilääkäri (Lauri Jokipalo)	Jatkuva, IKI2035 mukaisesti	Vähäinen
---	--	-----------------------------	----------

12.2 Kotona asumista tukevat palvelut

IKI2035-kehittämisohjelman mukaiset osatavoitteet, vastuuhenkilöt, aikataulu ja kustannus toteutetaan aikaisemman suunnitelman mukaisesti (Taulukko 8).

Kotihoidon asiakkuuksien perusteet pidetään ennallaan. Yöaikainen kotihoito jatkuu lakisääteisenä koko Pirkanmaan hyvinvointialueen alueella asiakkaiden tarpeen mukaan ja kuntoutuksen roolia vahvistetaan ja selvennetään koko palveluketjun osa-alueilla.

Vastuuhenkilönä toimii ikäihmisten palveluiden toimialuejohtaja. Toiminnallisesti ja taloudellisesti kestävä palvelurakenteen vastuuhenkilönä toimii ikäihmisten ja vammaisten palvelulinjajohtaja.

Taulukko 8

IKI2035-kehittämisohjelman mukaiset kotona asumista tukevien palveluiden osatavoitteet, vastuuhenkilöt, aikataulu ja kustannus

Osatavoite	Osatavoitteen vastuuhenkilö(t)	Aikataulu	Kustannus
Kotihoidon kestävyysvarmistaminen	Kotona asumista tukevien palveluiden palvelujohtaja (Sirkku Miettinen)	Jatkuva, IKI2035 mukaisesti	Suuri
Lyhytaikaisen hoidon vahvistaminen	Kotona asumista tukevien palveluiden palvelujohtaja (Sirkku Miettinen), Asumisen palveluiden vastuualuejohtaja (Minna Nummi)	Jatkuva, IKI2035 mukaisesti	Kohtalainen
Kuntouttavan työn vahvistaminen ja päivätoiminnan kehittäminen	Kotona asumista tukevien palveluiden palvelujohtaja (Sirkku Miettinen)	Jatkuva, IKI2035 mukaisesti	Vähäinen
Uusien kotona asumista tukevien toimintamallien ja palvelumuotojen käyttöönotto	Kotona asumista tukevien palveluiden palvelujohtaja (Sirkku Miettinen) Ikäihmisten palveluiden toimialuejohtaja (Mari Ollinpoika) Lähisairaaloiden toimialuejohtaja (Sanna Mäki)	Jatkuva, IKI2035 mukaisesti	Vähäinen

	Ylilääkäri kotihoito (Lauri Jokipalo)		
--	--	--	--

IKI2035-kehittämisohjelman lisäksi esitettävät muut kotona asumista tukevien palvelujen (Taulukko 9) yksilöidyt toimet, vastuuhenkilöt, aikataulu ja kustannukset hoitoketjun tehostamiseksi.

Taulukko 9a

Muut kotona asumista tukevien palveluiden osatavoitteet, vastuuhenkilöt, aikataulut ja kustannukset

Osatavoite	Osatavoitteen vastuuhenkilö(t)	Aikataulu	Kustannus
Vahvistetaan hoidon suunnitelmallisuutta parantamalla koko hyvinvointialueella RAI-arviontien hyväksikäyttöä moniammatillisesti toimintakyvyn laskun ja terveydentilan heikkenemisen riskipotilaiden tunnistamisessa	Kotona asumista tukevien palveluiden palvelujohtaja (Sirkku Miettinen) Polikliiniset ja asumisen lääkäripalveluiden vastuualuejohtaja (Susanna Riuttala)	Jatkuva, 2026–2027	Vähäinen
Kuntoutuksen ja kuntouttavan voimavaralähtöisen työotteen vahvistaminen kotihoidon asiakkaiden toimintakyvyn säilyttämiseksi. Kaatumisen ehkäisyn toimintamallin vahvistaminen koko alueen kotihoitoon on tässä keskiössä	Kotona asumista tukevien palveluiden palvelujohtaja (Sirkku Miettinen) Polikliiniset ja asumisen lääkäripalveluiden vastuualuejohtaja (Susanna Riuttala)	Jatkuva, käytössä kaikkialla 2026	Vähäinen

Pirkanmaan hyvinvointialue

Hoidon jatkuvuuden parantaminen edistämällä terveys- ja hoitosuunnitelman (TEHOSU) käyttöä sairauskertomuksessa jokaisella hoidon portaalla	Kotona asumista tukevien palveluiden palvelujohtaja (Sirkku Miettinen) Polikliiniset ja asumisen lääkäripalveluiden vastuualuejohtaja (Susanna Riuttala)	Jatkuva, käytössä laajasti 2027	Vähäinen
Epävakaasti oireilevan potilaan elämän loppuvaiheen tunnistaminen sekä oikea-aikainen palliatiivinen hoitolinjaus ja ennakoiva hoitosuunnitelma (ACP). Kotisaattohoidon mahdollistaminen yhteistyössä kotisairaalan kanssa	Kotona asumista tukevien palveluiden palvelujohtaja (Sirkku Miettinen) Polikliiniset ja asumisen lääkäripalveluiden vastuualuejohtaja (Susanna Riuttala), Ylilääkäri (Antti Wallgren)	Jatkuva, 2026–2027	Vähäinen

Taulukko 9b

Muut kotona asumista tukevien palveluiden osatavoitteet, vastuuhenkilöt, aikataulut ja kustannukset

Osatavoite	Osatavoitteen vastuuhenkilö(t)	Aikataulu	Kustannus
Uusille säännöllisen kotihoidon asiakkaille otetaan käyttöön moniammatillinen geriatrinen kokonaisarviointi koko hyvinvointialueen alueella	Kotona asumista tukevien palveluiden palvelujohtaja (Sirkku Miettinen)	Jatkuva, 2026 laajennus kaikkialle	Vähäinen

	Polikliiniset ja asumisen lääkäripalveluiden vastuualuejohtaja (Susanna Riuttala)		
Nopeasti muuttuvaan terveydentilan ja toimintakyvyn heikkenemiseen vastataan kotona. Tähän pyritään: • tehostetaan mobiilihoitajien toimintaa • reuna-alueilla ensihoidon tarkastuskäynnit • parantamalla 24/7 lääkäripalveluiden laatua • sosiaali- ja terveydenhuollon tilannekeskuksen avulla vastataan lisääntyneeseen palvelutarpeeseen nopeasti, sen toiminnan vakiinnuttaminen ja tarvittaessa kehittäminen	Kotona asumista tukevien palveluiden palvelujohtaja (Sirkku Miettinen) Polikliiniset ja asumisen lääkäripalveluiden vastuualuejohtaja (Susanna Riuttala)	Jatkuva 2026–2027	Kohtalainen
Lääkäripalveluiden laadun, sisällön ja saatavuuden yhtenäistäminen koko hyvinvointialueella. Varmistetaan, että palvelua on saatavissa riittävästi ehkäisemään tarpeetonta päivystyksen tarvetta ja niin, että elämänlaatua ja ennustetta huonontavat sairaudet	Polikliiniset ja asumisen lääkäripalveluiden vastuualuejohtaja (Susanna Riuttala)	2026	Vähäinen

tulevat asianmukaisesti hoidetuksi			
Omaishoidossa olevien kokonaisvaltaisten geriatrinen arvioiden lääkäripalveluiden aloittaminen geripoleilla asiakkaille, joilla terveydentilan ja toimintakyvyn laskun riski on ilmeinen	Polikliiniset ja asumisen lääkäripalveluiden vastuualuejohtaja (Susanna Riuttala)	Alkaa 2026	Vähäinen
Otetaan potilaslogistiikkajärjestelmä (esimerkiksi Uoma) käyttöön sairaalasta kotiutumiseen viestinnässä kotihoitoon ja asiakasohjaukseen palvelun alkamisen viiveiden vähentämiseksi	Uoma projektiryhmä ja tarvittavat kotihoidon edustajat	2026 alkaa. Aikataulu on riippuvainen järjestelmän toimittajasta	Vähäinen (arvio 50000 €)
Lyhytaikaisen hoidon paikkojen lisääminen ja samalla jaksojen aikaisen kuntoutuksen tehostaminen. Tällä pystytään parantamaan asiakkaiden toimintakykyä ja elämänlaatua sekä kotona selviämistä	Asumisen palveluiden vastuualuejohtaja (Minna Nummi)	2026 alkaen	Suuri (arvio TA. vuonna 2026 600 000 €)

12.3 Yhteisöllinen ja ympärivuorokautinen asuminen

Toimenpiteet IKI2035-kehittämisohjelman mukaisesti ja lisänä mahdollinen asumispalveluiden paikkojen lisääminen. Pääosa palvelun lisäystarpeesta kohdistuu ympärivuorokautisiin palveluihin, mutta lisäys tehdään joustavasti eri palvelumuotojen välillä palveluntarvetta seuraten. Uusissa tilaratkaisuissa otetaan

huomioon ympärivuorokautisen palveluasumisen järjestämisen vaatimukset. Asumisyksiköissä suositetaan ratkaisuja, joissa on mahdollista toteuttaa yhteisöllinen ja ympärivuorokautinen asumispalvelu niin, että asukas voi jatkaa elämäänsä samassa ympäristössä. Palveluun pääsyn perusteet pidetään ennallaan.

IKI2035-kehittämisohjelman mukaiset osatavoitteet, vastuuhenkilöt, aikataulu ja kustannus aikaisemman suunnitelman mukaisesti (Taulukko10). Vastuuhenkilöinä toimivat ikäihmisten palveluiden toimialuejohtaja ja ikäihmisten palveluiden yhteisten palveluiden toimialuejohtaja. Toiminnallisesti ja taloudellisesti kestävän palvelurakenteen vastuuhenkilönä toimii ikäihmisten ja vammaisten palvelulinjajohtaja.

Taulukko 10

IKI2035-kehittämisohjelman mukaiset yhteisöllisen ja ympärivuorokautisen asumispalvelun osatavoitteet, vastuuhenkilöt, aikataulu ja kustannus

Osatavoite	Osatavoitteen vastuuhenkilö(t)	Aikataulu	Kustannus
Yhteisöllisen asumisen laajentaminen*	Kotona asumista tukevien palveluiden palvelujohtaja (Sirkku Miettinen) Asiakasohjauksen palvelujohtaja (Kaisa Taimi)	Jatkuva, IKI2035 mukaisesti	Suuri
Ympärivuorokautisen palveluasumisen sovittaminen asiakastarpeisiin, henkilöstöön ja talouteen*	Asiakasohjauksen palvelujohtaja (Kaisa Taimi) Asumisen palveluiden vastuualuejohtaja (Minna Nummi)	2026–2027	Suuri

Laitoshoidon purku	Asiakasohjauksen palvelujohtaja (Kaisa Taimi) Asumisen palveluiden vastuualuejohtaja (Minna Nummi)	2026–2027, IKI2035 mukaisesti	Kustannukset loppuvat 2027
Omais- ja perhehoidon vahvistaminen	Asiakasohjauksen palvelujohtaja (Kaisa Taimi)	Jatkuva, IKI2035 mukaisesti	Vähäinen

* Tavoitteiden muutos edellyttää aluehallituksen päätöstä.

IKI2035-kehittämisohjelman lisäksi esitettävät muut yhteisöllisen ja ympärivuorokautisen asumisen (Taulukko 11) yksilöidyt toimet, vastuuhenkilöt, aikataulu ja kustannukset hoitoketjun tehostamiseksi.

Taulukko 11a

Muut yhteisöllisen ja ympärivuorokautisen asumispalvelun osatavoitteet, vastuuhenkilöt, aikataulut ja kustannukset

Osatavoite	Osatavoitteen vastuuhenkilö(t)	Aikataulu	Kustannus
Yhteisöllisen asumisen palvelumuodon ja sinne saatavilla olevan yöaikaisen kotihoidon tunnettavuutta parantamalla voidaan saada lisää tähän palveluun soveltuvia asiakkaita.	Kotona asumista tukevien palveluiden palvelujohtaja (Sirkku Miettinen) Asiakasohjauksen palvelujohtaja (Kaisa Taimi)	2026–2027	Vähäinen
Sairaalassa ympärivuorokautista asumista odottajien määrää	Ikäihmisten ja vammaisten	2026–2027	Suuri

vähennetään. Tämä tarkoittaa sekä koko palveluketjun haasteiden ratkaisemista että kapasiteetin lisäämistä ikäihmisten asumispalveluihin. IKI2035-kehittämishjelma on hyväksytty 20.11.2023 § 319 Pirkanmaan hyvinvointialueen aluehallituksessa. Muutokset ohjelmaan, mukaan lukien peittävyysprosentteina ilmoitettujen tavoitteiden muutos, edellyttää aluehallituksen päätöstä. Jos siis ikäihmisten asumispalveluiden määrää ja peittävyttä halutaan lisätä, tulee siitä tehdä päätös ja osoittaa toteutukselle riittävät resurssit. Keskimäärin toteutuneilla nettokustannuksilla laskettuna lisäresursointitarve olisi noin 3 miljoonaa euroa vuodessa noin 50 uutta asiakaspaikkaa kohden. Minimitarve on 100 asiakaspaikkaa, jolloin kustannus olisi 6 miljoonaa euroa. Tämä voidaan toteuttaa osin vähentämällä erikoissairaanhoidon sairaansijoja ja siirtämällä rahoitusta ikäihmisten asumispalveluihin. Hoitopäivien hinnalla mitattuna yhdellä	palvelulinjajohtaja (Päivi Tryyki) Ikäihmisten palveluiden toimialuejohtaja (Mari Ollinpoika) Asumisen palveluiden vastuualuejohtaja (Minna Nummi)		
--	---	--	--

erikoissairaanhoidon hoitopäivällä saa hieman yli kaksi ympärivuorokautisen asumisen hoitovuorokautta.			
--	--	--	--

Taulukko 11b

Muut yhteisöllisen ja ympärivuorokautisen asumispalvelun osatavoitteet, vastuuhenkilöt, aikataulut ja kustannukset

Osatavoite	Osatavoitteen vastuuhenkilö(t)	Aikataulu	Kustannus
Aloitetaan palvelutarpeen arviointi jo sairaalassa ollessa ja pyritään näin nopeuttamaan SAS-käsittelyä viiveiden lyhentämiseksi. Tätä varten tarvitaan lisäkoulutusta ja sosiaalityön resurssin vahvistamista asiakasohjauksessa. Vahvistaminen vuoden 2026 aikana.	Asiakasohjauksen palvelujohtaja (Kaisa Taimi) Lähipalvelusairaaloiden vastuualuejohtaja (Anne Kantola)	2026	Vähäinen
Hoidon laadun, suunnitelmallisuuden, saattohoidon ja terveydentilan ja toimintakyvyn nopeaan heikkenemiseen vastataan samoin keinoin kuin kotihoidossa. Ympärivuorokautisissa asumispalveluissa korostetaan palvelun saamista kotona ilman siirtoja ja parannetaan saattohoidon onnistumista	Asumisen lääkäripalveluiden ylilääkäri (Lauri Jokipalo) Kotona asumista tukevien palveluiden palvelujohtaja (Sirkku Miettinen) Ikäihmisten palveluiden	Jatkuva	Kohtalainen

	toimialuejohtaja (Mari Ollinpoika) Asumisen palveluiden vastuualuejohtaja (Minna Nummi)		
Paikojen lisäyksen yhteydessä huolehditaan, että tukipalveluiden (mm lääkäripalvelut) resurssi seuraa tätä kehitystä	Asumisen lääkäripalveluiden ylilääkäri (Lauri Jokipalo)	Mahdollinen lisä- tarpeen arvio 2027	Vähäinen

12.4 Sairaala ja päivystys

Potilaiden kulkua läpi palveluketjun sujuvoitetaan aikatauluttamalla toiminnalliset muutokset ja mahdollinen asumispalveluiden paikkojen lisääminen samanaikaisesti. Tällä pyritään vähentämään sekä päivystyksen että sairaalahoidon ruuhkautumista, joka heikentää hoidon laatua ja sitoo tarpeettomasti resursseja. Toimilla parannetaan myös poikkeustilanteisiin varautumista. Jatkohoitoon liittyvä potilaslogistiikka hoidetaan potilaslogistiikkajärjestelmän (Uoma) avulla. Sairaalapalveluiden jatkohoidon järjestämistä koordinoidaan päivystyksen vastuualueelta käsin. Yksiköt määrittävät potilaspaikkansa, osaston erityispiirteet ja toiveet potilaiden siirtymiseen liittyen. Seuraavassa taulukossa (Taulukko 12) on eritelty yksilöityjä toimenpiteitä, vastuuhenkilöt, aikataulu ja kustannukset hoitoketjun tehostamiseksi.

Taulukko 12

Sairaalan ja päivystyksen osatavoitteet, vastuuhenkilöt, aikataulut ja kustannukset

Toimenpide	Vastuuhenkilö(t)	Aikataulu	Kustannus
Oikea-aikaisen kotiutumisen ja siirtymäviiveiden lyhentäminen potilaslogistiikkajärjestelmän	Kotiutustyöryhmä	Jatkuva, uudet	Vähäinen

(esimerkiksi Uoman), kotiutuskoordinaattoritoiminnan, kotiutusvastuuhoitajien ja ennakoivan kotiuttamisen ja kotiutumisen koordinaatiomallin avulla. Otetaan käyttöön kaikilla erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon osastoilla.		toiminnot 2026	
Kotiutukset kaikilta hoitoketjun tasoilta.	Kotiutustyöryhmä	Jatkuva, uudet toiminnot 2026	Vähäinen
Kotisairaalan käytön mahdollisuus selvitetään kaikilta jatkohoitoa tarvitsevilta potilailta päivystyksessä ja sairaalaosastoilla.	Palliativinen keskus ja kotisairaalapalvelut vastuualuejohtaja (Saila Haapasalmi)	2026 alkaen	Vähäinen
Hoidon jatkuvuuden turvaaminen terveys- ja hoitosuunnitelman (TEHOSU) säännönmukaisella käytöllä. Jatketaan nykyistä implementaatiota.	Sairaalapalveluiden ylilääkäri (Olli Leppänen)	Jatkuva 2026–2027	Vähäinen
Sairaalapalvelut kehittävät toimintaa yhdessä päivystyspisteiden kanssa niin, että potilaat ohjautuvat suoraan oikealle osastolle	Sairaalapalveluiden ylilääkäri (Olli Leppänen) Somaattisen hoidon ohjausryhmä	Toteutetaan yhtäaikaaisesti paikkojen vapautumisen kanssa	Vähäinen

Kuntoutuksen ja voimavaralähtöisen työotteen vahvistaminen hoitajaksojen aikana, esimerkkinä Kuntokatu	Kuntoutuksen vastuualuejohtaja (Markku Kankaanpää)	Jatkuva 2026–2027	Vähäinen
Geriatrinen konsultaatiotiimien vahvistaminen ja toiminnan tunnettavuuden edistäminen.	Polikliiniset ja asumisen lääkäripalveluiden vastuualuejohtaja (Susanna Riuttala)	2026 alkaen	Vähäinen

12.5 Kuntoutus

Kuntoutuksen kokonaisuus näyttäytyi haastatteluissa muille kuin kuntoutuksen ammattilaisille hajanaisena. Kuntoutuksen osuus ei hahmottunut läpileikkaavana kokonaisuutena. Tähän toivottiin selkeyttä. Kyse on varsin isosta kokonaisuudesta ja käytännössä kaikille tärkeästä osa-alueesta. Tätä varten palveluketjutyöryhmän alaisuuteen perustetaan lyhytaikainen kuntoutuksen projektiryhmä, jonka tehtävänä on selkeyttää ja vahvistaa kuntoutuksen roolia osana ikäihmisten hoito- ja hoivapalveluja. Projektin vastuuhenkilönä toimii kuntoutuksen toimialuejohtaja. Kuntoutuspalvelut kootaan yhdeksi kokonaisuudeksi vuoden 2026 alusta. Kuntoutuksen kokonaisuutta on tavoitteena vahvistaa vuonna 2026 kuntoutuksen professuurin perustamisella.

Aloitus vuoden 2026 alussa; projektin toimenpide-ehdotukset ovat valmiit elokuun 2026 lopussa. Vuonna 2027 käytössä on yhteinen kuntoutuksen toimintamalli.

Palveluketjun rakenteen selvittämisen lisäksi käsiteltäviä asioita ovat:

1. Luodaan palvelukriteerit kotiin annettaville intensiivisille kuntoutusjaksoille ja käynnistetään toiminta.
2. Kehitetään kotihoidon ja kuntoutuksen yhteistyötä. Kohdennetaan kuntoutusjaksot oikea-aikaisesti RAI:n herätteiden avulla.
3. Kotihoidon intensiivisen kuntoutusjakson jatkumoksi laaditaan arkikuntoutusohjelma.
4. Etäkuntoutustoimintaa kehitetään kuntoutuksen ammattilaisten tuella.
5. Vahvistetaan kuntouttavien lyhytaikaispalveluiden (LAH) fysioterapia ja lääkäripalveluiden resurssia.
6. Kotiutuvien potilaiden apuvälineiden saatavuus varmistetaan kotiutumisen tueksi.
7. Selvitetään kotona asumista tukevien pienten kodin muutostöiden käynnistäminen Pirkanmaan hyvinvointialueen alueella.
8. Muut esille tulevat kuntoutuksen kehittämistä koskevat kysymykset

12.6 Organisaatio

Pirkanmaan hyvinvointialue edustaa tyypillistä kompleksista toimintaympäristöä, jossa yksi muutos vaikuttaa useisiin kohtiin palveluketjua. Pirkanmaan hyvinvointialueella jokaisella palvelulinjalla on oma organisaatorakenteensa, joka on haastattelujen perusteella koettu toimivaksi. Ongelmaksi on koettu se, että palvelulinjojen välinen kommunikaatio on ollut vähäistä ja palveluja kokonaisuutena katsovia foorumeita ei ole ollut riittävästi. Toiminnot ovat kehittyneet kuitenkin jo myönteiseen suuntaan. Hyvän kehityksen turvaamiseksi muodostetaan tai jatketaan ja kehitetään seuraavia ryhmiä:

Ikääntyneiden palveluketjutyöryhmä (jatkaa toimintaansa 2026–2027)

- puheenjohtaja: Vastaava johtajaylilääkäri
- jäsenet: ikäihmisten palveluiden toimialuejohtaja, asiakasohjauksen vastuualueen palvelujohtaja, kotona asumista tukevien palvelujen palvelujohtaja, palliatiivinen keskus ja kotisairaalapalvelut vastuualuejohtaja, polikliiniset ja asumisen lääkäripalveluiden vastuualuejohtaja, ikäihmisten yhteiset palvelut toimialuejohtaja, sairaalapalveluiden ylilääkäri, päivystyksen vastuualue akuuttihoidon toimialue ylihoitaja, lähipalvelusairaalat

vastuualuejohtaja, kuntoutuksen toimialuejohtaja, ikäihmisten asumisen palveluiden vastuualuejohtaja, lähisairaaloiden toimialuejohtaja.

- Kokoontuu säännöllisesti puheenjohtajan kutsumana
- Agendalla palveluketjuun vaikuttavat asiat laajasti
- Tekee päätökset yhteisymmärryksessä
- Esittelee ristiriidat ja strategiatasonpäätökset ohjausryhmälle

Ohjausryhmä (jatkaa toimintaansa 2026–2027)

- puheenjohtaja: Sosiaali- ja terveysjohtaja
- Jäsenet: sairaalapalveluiden palvelulinjajohtaja, ikäihmisten ja vammaisten palvelulinjajohtaja, vastaava johtajaylilääkäri, avopalveluiden palvelulinjajohtaja

Tarvittavat projektiryhmät:

- Palveluketjuryhmä nimeää ja määrittää tavoitteen
- Kesto määrätty
- Esimerkkinä Uoma ja kotiutus työryhmä
- Kuntoutuksen projektiryhmä alkaa 2026
- Muut tarvittavat projektiryhmät

13 Liitteet

Liite 1

Läheishoivan määrä ja toiminnanvajaukset. Intensiivinen yli 11 tuntia viikossa, ei intensiivinen alle 11 tuntia viikossa

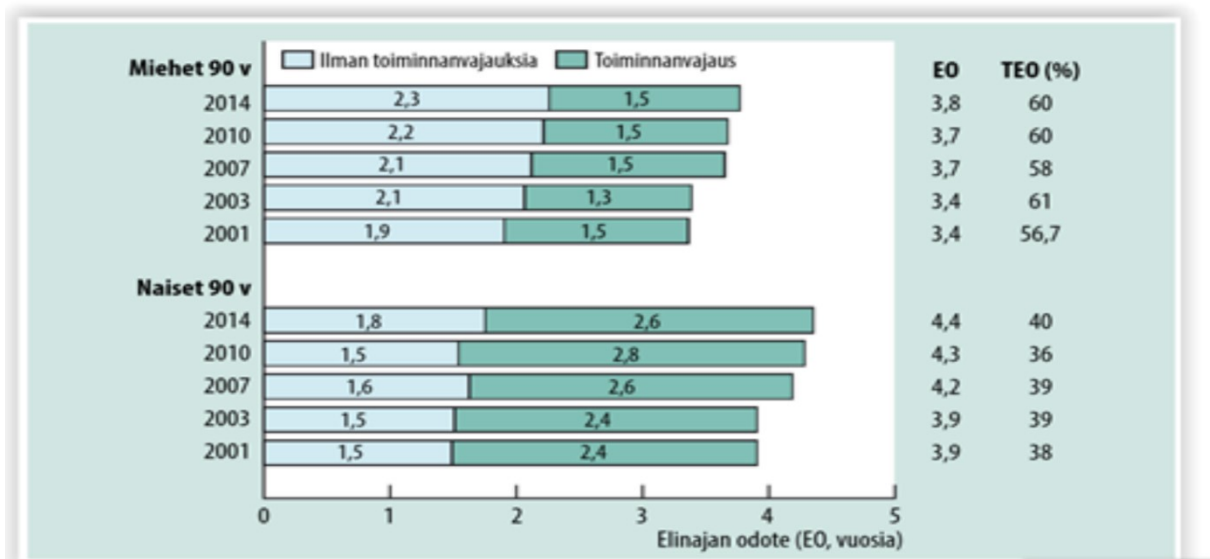


Kuva 1. Intensiivistä ja ei-intensiivistä läheishoivaa antaneiden osuudet 15 vuotta täyttäneestä väestöstä eräissä Euroopan maissa vuosina 2014 ja 2023

Kääriäinen J. et al. 2024. Formal long-term care, individualisation and filial responsibility: a multi-level analysis of 21 European countries. *International Journal of Sociology and Social Policy* (2024) 44 (13–14): 116–131.

Kuva 1

Ilman toiminnanvajauksia ja toiminnanvajausten kanssa elettyjen vuosien odote 90-vuotiailla vuodesta 2001 vuoteen 2014 Tervaskannot 90+ -tutkimuksessa. Palkin kokonaispituus kertoo 90-vuotiaana odotettavissa olevan elinajan (EO). Palkin vaalea osuus kertoo ilman toiminnanvajavuuksia elettävien vuosien odotteen ja tummempi osa toiminnanvajausten kanssa elettyjen vuosien odotteen.



Liite 2

lääkkäiden kotihoidon, yhteisöllisen asumisen ja ympärivuorokautisen asumisen keskeinen lainsäädäntö

lääkkäiden kotihoidon keskeinen lainsäädäntö

Tämä muistio kokoaa keskeisen iäkkäiden kotihoitoa koskevan lainsäädännön Suomessa. Kotihoito on iäkkäiden palvelujärjestelmän ensisijainen hoivamuoto, jota säätelevät useat lait. Tavoitteena on tukea ikääntyneiden mahdollisuutta asua kotona turvallisesti ja mahdollisimman pitkään.

1. Keskeiset lait

Kotihoidon järjestämistä ohjaavat seuraavat lait:

- Vanhuspalvelulaki (980/2012) – määrittää kotihoidon ensisijaiseksi hoivamuodoksi ja säätelee palvelujen laatua.
- Sosiaalihuoltolaki (1301/2014) – määrittelee kotihoidon sisällön ja järjestämisvelvoitteen.
- Terveystenhuoltolaki (1326/2010) – säätelee kotisairaanhoidon ja terveydenhuollon osuutta kotihoidossa.
- Asiakasmaksulaki ja -asetus (734/1992, 912/1992) – määrittävät kotihoidon asiakasmaksut ja maksukaton.
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) – turvaa asiakkaan oikeudet ja itsemääräämisoikeuden.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) – määrittää terveydenhuollon asiakkaiden oikeudet.

2. Kotihoidon oikeudelliset periaatteet

Vanhuspalvelulaki (980/2012):

- §14: Pitkäaikainen hoito ja huolenpito järjestetään ensisijaisesti kotiin annettavina palveluina.
- §15–16: Palvelutarve arvioidaan viipymättä ja moniammatillisesti, ja laaditaan yksilöllinen asiakassuunnitelma.
- §18: Päätös palveluista on tehtävä viipymättä ja ei-kiireelliset palvelut viimeistään kolmen kuukauden kuluessa.
- §§20–21: Palvelujen on oltava laadukkaita ja turvallisia, ja henkilöstöresurssien riittävät.
- §24: Hyvinvointialueen tulee seurata kotihoidon laatua ja riittävyyttä

Sosiaalihuoltolaki (1301/2014):

- §19: Kotihoitoa järjestetään henkilölle, joka tarvitsee sitä sillä perusteella, että hänen toimintakykynsä on alentunut korkean iän, sairauden, vamman tai muun vastaavan syyn vuoksi. Lisäksi kotihoitoa järjestetään henkilölle, joka tarvitsee sitä erityisen perhe- tai elämäntilanteen perusteella. Kotihoidolla tarkoitetaan palvelua,

jolla huolehditaan, että henkilö suoriutuu jokapäiväiseen elämään kuuluvista toiminnoista kodissaan ja asuinympäristössään.

Kotihoitoon kuuluu asiakkaan yksilöllisen tarpeen mukainen:

- 1)hoito ja huolenpito;
- 2)toimintakykyä ja vuorovaikutusta edistävä ja ylläpitävä toiminta;
- 3)muu kuin 1 ja 2 kohdassa tarkoitettu henkilön suoriutumista tukeva toiminta;
- 4)terveydenhuoltolain 25 §:ssä tarkoitettu kotisairaanhoido.

Kotihoitoa järjestetään henkilön tarpeen mukaan vuorokaudenajasta riippumatta.

- §21b Yhteisöllisellä asumisella tarkoitetaan hyvinvointialueen järjestämää asumista esteettömässä ja turvallisessa asumisyksikössä, jossa henkilön hallinnassa on hänen tarpeitaan vastaava asunto ja jossa asukkaille on tarjolla sosiaalista kanssakäymistä edistävää toimintaa.
- §21c: Ympäri vuorokautista palveluasumista järjestetään henkilölle, joka tarvitsee päivittäin vuorokaudenajasta riippumatta jatkuvaa hoitoa ja huolenpitoa tai vaativaa ammatillista hoitoa, joiden järjestäminen kotihoitona, omaishoitona, perhehoitona tai muulla tavalla ei ole mahdollista tai asiakkaan edun mukaista.
- §36. Palvelutarpeen arviointi on aloitettava viipymättä ja saatettava loppuun ilman aiheetonta viivytystä. Arvioinnin tekeminen on aloitettava viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä siitä, kun asiakas, asiakkaan omainen tai läheinen tai hänen laillinen edustajansa on ottanut yhteyttä sosiaalipalveluista vastaavaan hyvinvointialueen viranomaiseen palvelujen saamiseksi, jo henkilö on yli 75-vuotias.
- §46b Jos kotikäyntejä suunniteltaessa ilmenee, että niiden toteuttaminen 1 momentin mukaisesti on vaarassa henkilöstön riittämättömyyden vuoksi, suunnittelusta vastaavien henkilöiden on välittömästi ryhdyttävä käytettävissään oleviin toimiin henkilöstön riittävyyden turvaamiseksi sekä ilmoitettava asiasta toimintayksikön johtajalle.
- §46c Yhteisöllistä asumista ja ympäri vuorokautista palveluasumista voidaan toteuttaa samaan rakennuskokonaisuuteen kuuluvissa tiloissa.
- §56 Asiakasmaksut

Terveydenhuoltolaki (1326/2010):

§ 8 a Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteiset palvelut: Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisesti toteutetuissa palveluissa tai kun potilas muutoin tarvitsee sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon palveluja on sovellettava tämän lain säännöksiä lääketieteellisen tarpeen mukaisen terveyden- ja sairaanhoidon antamisesta ja sosiaalihuoltolain säännöksiä tuen tarpeita vastaavien sosiaalihuollon palvelujen antamisesta.

- §24 Sairaanhoito on toteutettava potilaan lääketieteellisen tai hammaslääketieteellisen tarpeen ja käytettävissä olevien yhtenäisten hoidon perusteiden mukaisesti. Hoito on toteutettava tarkoituksenmukaisella tavalla ja yhteistyöllä. Hoito toteutetaan avohoidossa silloin, kun se on potilasturvallisuus huomioon ottaen mahdollista.
- §25: Hyvinvointialue vastaa kotisairaanhoidon järjestämisestä. Säännöllinen kotisairaanhoito järjestetään osana sosiaalihuoltolain 19 § mukaista kotihoitoa (vrt. palvelupäätös, maksupäätös). Tilapäinen kotisairaanhoito järjestetään terveydenhuollon palveluna (käyntimaksu, asiakasmaksu kerryttää maksukattoa, palvelusta ei tehdä päätöksiä)
- §29 Hyvinvointialue vastaa potilaan lääkinnällisen kuntoutuksen suunnittelusta siten, että kuntoutus muodostaa yhdessä tarpeenmukaisen hoidon kanssa toiminnallisen kokonaisuuden. Lääkinnällisen kuntoutuksen tarve, tavoitteet ja sisältö on määriteltävä kirjallisessa yksilöllisessä kuntoutussuunnitelmassa. Hyvinvointialue vastaa lisäksi kuntoutuspalvelun ohjauksesta ja seurannasta sekä nimeää potilaalle tarvittaessa kuntoutuksen yhdyshenkilön
- §33 Hyvinvointialueet ja HUS-yhtymä ovat velvollisia suunnittelemaan ja kehittämään erikoissairaanhoitoa siten, että perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. Kokonaisuudessa on huomioitava erikoissairaanhoidon palvelujen tarjoaminen tarkoituksenmukaisesti

perusterveydenhuollon yhteydessä sekä erikoissairaanhoidon yksiköissä.

- §46 Ensihoitokeskus
- §53 Terveystieteidenhuollon ammattihenkilön on arvioitava, onko potilaalla ilmeinen sosiaalihuollon tarve myös tässä luvussa säädetyn kiireettömän hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä. Ohjaamisesta ja yhteyden ottamisesta sosiaalihuoltoon säädetään 50 a §:ssä. Henkilön oikeudesta saada palvelutarpeen arviointi säädetään sosiaalihuoltolain 36 §:ssä.

3. Asiakkaan oikeudet ja maksut

- Asiakkaalla on oikeus hyvään ja ihmisarvoiseen kohteluun (812/2000, 785/1992).
- Itsemääräämisoikeus ja osallistuminen palvelusuunnitteluun on turvattava.
- Kotihoidon maksut määräytyvät tulojen ja palvelun laajuuden mukaan
- Maksut eivät saa estää palvelun saamista, ja vuotuinen maksukatto suojaa asiakasta liiallisilta maksuilta. Tilapäisen kotihoidon ja tilapäisen kotisairaanhoidon maksu on tasasuuruinen asiakasmaksu (€/käynti), myös kotona asumisen tukipalveluista peritään tasasuuruinen asiakasmaksu.

4. Kotihoidon tavoitteet lain mukaan

- Tukea ikääntyneen toimintakykyä ja hyvinvointia.
- Mahdollistaa asuminen omassa kodissa mahdollisimman pitkään.
- Turvata palvelujen jatkuvuus, turvallisuus ja laatu.
- Edistää asiakaslähtöisyyttä ja yhteistyötä omaisten kanssa.

5. Hyvinvointialueiden velvollisuudet

- Järjestää kotihoito asukkaiden tarpeen mukaan
- Huolehtia palvelujen saatavuudesta, henkilöstöstä ja laadusta.
- Seurata asiakasmääriä, kustannuksia ja palvelun peittävyyttä (esim. THL/Sotkanet).
- Laatia kotihoidon omavalvontasuunnitelma (§47 SHL).

6. Yhteenveto

lääkkäiden kotihoitoa koskeva lainsäädäntö muodostaa kokonaisuuden, jossa vanhuspalvelulaki määrittää strategiset tavoitteet, sosiaalihoitolaki ja terveydenhuoltolaki palvelujen sisällön, ja asiakaslait turvaavat oikeudet ja itsemääräämisen. Kotihoito on ensisijainen hoivamuoto, ja hyvinvointialueiden tulee turvata sen laatu, jatkuvuus ja riittävyys. Peruseriaate: oma koti on ensisijainen hoivapaikka, jos se on turvallisesti mahdollista.

Lähteet:

- Finlex: Lait 980/2012, 1301/2014, 1326/2010, 812/2000, 785/1992, 734/1992
- Sosiaali- ja terveysministeriö: Vanhuspalvelulain soveltamisohjeet (2023)
- THL: Kotihoidon kehittäminen ja laatu
- Kuntaliitto: Kotihoidon ohjeistus hyvinvointialueille

Ympäri vuorokautisen asumispalvelun lainsäädäntö

Tämä muistio kokoaa keskeisen lainsäädännön, joka koskee iäkkäiden ympärivuorokautista asumispalvelua. Ympäri vuorokautinen palveluasuminen tarkoittaa palvelumuotoa, jossa iäkäs henkilö saa hoivaa ja huolenpitoa vuorokauden ympäri kodinomaisessa ympäristössä, kun kotihoito tai yhteisöllinen asuminen ei enää riitä.

1. Keskeiset lait

Ympäri vuorokautista palveluasumista säätelevät useat lait:

- Vanhuspalvelulaki (980/2012) – määrittää pitkäaikaisen hoidon ensisijaisuusperiaatteen ja laatuvaatimukset.
- Sosiaalihoitolaki (1301/2014) – sisältää säännökset palveluasumisesta ja sen järjestämisestä.
- Terveydenhuoltolaki (1326/2010) – määrittää terveydenhuollon palvelujen järjestämisen ympärivuorokautisessa asumisessa.
- Laki sosiaalihoollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) – turvaa asiakkaiden oikeudet, osallisuuden ja itsemääräämisen.
- Laki yksityisistä sosiaalipalveluista (922/2011) – ohjaa yksityisten palveluntuottajien toimintaa ja valvontaa.

- Asiakasmaksulaki (734/1992) – säätelee asiakasmaksujen määräytymistä ja kohtuullisuutta. (Määrittää myös kotona asumisen tukipalvelujen asiakasmaksujen perimisen sekä myös sen, milloin kotihoidosta voidaan periä tuloperusteinen maksu (vrt. säännöllinen kotihoito). Sosiaalihuollon maksut perustuvat asiakkaalle myönnettyihin palveluihin ja niistä tehtyyn hallintopäätökseen ja että asiakasmaksusta tehdään myös viranhaltijapäätös.)

2. Vanhuspalvelulain keskeiset säännökset:

- §14: Pitkäaikainen hoito ja huolenpito toteutetaan ensisijaisesti kotihoidossa tai yhteisöllisessä asumisessa. Ympäri vuorokautista palveluasumista tai laitoshoidoa käytetään vain, jos se on lääketieteellisesti perusteltua tai muuten asiakkaan edun mukaista.
- §19 Palvelujen on oltava laadukkaita, turvallisia ja yksilöllisiin tarpeisiin perustuvia. Henkilöstömäärän ja osaamisen on oltava riittävä asiakkaiden hoidon ja turvallisuuden varmistamiseksi.
- §24: Hyvinvointialueen tulee seurata ympärivuorokautisen asumispalvelun laatua ja riittävyyttä sekä varmistaa, että palvelut vastaavat alueen väestön tarpeita.

3. Sosiaalihuoltolaki (§ 21–23, 46–47)

- §11: Hyvinvointialueen on järjestettävä asumispalvelut henkilöille, jotka eivät sairauden, vamman tai muun syyn vuoksi selviä arjesta ilman tukea.
- §21b Palveluasumista voidaan järjestää tavallisena tai tehostettuna (ympäri vuorokautisena) palveluasumisena.

4. Laatu ja henkilöstömitoitus

- Vanhuspalvelulain ja valvonta-asetusten mukaan ympärivuorokautisen palveluasumisen henkilöstömitoitus on vähintään 0,65 työntekijää asiakasta kohden (vuodesta 2023 alkaen 0,7). Tämä kattaa hoitotyöhön osallistuvan henkilöstön. Vanhentunut.
- Henkilöstön on oltava koulutettua ja heidän määränsä mitoitettu asiakkaiden hoidon tarpeen mukaan.
- Laadunvalvontaa suorittavat aluehallintovirastot (AVI) ja Valvira.

5. Asiakkaan oikeudet ja osallisuus

- Asiakkaalla on oikeus ihmisarvoiseen kohteluun, yksityisyyteen ja osallisuuteen omassa hoitosuunnitelmassaan (812/2000).
- Asiakkaan itsemääräämisoikeutta on kunnioitettava kaikessa toiminnassa.
- Asiakkaalla on oikeus saada tietoa palveluistaan ja tehdä muistutus tai kantelu, jos kohtelu on epäasiallista.

6. Palvelujen rahoitus ja maksut

- Asiakasmaksulain mukaan ympärivuorokautisen asumispalvelun maksu perustuu asiakkaan tuloihin ja palvelun laajuuteen.
- Maksujen tulee olla kohtuullisia, eivätkä ne saa estää palvelun saamista.
- Asiakkaalle on turvattava henkilökohtaiset käyttövarat muiden menojen kattamiseen.

7. Hyvinvointialueen velvollisuudet

- Hyvinvointialueen on huolehdittava ympärivuorokautisten asumispalvelujen riittävydestä ja laadusta.
- Palvelujen tulee perustua todelliseen tarpeeseen ja asiakkaan etuun.
- Hyvinvointialue vastaa palvelujen valvonnasta, omavalvontasuunnitelmista ja henkilöstöresurssien riittävydestä.

8. Yhteenveto

Ympärivuorokautinen asumispalvelu on tarkoitettu iäkkäille henkilöille, joiden toimintakyky on heikentynyt siten, ettei kotihoito tai yhteisöllinen asuminen enää turvaa turvallista arkea. Palvelun tulee olla laadukasta, asiakaslähtöistä ja riittävästi resursoitua. Hyvinvointialue vastaa sen järjestämisestä ja valvonnasta lain asettamien vaatimusten mukaisesti.

Lähteet:

- Finlex: Lait 980/2012, 1301/2014, 1326/2010, 812/2000, 922/2011, 734/1992
- Sosiaali- ja terveysministeriö: Ympärivuorokautisen palveluasumisen ohjeistus
- THL: Ympärivuorokautisen hoivan laatusuositukset
- Kuntaliitto: Hyvinvointialueiden asumispalveluiden järjestämisohjeet
- Valvira ja AVI: Valvontaohjeet ja henkilöstömitoituksen soveltamisohjeet

Liite 3

RAI-HC-arviot (kotihoito) ja RAI-LTC (ympäri vuorokautinen asuminen) koko maa, Pirkanmaan hyvinvointialue, Varha, Pohde ja Päijät-Häme 2/2024

Kotihoidon RAI: ADL-H, CPS, CHESS ja IADL

RAI-HC EasyRAlder		Asiak- kaat, lkm.	Arkisuoriutu- minen (ADL-H 0–6), ka.	Kognitio (CPS 0- 6), ka.	Terveys- den vakaus (CHESS 0 - 5), ka.	Välinetoinninnot (IADL 0-6), ka.
Kaikki palvelun- tuottajat	Kaikki palvelutyypit yhteensä	456 133	1,2	1,7	1,2	3,3
	Kotihoito	376 021	0,9	1,5	1,1	2,9
	lääkkäiden yhteisöllinen asuminen	11 003	1,4	1,9	1,2	3,9
	Perhehoito	239	1,2	2,5	0,9	4,9
Pirkanmaan hyvinvointi- alue	Kaikki palvelutyypit yhteensä	41 134	0,9	1,6	1,3	2,7
	Kotihoito	39 646	0,8	1,6	1,3	2,7
	lääkkäiden yhteisöllinen asuminen	531	1,6	2,0	1,5	4,1
Pohjois- Pohjanmaan hyvinvointi- alue	Kaikki palvelutyypit yhteensä	28 525	1,1	1,7	1,1	3,3
	Kotihoito	26 083	1,0	1,6	1,1	3,1

Pirkanmaan hyvinvointialue

	lääkkäiden yhteisöllinen asuminen	187	1,9	2,5	1,3	4,6
	Perhehoito	7	1,6	3,3	1,9	5,6
Päijät-Hämeen hyvinvointialue	Kaikki palvelutyytit yhteensä	15 181	1,0	1,5	1,1	3,0
	Kotihoito	14 890	0,9	1,5	1,1	3,0
	lääkkäiden yhteisöllinen asuminen	116	1,1	1,9	0,8	3,4
	Perhehoito	11	2,2	3,0	1,7	5,6
Varsinais-Suomen hyvinvointialue	Kaikki palvelutyytit yhteensä	28 329	0,9	1,5	1,1	2,9
	Kotihoito	27 632	0,9	1,5	1,1	2,8
	lääkkäiden yhteisöllinen asuminen	204	1,0	1,8	1,0	3,5

Liite 3

Kotihoidon RAI: Mieliala, käytösoire, ikä, hoitoaika ja sairaalahoito tai päivystyskäynti 90 vrk aikana 2/2024

RAI-HC EasyRAlder		Masennus epäily= 3–14 (DRS 0-14), %	Käytösoire, %	Ikä (vuosia) , ka.	Hoito- aika: vuosia , ka.	Sairaalahoito tai käynti päivystyk- sessä 90 vrk aikana, %
Kaikki palvelun- tuottajat	Kaikki palvelutyyppit yhteensä	13	17	81,9	2,6	28
	Kotihoito	11	14	81,9	2,7	29
	lääkkäiden yhteisöllinen asuminen	16	19	82,5	2,5	18
	Perhehoito	19	27	83,2	1,4	19
Pirkanmaan hyvinvointi- alue	Kaikki palvelutyyppit yhteensä	11	13	82,3	2,4	32
	Kotihoito	11	13	82,3	2,4	32
	lääkkäiden yhteisöllinen asuminen	18	19	84,4	2,2	24
Pohjois- Pohjanmaan hyvinvointi- alue	Kaikki palvelutyyppit yhteensä	13	18	81,7	3,4	33
	Kotihoito	12	15	81,5	3,4	34
	lääkkäiden yhteisöllinen asuminen	23	28	85,9	2,6	20

Pirkanmaan hyvinvointialue

	Perhehoito	0-15	0–15	86,3	4,3	29
Päijät-Hämeen hyvinvointialue	Kaikki palvelutyytit yhteensä	9	12	81,0	2,3	24
	Kotihoito	8	12	81,0	2,3	24
	lääkäiden yhteisöllinen asuminen	15	15	83,3	1,8	16
	Perhehoito	18	27	84,6	1,4	0–10
Varsinais-Suomen hyvinvointialue	Kaikki palvelutyytit yhteensä	13	16	82,5	2,8	27
	Kotihoito	13	16	82,5	2,8	27
	lääkäiden yhteisöllinen asuminen	15	15	84,3	3,1	18

Liite 3

Kotihoidon RAI: MAPLE 2/2024

RAI-HC EasyRAlder		Palveluntarve 3=Kohtalainen (MAPLe 1–5), %	Palveluntarve 4=Suuri (MAPLe 1–5), %	Palveluntarve 5=Erittäin suuri (MAPLe 1–5), %
Kaikki palveluntuottajat	Kaikki palvelutyytit yhteensä	26	37	20
	Kotihoito	28	36	17

Pirkanmaan hyvinvointialue

	lääkkäiden yhteisöllinen asuminen	32	35	24
	Perhehoito	28	42	29
Pirkanmaan hyvinvointi-alue	Kaikki palvelutyypit yhteensä	32	38	16
	Kotihoito	32	38	16
	lääkkäiden yhteisöllinen asuminen	35	34	26
Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointi-alue	Kaikki palvelutyypit yhteensä	24	35	20
	Kotihoito	25	35	18
	lääkkäiden yhteisöllinen asuminen	22	37	33
	Perhehoito	0-15	85–100	0–15
Päijät-Hämeen hyvinvointi-alue	Kaikki palvelutyypit yhteensä	30	41	15
	Kotihoito	30	41	15
	lääkkäiden yhteisöllinen asuminen	29	35	21
	Perhehoito	0–10	45	55

Pirkanmaan hyvinvointialue

Varsinais-Suomen hyvinvointialue	Kaikki palvelutyyppit yhteensä	27	35	19
	Kotihoito	27	34	18
	lääkkäiden yhteisöllinen asuminen	37	31	25

Liite 3

Ympäri vuorokautisen asumisen ja laitoshoidon RAI. Lukumäärä, ADL-H, CPS, CHESS ja käytösoireet 2/2024

RAI-LTC EasyRAlder		Asiakkaa lkm	Arkisuoriutuminen (ADL-H 0–6), ka.	Kognitio (CPS 0–6), ka.	Terveysten vakaus (CHESS 0 - 5), ka.	Käytös- oire, %
Tietopoiminta		2024_2	2024_2	2024_2	2024_2	2024_2
Kaikki palveluntuottajat	Ympäri vuorokautinen palveluasuminen	41 376	3,4	3,4	1,5	42
	Vanhainkotihoito	1 740	3,9	3,5	1,4	40
Pirkanmaan hyvinvointialue	Ympäri vuorokautinen palveluasuminen	1 506	3,2	3,3	1,8	44

Pirkanmaan hyvinvointialue

	Vanhainkoti- hoito	304	4,0	3,6	1,7	47
Pohjois- Pohjanmaan hyvinvointi- alue	Ympärivuoro- kautinen palveluasus- minen	1 010	3,9	4,0	1,6	47
	Vanhainkoti- hoito	19	3,9	3,8	1,4	53
Päijät- Hämeen hyvinvointi- alue	Ympärivuoro- kautinen palveluasus- minen	892	3,6	3,3	1,6	46
Pohjois- Pohjanmaan hyvinvointi- alue	Ympärivuoro- kautinen palveluasus- minen	1 810	3,3	3,4	1,7	42
	Vanhainkoti- hoito	216	3,7	3,5	1,5	30

Liite 3

Ympärivuorokautisen asumisen ja laitoshoidon RAI. Ikä, hoitoaika, sairaalahoito tai päivystyskäynti 90 vrk aikana ja masennusepäily 2/2024

RAI-LTC EasyRALder		Ikä (vuosia), ka.	Hoitoaika : vuosia, ka.	Sairalah- oito tai käynti päivys- tyksessä 90 vrk aikana, %	Masennus- epäily = Masennusaste ikko 3–14 (DRS 0-14), %

Pirkanmaan hyvinvointialue

Tietopoiminta		2024_2	2024_2	2024_2	2024_2
Kaikki palveluntuottajat	Ympäri vuorokautinen palveluasuminen	84,3	2,4	9	41
	Vanhainkotihoito	83,0	2,5	10	38
Pirkanmaan hyvinvointialue	Ympäri vuorokautinen palveluasuminen	84,4	2,3	11	49
	Vanhainkotihoito	83,3	2,5	13	42
Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue	Ympäri vuorokautinen palveluasuminen	84,6	2,5	9	37
	Vanhainkotihoito	78,1	0,9	42	42
Päijät-Hämeen hyvinvointialue	Ympäri vuorokautinen palveluasuminen	84,2	2,5	11	42
Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue	Ympäri vuorokautinen palveluasuminen	85,6	2,4	7	42
	Vanhainkotihoito	85,7	2,3	6	35

Liite 3

Palvelun myöntämisen perusteet yhteisölliseen asumiseen eri hyvinvointialueilla. Lähteenä hyvinvointialueiden julkiset verkosta saatavat tiedot. Osassa alueita ei käytetä numeerisia RAI-arvoja.

Hyvinvointialue	MAPLe5-kriteeri (teksti)	MAPLe5_min	CPS-kriteeri (teksti)	ADL-H-kriteeri (teksti)	Muut mittarit / ehdot	Huomiot
Itä-Uusimaa	MAPLe_5 2–3	2	CPS 1–2	ADL-H 1–2	IADLCAP 2–5, SRD 2–3, ym. (liite)	RAI-arvot esitetty liitteessä.
Keski-Uusimaa (Keusote)	MAPLe ≥ 2	2	CPS ≥ 2	ADL-H 1–2	EVAC 3–6 (kaatumisriski) ym. (interRAI-HC)	RAI-arvot koskevat kotona asumista tukevia palveluja, yhteisöllistä asumista ja lyhytaikaishoitoa
Länsi-Uusimaa (LUVN)	MAPLe5 3–4	3	CPS 1–3	ADL-H ≥ 2	MMSE ≥ 18	Yhteisöllinen asuminen: viitteelliset RAI-arvot.
Vantaa-Kerava	MAPLe ≥ 3	3	CPS ≤ 2 (tai MMSE ≥ 19)	ADL-H ≥ 2	IHIER-C ≥ 5 ; viitteelliset arvot	Kriteereissä myös asiakkaan kokonaistilanne, turvallisuus jne.
Varsinais-Suomi (Varha)	MAPLe5 ≥ 3	3	CPS_6 ≥ 2 (tai)	ADLH_6 ≥ 2 (tai)	Jompikumpi: ADLH_6 ≥ 2 tai CPS_6 ≥ 2 + MAPLe5 ≥ 3	Kohdan yhteisöllinen asuminen ohjeelliset RAI-viitearvot.

Pirkanmaan hyvinvointialue

Satakunta (Sata)						Verkkohausta ei löytynyt MAPLe/CPS/ADL-H -rajoja yhteisölliseen asumiseen.
Pirkanmaa (Pirkanmaan hyvinvointialue)	MAPLe5 =4 (pääsääntö); <4 vain poikkeuksin	4	CPS ≥2 (osana 2/3 kriteeriä)	ADL-H ≥1 (osana 2/3 kriteeriä)	Lisäksi väh. 2/3: ADL-H1, IADLCH5, CPS2; taustalla MAPLe5 4	Yhteisöllisen asumisen myöntäminen sidottu useampaan mittariin; MAPLe<4 mahdollinen vain perustellusti.
Kanta-Häme (Oma Häme)	MAPLe5 3–4	3	CPS 1–3	ADL-H 1–3	Kriteerit hoivan tarpeen ja turvallisuuden perusteella	Yhteisöllinen asuminen: RAI-viitearvot kuvattu mittareina.
Päijät-Häme	MAPLe ≥2	2	CPS ≥1	ADL-H ≥1	IADLCH ≥2	Ohjeelliset RAI-arvot (kohdassa 4.3).
Kymenlaakso			CPS ≥2 (kotihoiton viitearvo)		SOCWD 4 ja/tai SOCFUNC (yhteisöllinen); kotihoiton viitearvoissa MAPLe5 ≥3 + CPS/ADL-L/IHIER	Yhteisölliselle asumiselle ei annettu MAPLe/CPS/ADL-H -rajoja; MAPLe viitearvot annettu kotihoiton myöntämiselle (ADL-L).

Pirkanmaan hyvinvointialue

Etelä-Karjala (EKHVA)					Yhteisöllinen: SOCWD (0– 12) käytössä arvioinnin tukena; ei MAPLe/CPS/ ADL-H - rajoja asiakirjassa	Yhteisöllisen asumisen osiossa korostuu turvattomuus ja sosiaalinen vetäytyminen (SOCWD).
Etelä-Savo (Eloisa)						Palveluoppaassa kuvataan yhteisöllinen asuminen, mutta ei julkaistu MAPLe/CPS/ADL -H -kynnysarvoja.
Pohjois-Savo						Asiakirja sisältää palvelukuvaukset; yhteisöllinen asuminen kuvattu, mutta ei numeerisia MAPLe/CPS/ADL -H -rajoja.
Pohjois- Karjala (Siun sote)						Asiakirjassa ei löydy MAPLe/CPS/ADL -H -kynnysarvoja yhteisölliseen asumiseen (tekstihaku).

Pirkanmaan hyvinvointialue

Keski-Suomi (Hyvaks)	MAPLe ≥3	3	CPS <3	ADL-H <5		Yhteisöllinen asuminen: viitteelliset arvot liitteessä.
Etelä- Pohjanmaa (HyvaEP)	MAPLe 3–4	3	CPS 2	ADL-H 1–2	IADL 11–18; DRS 3	Yhteisöllisen asumisen asiakkaalla tyypillisesti useita viitearvoja.
Pohjanmaa (OVPH)					Kriteeridoku mentti mainitsee yhteisöllisen asumisen, mutta ei esitä MAPLe/CPS/ ADL-H - kynnysarvoja yhteisölliselle asumiselle	Dokumentti painottuu ympäri vuorokautis en palveluasumisen kriteereihin; RAI- mittareiden kuvaukset mukana.
Keski- Pohjanmaa (Soite)						Dokumentti ei sisällä RAI- kynnysarvoja (MAPLe/CPS/AD L-H) yhteisölliseen asumiseen.
Pohjois- Pohjanmaa (Pohde)					Yhteisöllinen asuminen: RAI-välinettä käytetään arvioinnin tukena,	Asiakirjassa ohjeelliset RAI- tulokset mainitaan mutta ei listata mittariarvoja.

Pirkanmaan hyvinvointialue

					mutta asiakirjassa ei numeerisia kynnysarvoja	
Kainuu	MAPLe ≥4	4	CPS ≥3	ADLH ≥2	IADLCH ≥5; ABS <5	Yhteisölliseen asumiseen ohjaamisen viitteelliset RAI- arvot listattu.
Lappi (Lapha)	MAPLe5 ≥3	3	CPS ≥2	ADLH ≥1	IADL 8–13; IHIER 2–3; DRS 3–5	Yhteisöllinen asuminen: viitteelliset arvot (interRAI).

Liite 3

Palvelun myöntämisen perusteet ympärivuorokautiseen asumiseen eri hyvinvointialueilla. Lähteenä hyvinvointialueiden julkiset verkosta saatavat tiedot. Osassa alueita ei käytetä numeerisia RAI-arvoja.

Hyvinvointialue	MAPLe5- kriteeri (teksti)	CPS-kriteeri (teksti)	ADL-H- kriteeri (teksti)	Muut mittarit / ehdot
Pirkanmaa (Pirkanmaan hyvinvointialue)	MAPLe 5 = 5 (pääsääntö)	CPS ≥ 3 (yksi lisäkritereistä)	ADL-H ≥ 2 (yksi lisäkritereistä)	MAPLe5=5 + vähintään 2 seuraavista: ADL-H≥2, IADLCH=6, CPS≥3; jos MAPLe5=4 ja 2 muuta täyttyy → SAS-harkinta.
Keski-Suomi (Hyvaks)	MAPLe ≥ 4	CPS ≥ 3	ADL-H ≥ 4	
Länsi-Uusimaa (LUVN)	MAPLe5 4– 5	CPS 3–6	ADL-H 3–6	Lisäksi mm. IADLCH 4–6; muut huomioitavat: DRS 3–14, CHESS 1–5, SOCFUNC...

Pirkanmaan hyvinvointialue

Itä-Uusimaa	MAPLe 4–5	CPS 3–6	ADL-H 4–6	
Vantaa ja Kerava	MAPLe 4–5	CPS 3–6	ADL-H 4–6	
Keski-Uusimaa (Keusote)	MAPLe vähintään 4	CPS vähintään 3	ADL-H vähintään 4	Lisäksi (jos yllä olevat eivät täyty) huomioidaan mm. EVAC-riskiluokat, DRS, CHESS, IADLCH/IHIER-C, ABS...
Varsinais-Suomi (Varha)	MAPLe ≥ 4	CPS ≥ 3 (tai ADL-H ≥ 3)	ADL-H ≥ 3 (tai CPS ≥ 3)	Edellyttää: ADLH ≥ 3 ja/tai CPS ≥ 3 ja lisäksi MAPLe ≥ 4 .
Satakunta	MAPLe 4–5	CPS 3–6 (2/3 lisäkritteristä)	ADL-H ≥ 3 (2/3 lisäkritteristä)	MAPLe 4–5 + lisäksi vähintään 2 seuraavista: ADLH ≥ 3 , IADLCH 5–6, CPS 3–6.
Kanta-Häme (Oma Häme)	MAPLe5 = 5	CPS ≥ 4 (tai ADL_6 ≥ 3)	ADL_6 ≥ 3 (tai CPS ≥ 4)	Edellytys: MAPLe_5=5 ja lisäksi vähintään yksi: ADL_6 ≥ 3 tai CPS_6 ≥ 4 .
Päijät-Häme	MAPLe5 ≥ 4	CPS ≥ 3	ADL-H ≥ 3	
Etelä-Pohjanmaa (HyvaEP)	MAPLe 4–5	CPS ≥ 3	ADL-H ≥ 4	MAPLe 4–5 + lisäksi ADL-H ≥ 4 ja CPS ≥ 3 sekä vielä yksi: IHIER-C=6 tai DRS ≥ 3 tai ABS=5.
Pohjanmaa	MAPLe 4–5	CPS >2–6	ADLH 3–6	Lisäksi voidaan huomioida mm. IHIER-C 5–6 ja CHESS >3 (joissain tapauksissa MAPLe voi olla pienempi, jos CHESS>3).
Kainuu	MAPLe 5	CPS > 4	ADLH > 4	

Pirkanmaan hyvinvointialue

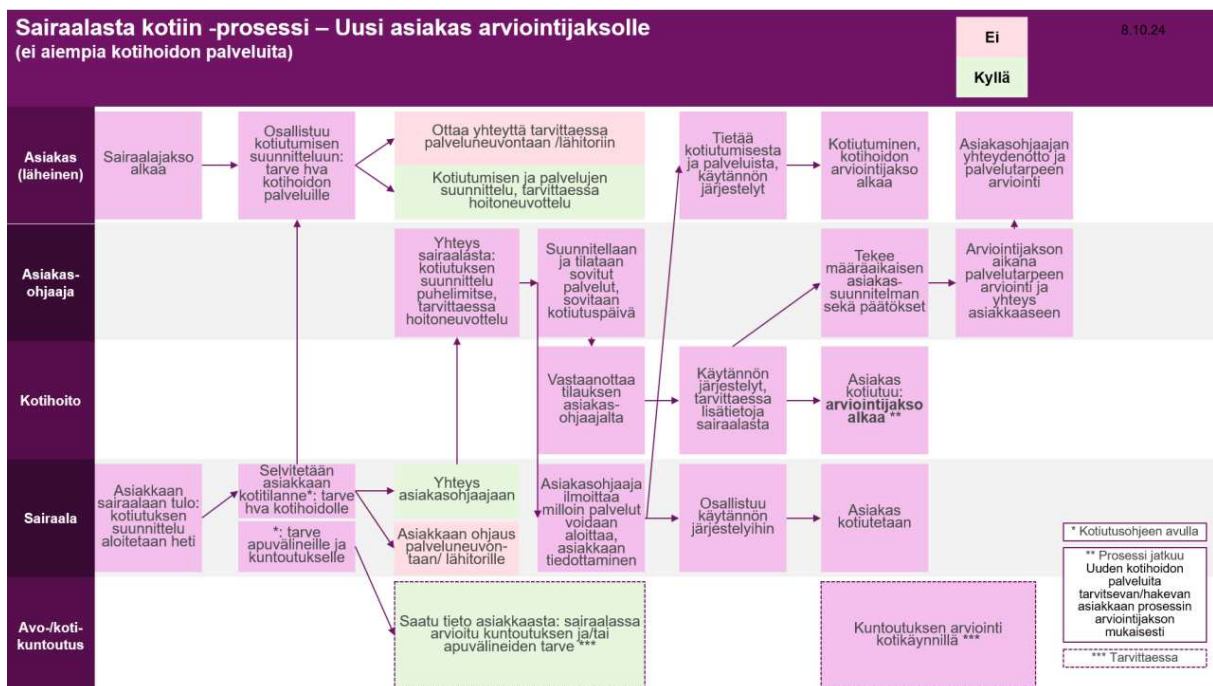
Lappi (Lapha)	MAPLe ≥ 4	CPS ≥ 3	ADLH ≥ 4	Lisäksi IHIER-C ≥ 3 mainittu viitearvona.
Pohjois-Savo	MAPLe 5: 4–5	CPS > 4	ADL-H > 4	
Pohjois-Pohjanmaa (Pohde)		CPS ≥ 3 (asiakasryhmä 2) / CPS ≥ 2 + vaeltelu (asiakasryhmä 3)	ADL-H ≥ 4 (asiakasryhmä 1) / ADL-H ≥ 3 (asiakasryhmä 2)	Perusteasiakirjassa ei annettu MAPLe-viitearvoja; RAI-arvot esitetty asiakasryhmittäin (ADL-H, CPS + vaeltelu).
Etelä-Karjala	MAPLe5 4 tai suurempi (tulkinta)	CPS 4 tai suurempi (tulkinta)	ADL-H 4 tai suurempi (tulkinta)	Dokumentissa luetellaan mittarit (CPS, ADL-H, IADLP, MapLe5) ja sen yhteydessä toistuu '4 tai suurempi' -kirjaus; taulukon otsikot eivät näy tekstipoiminnassa.
Kymenlaakso				Palvelukuvauksessa todetaan, että RAI-viitearvot on määritelty erillisissä myöntämisperusteissa (ei sisällä numeerisia rajoja tässä pdf:ssä).
Etelä-Savo (Eloisa)				Palveluoppaassa esitetään myöntämisperusteet taulukkona, mutta ilman RAI-mittareiden numeerisia viitearvoja.
Pohjois-Karjala				Tässä 'myöntämisen perusteet ja sisältö' -asiakirjassa kuvataan

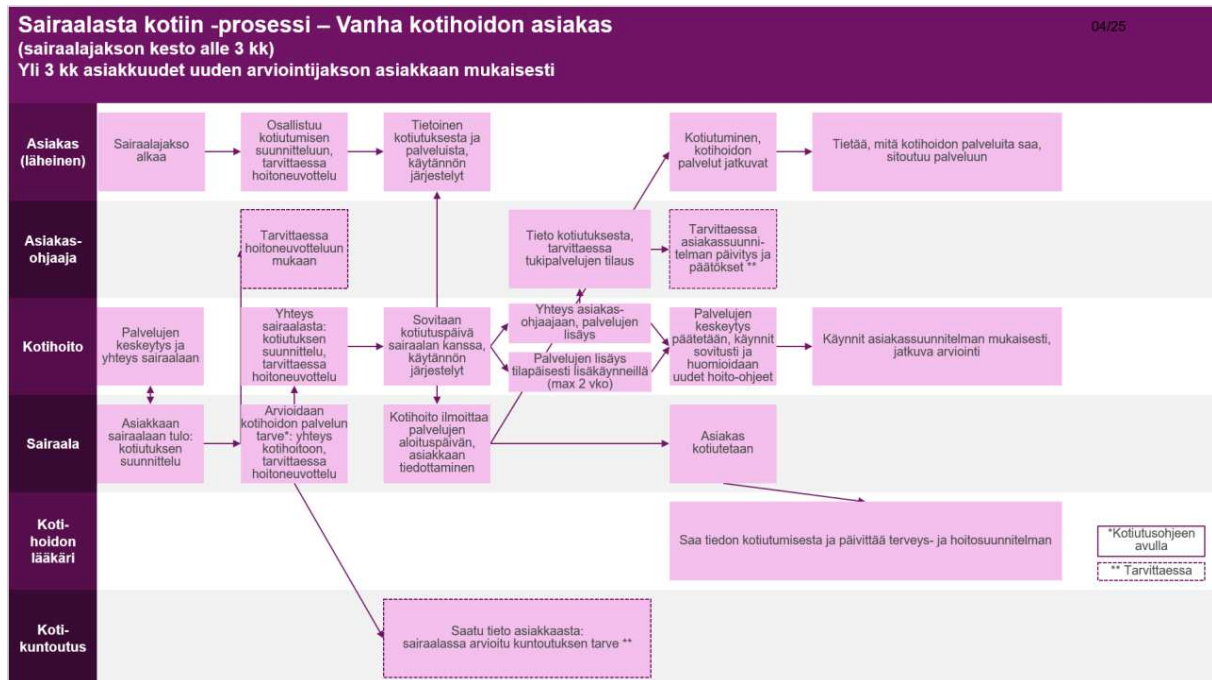
Pirkanmaan hyvinvointialue

				palvelun sisältö ja prosessi, mutta ei MAPLe/CPS/ADL-H -viitearvoja.
Keski-Pohjanmaa (Soite)				Myöntämisperusteasiakirja sisältää laadulliset kriteerit, mutta ei MAPLe/CPS/ADL-H numeerisia rajoja (ainakaan tekstimuodossa).

Liite 4

Sairaalasta kotiin -prosessi





Liite 5

Kotihoidon, yhteisöllisen asumisen ja ympärivuorokautisen asumisen yleisimmät päivystyksen ja erikoissairaanhoidon ICD-10 diagnoosit vuonna 2024

1. Kotihoidon asiakkaiden yleisimmät ICD10-diagnoosit Acutan ja TAYS Valkeakoski päivystyksessä vuonna 2024.

R53	Huonovointisuus ja väsymys	441
I50.9	Sydämen vajaatoiminta NAS	216
J18.9	Määrittämätön keuhkokuume	199
S01.0	Päänahan haava	134
N10	Ak.tubulointerstit.nefriitti	132
S06.0	Aivotärähdytys	124
M79.6	Raajakipu	108
N30.0	Äkillinen virtsarakkotulehdus	102
N39.0	Virtsatieinfektio,sij.ei määr.	93
R33	Virtsaumpi	90
U07.1	COVID-19-virusinfektio, varmistettu	89

Pirkanmaan hyvinvointialue

A46	Ruusu	88
R07.4	Määrittämätön rintakipu	84
Z76.9	Yhteydenotto terveysterveyspalvel.NAS	80
R42	Pyöräytys ja huimaus	79
R50.9	Määrittämätön kuume	77
R55	Pyöräytyminen ja kollapsi	72
S72.0	Reisiluun kaulan murtuma	71
A49.9	Bakt-inf NAS, sij ei-määr	69
A09	Tartt. olet. ripuli/g-e-iitti	66

Kotihoidon asiakkaiden yleisimmät ICD10-diagnoosit erikoissairaanhoidon sairaanhoitojaksoilla vuonna 2024

I50.9	Sydämen vajaatoiminta NAS	170
R53	Huonovointisuus ja väsymys	164
J18.9	Määrittämätön keuhkokuume	155
N10	Ak.tubulointerstit.nefriitti	97
S72.0	Reisiluun kaulan murtuma	87
I70.2	Raajojen valtimoiden ateroskleroosi	63
A46	Ruusu	61
S72.1	Fr pertrochanterica	56
U07.1	COVID-19-virusinfektio, varmistettu	56
N39.0	Virtsatieinfektio,sij.ei määr.	51
A49.9	Bakt-inf NAS, sij ei-määr	48
I50.0	Kongest.sydämen vajaatoiminta	46
E87.1	Hypo-osmolaliteetti+hyponatremia	42

Pirkanmaan hyvinvointialue

S01.0	Päänahan haava	39
N30.0	Äkillinen virtsarakkotulehdus	38
A09	Tartt. olet. ripuli/g-e-iitti	36
R50.9	Määrittämätön kuume	36
I63.9	Määrittämätön aivoinfarkti	34
M79.6	Raajakipu	34
I48.2	Pysyvä eteisvärinä	32

Yhteisöllisen asumisen asiakkaiden yleisimmät ICD10-diagnoosit Acutan ja TAYS Valkeakoski päivystyksessä vuonna 2024.

J18.9	Määrittämätön keuhkokuume	23
R53	Huonovointisuus ja väsymys	22
I50.9	Sydämen vajaatoiminta NAS	22
S01.0	Päänahan haava	13
S72.0	Reisiluun kaulan murtuma	11
S06.0	Aivotärähdys	11
M79.6	Raajakipu	10
N10	Ak.tubulointerstit.nefriitti	9
N30.0	Äkillinen virtsarakkotulehdus	9
R06.0	Hengenahdistus	9
A46	Ruusu	8
N39.0	Virtsatieinfektio,sij.ei määr.	7
M54.5	Lanneselän kipu	6
A49.9	Bakt-inf NAS, sij ei-määr	5
E87.1	Hypo-osmolaliteetti+hyponatremia	5

Pirkanmaan hyvinvointialue

R07.4	Määrittämätön rintakipu	5
R10.4	Muu tai määrittämätön vatsakipu	5
R33	Virtsaumpi	5
Z76.9	Yhteydenotto terveystervepalvel.NAS	<5
U07.1	COVID-19-virusinfektio, varmistettu	<5

Yhteisöllisen asiakkaiden yleisimmät ICD10-diagnoosit erikoissairaanhoidon sairaanhoitojaksoilla vuonna 2024

I50.9	Sydämen vajaatoiminta NAS	13
J18.9	Määrittämätön keuhkokuume	11
S72.0	Reisiluun kaulan murtuma	11
I50.0	Kongest.sydämen vajaatoiminta	8
A46	Ruusu	5
N10	Ak.tubulointerstit.nefriitti	5
R53	Huonovointisuus ja väsymys	5
R07.4	Määrittämätön rintakipu	<5
R33	Virtsaumpi	<5
I35.2	Aorttaläpän ahtauma ja vuoto	<5
S01.0	Päänahan haava	<5
S06.0	Aivotärähdys	<5
S72.1	Fr pertrochanterica	<5
U07.1	COVID-19-virusinfektio, varmistettu	<5
A41.8	Muu septikemia	<5
C22.0&	Maksasolukarsinooma	<5
E87.1	Hypo-osmolaliteetti+hyponatremia	<5

Pirkanmaan hyvinvointialue

F20.21	Katatoninen skitsofrenia jaksottainen,	<5
F22.0	Harhaluuloisuushäiriö	<5
G91.2	Normaalipaineinen vesipäisyys	<5

Ympäri vuorokautisen asumisen asiakkaiden yleisimmät ICD10-diagnoosit Acutan ja TAYS Valkeakoski päivystyksessä vuonna 2024

R99	Kuolema NAS	185
S72.0	Reisiluun kaulan murtuma	73
S01.0	Päänahan haava	70
R33	Virtsaumpi	55
J18.9	Määrittämätön keuhkokuume	47
N10	Ak.tubulointerstit.nefriitti	30
M79.6	Raajakipu	24
S72.1	Fr pertrochanterica	24
I50.9	Sydämen vajaatoiminta NAS	23
S06.0	Aivotärähdys	19
I63.9	Määrittämätön aivoinfarkti	18
Z43.5	Kystostooman huolto	18
A49.9	Bakt-inf NAS, sij ei-määr	17
S70.0	Lonkan ruhje	17
R53	Huonovointisuus ja väsymys	16
S52.5	Värttinäluun alaosan murtuma	16
Z76.9	Yhteydenotto terveyspalvel.NAS	14
S42.2	Olkaluun yläosan murtuma	13
S72.3	Reisiluun varren murtuma	12

R50.9 Määrittämätön kuume 12

Ympäri vuorokautisen asumisen asiakkaiden yleisimmät ICD10-diagnoosit erikoissairaanhoidon sairaanhoitojaksoilla vuonna 2024

S72.0	Reisiluun kaulan murtuma	73
J18.9	Määrittämätön keuhkokuume	34
S72.1	Fr pertrochanterica	26
I70.2	Raajojen valtimoiden ateroskleroosi	17
N10	Ak.tubulointerstit.nefriitti	15
I50.9	Sydämen vajaatoiminta NAS	14
S72.3	Reisiluun varren murtuma	11
A49.9	Bakt-inf NAS, sij ei-määr	7
A41.5	Muu gramnegat.sepsis	6
M96.6	Ortop.istutteen jälk.luunmurtu	6
S72.2	Fr.subtrochanterica	6
F00.20*G30.8	Alzh.epät.dementia ei lisäoir	5
I50.0	Kongest.sydämen vajaatoiminta	5
K80.0	Sappirakkokivitauti,ak.tulehdu	5
K92.1	Meleena	5
M79.6	Raajakipu	5
R31	Määrittämätön verivirtsaisuus	5
Z51.5	Palliativinen hoito	5
A46	Ruusu	<5
C83.31	Diff suurt. B-solujen lymfooma	<5

Liite 6

IKI2035 Aluehallituksen raportti 1–6/2025

IKI2035

Ikäihmisten palvelujen kehittämishjelma

Seurantamalli ja raportointi

1–6/2025

Aluehallituksen raportti

Pirkanmaan
hyvinvointialue

Peittävyys- ja asiakasluvut kerätään useista eri järjestelmistä, tilastointivirheet mahdollisia.

Tilannekuva 6/25 peittävyys% yli 80-vuotiaiden osalta (poikkileikkauspäivä 30.6.2025 mukaan)

Palvelu	Peittävyys-% (80+ vuotiaat)		
	Lähtötilanne 12/23	Toteuma 6/25	Tavoite 2030
Laitoshoito	0,7 %	0,5 %	0,0 %
Ympäri vuorokautinen palveluasuminen	9,8 %	10 %	8,0 %
Yhteisöllinen asuminen* ja perhehoito	1,2 %	1,9 %	2,8 %
Yhteisöllinen asuminen	0,7 %	1,3 %	(määritellään syksyn -25 aikana)
Perhehoito	0,4 %	0,6 %	(määritellään syksyn -25 aikana)
Kotihoito**	-	10,6 %	-
Säännöllinen kotihoito	10,7 %	10,0 %	9,1 %
Kotihoidon arviointijakso	-	0,5 %	-
Tilapäinen kotisairaanhoido	-	0,1 %	-
Omaishoito	3,3 %	3,2 %	4,0 %

Kaikkien palveluiden peittävyydet etenivät tavoitteiden suuntaisesti, lukuun ottamatta ympäri vuorokautisen palveluasumisen peittävyyttä. Ympäri vuorokautisen palveluasumisen ostopalveluiden määrää on jouduttu lisäämään sairaalapalveluiden osastojen kuormittuneisuuden vuoksi.

Pirkanmaan
hyvinvointialue

* Yhteisöllisen asumisen hoito toteutetaan säännöllisenä kotihoidon palveluna, jolloin kotihoidon rivillä voi tapahtua samassa suhteessa pienenemistä.

** Kotihoidon tilastointiin ei ole valtakunnallisesti yhtenäistä tilastointitapaa (poikkileikkaus vs. pitkäitkestarkastelu)

Peittävyyys- ja asiakasluvut kerätään useista eri järjestelmistä, tilastointivirheet mahdollisia

Tilannekuva 6/25 asiakasmäärä yli 65-vuotiaiden osalta (poikkileikkauspäivä 30.6.2025 mukaan)

Palvelu	Asiakkaat (kokonaismäärä 65+ vuotiaat)		
	Lähtötilanne 12/23	Toteuma 06/25	Tavoite 2030
Laitoshoidto	342	262	0
Ympäri vuorokautinen palveluasuminen	4399	4471	5173
Yhteisöllinen asuminen ja perhehoito	521	923	1485
Yhteisöllinen asuminen*	310	586	
Perhehoito**	211	337	
Kotihoito***	-	5414	-
Säännöllinen kotihoito	5301	5087	5683
Kotihoidon arviointijakso	-	276	-
Tilapäinen kotisairaanhoidto	-	51	-
Omaishoidto	2142	2066	2643

- Laitoshoidon asiakasmäärä laski tavoitteen suuntaisesti
- Ympäri vuorokautisen palveluasumisen asiakasmäärä nousi hieman
 - Omat palvelut 35 % (12/24 37 %), ostopalvelu 65 % (12/24 63 %)
- Yhteisöllisen asumisen ja perhehoidon asiakasmäärät nousivat
 - Yhteisöllinen asumisen omat palvelut 15 % (12/24 20 %), ostopalvelu 85 % (12/24 80 %)
 - Perhehoidon asiakasmäärien kasvuun vaikuttaa myös parantunut raportointi, mukana nyt myös lyhytaikaisen perhehoidon asiakkaat, joita lähtötilanteessa ei saatu raportoitua **
- Kotihoidon luku sisältää säännöllisen kotihoidon, arviointijakson sekä tilapäisen kotisairaanhoidon asiakkaat (luvuissa ei ole mukana tilapäisiä asiakkaita tai asiakkaita, joilla on vain tukipalveluita)
 - Säännöllisen kotihoidon asiakasmäärä laski jonkin verran, mutta yli 75 v ja yli 80 vuotiaiden osuus asiakasmäärästä on kasvanut ***
- Omaishoidon tuen asiakasmäärä laski jonkin verran (yli 65-vuotiaiden osalta)

Pirkanmaan hyvinvointialue

* Yhteisöllisen asumisen hoito toteutetaan säännöllisenä kotihoidon palveluna, jolloin kotihoidon rivillä olevat asiakasmäärät voivat hieman pienentyä yhteisöllisen asumisen asiakasmäärien hieman kasvaessa

*** Kotihoidon tilastointiin ei ole valtakunnallisesti yhtenäistä tilastointitapaa (poikkileikkaus vs. pitkäaikaistarkastelu)

IKI2035-ohjelman osatavoitteiden tilanne [1-6/2025]

Ydintavoite: Toiminnallisesti ja taloudellisesti kestävä palvelurakenne						
Kehityks-alueet	1. Ammatillisen neuvonnan, ohjauksen ja ennalta-ehkäisevien palvelujen vahvistaminen	2. Kotona asumista tukevien palvelujen vahvistaminen	3. Asumispalvelujen rakenteen keventäminen	4. Integraation vahvistaminen yhdyspinnoissa	5. Vaikuttavat teknologiaratkaisut	
Osa-tavoitteet	1.1 Ammatillisen neuvonnan ja ohjauksen tarjoaman ja saatavuuden vahvistaminen	2.1 Kotihoidon kestävyysvarmistaminen	3.1 Yhteisöllisen asumisen laajentaminen	4.1 Integraation vahvistaminen ikääntyneiden sote-palvelujen yhdyspinnoissa	5.1 Asukkaille tarjottavien digitaalisten ratkaisujen ja käyttäjien tuen vahvistaminen	
	1.2 Ennaltaehkäisevän toiminnan vahvistaminen	2.2 Lyhytaikaisen hoidon vahvistaminen	3.2 Ympäri vuorokautisen palveluasumisen soveltaminen asiakastarpeisiin, henkilöstöön ja talouteen	4.2 Monitoimisuuden hyödyntäminen tarkoituksenmukaisesti ja kustannustehokkaasti	5.2 Tuottavuutta ja palveluiden saatavuutta parantavien teknologioiden käytön laajentaminen	
	1.3 Asiakasohjauksen toimintamallien ja prosessien yhtenäistäminen	2.3 Kuntouttavan työn vahvistaminen ja päivätoiminnan kehittäminen	3.3 Laitoshoidon purku	4.3 Kumppanuuksien vahvistaminen (kolmas sektori, HYTE, yhdyspintatyö)	5.3 Tiedolla johtamisen kehittäminen	
	1.4 RAI-osaamisen vahvistaminen ja tiedon systemaattinen ja yhdenmukainen hyödyntäminen	2.4 Uusien kotona asumista tukevien toimintamallien ja palvelumuotojen käyttöönotto	3.4 Omaishoidon vahvistaminen			
			3.5 Kiinteistötalouden arviointi ja kiinteistöjen käytön soveltaminen rakennemuutokseen			

Selitteet			
● Etenee suunnitellusti	● Lieviä haasteita / riskejä	● Merkittäviä haasteita / riskejä	
↑ Muutos edellisestä raportoinnista			

Pirkanmaan hyvinvointialue

IKI2035-ohjelman yleistilanne [1-6/2025]

Pääviesti ohjelman tilanteesta	
Ohjelman toimeenpano eteni pääsääntöisesti tavoitteiden mukaisesti. Kustannussäästöjä saavutettiin erityisesti vuokratyövoiman käytön vähentämisessä ja ostopalveluiden kustannusten hillinnässä. Kuitenkin isoksi haasteeksi palveluverkkosuunnitelman etenemisessä laitoshoidon osalta muodostui edelleen sopivien korvaavien tilojen puute. Omien palveluiden vahvistuminen, erityisesti kaikissa asumisen palveluissa, oli suunniteltua hitaampaa sopivien tilaratkaisujen puuttuessa vaikuttaen ostopalvelujen riittävään vähentämiseen.	
Eteneminen / saavutukset (edellinen 6kk)	Toiminnan painopisteet (seuraava 6kk)
- Yli 65-vuotiaiden huoli-ilmoituksissa otettiin käyttöön keskitetty käsittelyprosessi - Toteutettiin lähtöriiden hankinta - Omais- ja perhehoidon vahvistamisen hanke (PIRKKO, STM-rahoitus) käynnistyi ja otettiin käyttöön omaishoitajille suunnattu uutiskirje - Päätös kuntouttavan päivätoiminnan järjestämistavasta tehtiin aluehallituksessa - Lyhytaikaista hoitoa vahvistettiin omassa tuotannossa ja hankinnalla sekä Pirha Paikkahallinta -järjestelmällä - Asiakaskokemuksen keruu ja asiakkaiden osallistaminen laajentui eri palveluissa - Uudistettu ympärivuorokautisen palveluasumisen palveluseteli otettiin käyttöön - Omaa palvelua vahvistettiin kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa palveluasumisessa - Yhteisöllisessä asumisessa ja ympärivuorokautisessa palveluasumisessa kapasiteetti kasvoi sekä omissa palveluissa että ostopalvelussa - Laitoshoidon purun valmistelu jatkui ja yhteensovitettiin tilapalveluiden kanssa	- Sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmän käyttöönotto - Kotihoidon toiminnanohjausjärjestelmän käyttöönotto - Palveluhankintojen valmistelu ja toimeenpano hankintasuunnitelman mukaisesti - Ympäri- ja vuorokautisen palveluasumisen palvelusetelin käyttöä lisätään - Pilotoidaan ympärivuorokautisen palveluasumisen asiakkaiden yksilöllistä palvelutarvetta RAI-arviointimittaria hyödyntäen henkilöstömitoituksen pohjalta - Tehdään päätös palveluneuvonnan tuotantotavasta - Kuntouttavan päivätoiminnan käynnistäminen toimipisteissä ja etähoivan asiakkaille etätoimintana - Palvelujen myöntämisperusteiden päivittäminen - Kotihoidon asiakkaiden kotiutuksiin UOMA-järjestelmän käyttöönoton laajentamisen valmistelu/edistäminen vuodelle 2026 - Pirhan sisäinen "Ikäntyneiden palveluketjujen selvitys- ja kehittämishanke" käynnistyy - Käynnistetään ikäihmisten hyte-verkosto kuntien ja Pirhan yhteistyönä
Viivästyks / Haasteet / Riskit	
- Laitoshoidon purku viivästyy korvaavien tilojen puuttumisen vuoksi - Asumisen palveluiden oma tuotanto ei vahvistu riittävästi tilapuutteiden vuoksi - Palvelurakenteen keventäminen ei onnistu tavoitellussa aikataulussa, jolloin toimintaan osoitetut määrärahat eivät tule riittämään - Riskinä on, että useiden eri tietojärjestelmien käyttöönotto ja yhteensovittaminen ei etene suunnitellusti aiheuttaen ylimääräisiä kustannuksia ja resurssihaasteita	

**Pirkanmaan
hyvinvointialue**

Liite 7

Haastattelut

1. Nykytila ja haasteet

- Mitkä ovat mielestänne suurimmat haasteet vanhusten palveluissa tällä hetkellä?
- Millaisia haasteita kohtaatte vanhusten sairaanhoidon järjestämisessä eri hoitoympäristöissä (kotihoito, palveluasuminen, sairaala)?
- Koetteko, että palvelut vastaavat asiakkaiden todellisia tarpeita?

2. Arviointi, oikea-aikaisuus ja vaikuttavuus

- Miten hyvin nykyinen palvelutarpeen arviointimalli (esim. RAI) toimii käytännössä?
- Milloin ikääntynyt asiakas pääsee mielestänne oikea-aikaisesti hoidon tai palvelun piiriin?
- Kuinka hyvin hoitopolku toimii esimerkiksi akuutista sairaalahoidosta kotiin tai asumispalveluihin?

3. Moniammatillisuus ja integraatio

- Miten eri ammattiryhmien yhteistyö toimii vanhusten hoidossa (esim. lääkärit, hoitajat, sosiaalityöntekijät)?

- Miten perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido onnistuvat koordinoimaan vanhusten hoitoa?
 - Onko kuntoutuksen rooli riittävä osana palveluprosessia?
4. Kehittämistarpeet ja innovaatiot
- Miten kuntoutuksen roolia tulisi vahvistaa vanhustenhoidossa?
 - Mihin suuntaan vanhusten palveluja tulisi kehittää seuraavan 5 vuoden aikana?
 - Onko uusia toimintamalleja (esim. digipalvelut, liikkuvat tiimit, kotiutustiimit), joita pitäisi laajentaa?
 - Mitä kehittämishankkeita teillä on parhaillaan käynnissä?
5. Asiakslähtöisyys ja osallisuus
- Miten vanhusten oma ääni ja toiveet otetaan huomioon palveluissa?
 - Koetteko, että omaiset ja läheiset ovat riittävällä tavalla mukana hoitoprosessissa?
 - Onko asiakkaille tarjolla valinnanmahdollisuuksia (esim. palvelusetelit, asumismuodot)?
6. Resurssit ja rakenteet
- Riittävätkö henkilöstöresurssit nykyisten tarpeiden hoitamiseen?
 - Mitä tekisitte toisin, jos saisitte lisäresursseja?
 - Miten arvioitte nykyisten rakenteiden (esim. kotihoito vs. asumispalvelut) toimivuutta?
7. Seuranta, laatu ja vaikuttavuus
- Miten seuraatte vanhuspalveluiden vaikuttavuutta tai laatua?
 - Onko teillä käytössä asiakaspalautetta tai muita arviointityökaluja?
 - Mistä tunnistaa onnistuneen hoidon tai palvelun vanhusasiakkaalle?
8. Lainsäädäntö ja ohjaus
- Mitä toivotte valtakunnalliselta ohjaukselta tai lainsäädännöltä vanhuspalveluiden kehittämiseen?
 - Onko nykyinen sääntely liian jäykkää vai liian väljää?
9. Loppukysymykset
- Mikä on tärkein asia, jota haluat kehittää? Onko nykyisessä organisaatiossa kokonaisuutena jotain sellaista, joka estää kehittämisen tai vaikeuttaa toiminnan sujuvuutta?
 - Mitä toivot tämän työryhmän saavuttavan?

Haastatellut:

Haapasalmi Saila

Palliatiivinen keskus ja kotisairaalapalvelut

Vastuualuejohtaja

Heikkinen Virpi

Avokuntoutuksen vastuualuejohtaja

Hellgren Sanni

Polikliniset ja asumisen lääkäripalvelut

Ylilääkäri

Sonja Hietaranta

Päivystyksen vastuualue, Akuuttihoidon toimialue

Ylihoitaja

Jutila Tuula

Ikäihmisten palvelut, yhteiset palvelut

Toimialuejohtaja

Kantola Anne

Lähipalvelusairaala

Vastuualuejohtaja

Leppänen Olli

sairaalapalveluiden Ylilääkäri

Miettinen Sirkku

Kotona asumista tukevien palvelujen vastuualue

Palvelujohtaja

Mustajoki Sami

Sisätaudit

Vastuualuejohtaja

Ollinpoika Mari

Ikäihmisten palvelut

Toimialuejohtaja

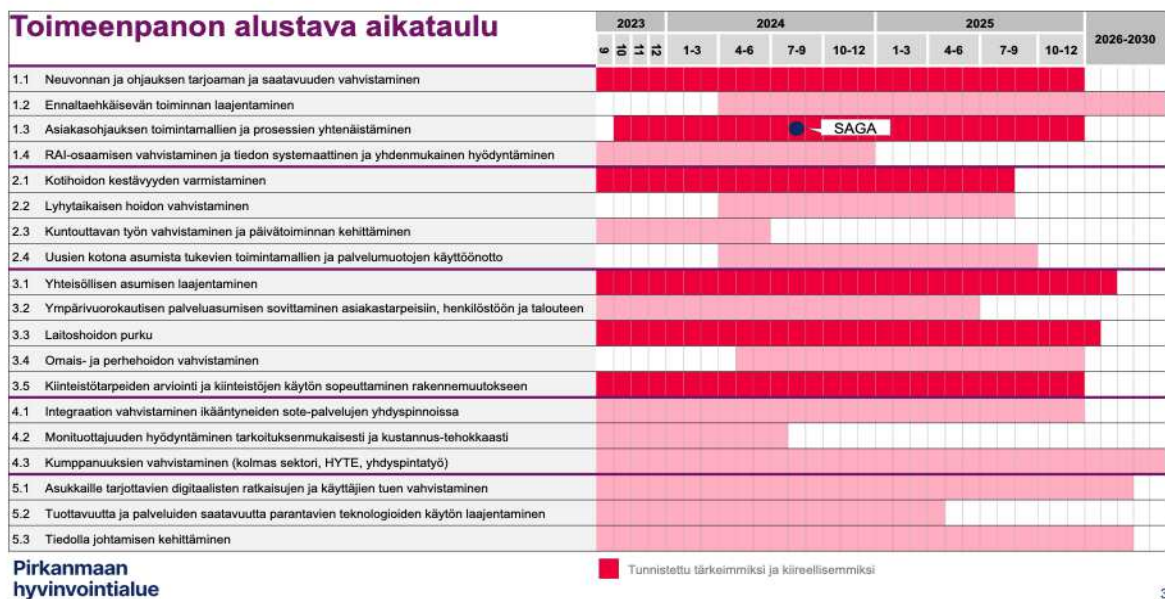
Taimi Kaisa

Asiakasohjaus vastuualue

Palvelujohtaja

Liite 8

IKI2035-kehittämishjelman toimeenpanon aikataulu



36

14 Lähteet ja taustakirjallisuus

Kaikki tietokantaviitaukset viitattu 9–11/2025 tehdyillä hauilla:

THL: <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/metadata/indicators>

THL: easyrider RAI-HC ja RAI-LTC tietokannat

<https://valvira.fi/sosiaali-ja-terveydenhuolto/yhteisollinen-asuminen>

https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/2014/1301#chp_1

https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/2012/980#chp_3_sec_18

https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/2010/1326#chp_7_sec_64

Ikäihmisten palveluiden kehittämisohjelma IKI2035, Pirkanmaan hyvinvointialue:

[https://www.Pirkanmaan hyvinvointialue.fi/documents/d/guest/iki2035-ikaihminen-palvelujen-kehittamisohjelmaluonnos](https://www.Pirkanmaan_hyvinvointialue.fi/documents/d/guest/iki2035-ikaihminen-palvelujen-kehittamisohjelmaluonnos)

Pirkanmaan hyvinvointialue. Osavuosisiraportteja

Kohti parempaa vanhuutta konsensuslausuma 2012, Duodecim:

<https://www.duodecim.fi/wp-content/uploads/sites/9/2016/02/konsensuslausuma20122.pdf>

Marcus Tullius Cicero. Vanhuudesta (Cato maior de senectute ,engl On Old Age)

[lääkäiden toimintakyky ja koettu avuntarve Suomessa – Terve Suomi -tutkimuksen tuloksia](#). Päivi Sainio, Marja Holm, Teija Hammar, Katja Ilmarinen, Marjaana

Pennanen, Anna-Mari Aalto, Katri Sääksjärvi, Seppo Koskinen. Gerontologia 3/2025

Lehto V, Seinälä L, Aaltonen M. Tehostetun palveluasumisen asukkaiden ennalta suunnittelelmattomat siirrot – taustatekijät ja siirtojen syyt. Gerontologia 2015; 1:12–24.

Vanttaja K, Seinälä L, Valvanne J. Elämän loppuvaiheen sairaalasiirrot ja hoidon suunnittelu tehostetussa palveluasumisessa Tampereella 2011. Gerontologia 2015; 2:61–74.

Lehmus A, Seinälä L, Valvanne J. Comparative study of perceptions of family members to the end-of-life care in residential care facilities and hospitals in Tampere, Finland. J Hosp Adm 2015;4(5):84–9.

Forma L, Aaltonen M, Pulkki J, Raitanen J, Rissanen P, Seinälä L, Valvanne J, Jylhä M. Pitkäaikaishoito viimeisenä elinvuotena – Vertailussa suuret kaupungit ja muu Suomi 2002–2013. Suom Lääkäril 2018; 73:2086–91. Forma L, Aaltonen M, Pulkki J, Raitanen J, Rissanen P, Seinälä L, Valvanne J, Jylhä M. Pitkäaikaishoito viimeisenä elinvuotena. Vertailussa suuret kaupungit ja muu Suomi 2002–2013. Suomen lääkärilehti, 38/2018, s 2086–2098.

Haapamäki E, Huhtala H, Löfgren T, Mylläri E, Seinelä L, Valvanne J. Iäkkäät päivystyksen käyttäjinä. 70 vuotta täyttäneiden tamperelaisten päivystyskäynnit vuosina 2011–2012. Kuntaliitto 2014.

Seinelä L, Lehto V, Vanttaja K, Lehmus A, Valvanne J. Elämänloppuvaiheen hyvä hoito tehostetussa palveluasumisessa. Esimerkkinä Tampereen kehittämistyö. Kuntaliitto 2015.

Formal long-term care, individualisation and filial responsibility: a multi-level analysis of 21 European countries. Juha Kääriäinen INVEST Research Flagship Centre, University of Turku, Turku, Finland, and Antti O. Tanskanen and Mirkka Danielsbacka Population Research Institute, Väestöliitto, Helsinki, Finland and University of Turku, Turku, Finland. *International Journal of Sociology and Social Policy* (2024) 44 (13–14): 116–131

Kun tauti paranee, mutta potilas ei: Sairaalahoitoon liittyvä toimintakyvyn heikentyminen. Esa Jämsen, Hanna Kerminen, Timo Strandberg, Jaakko Valvanne. *Suomen lääkäri* 14–15, 2015

After Three Decades of Study, Hospital-Associated Disability Remains a Common Problem. [Cynthia J. Brown MD, MSPH](#), *JAGS* 68, 2020



Seuraa meitä somessa.