



LAUREA  
AMMATTIKORKEAKOULU

*Uuden edellä*

# Vanhustyön tulevaisuus - ikäääntymistä koskeva innovaatiokumppanuus

Loikala, Laura

2014 Tikkurila

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Tikkurila

## Vanhustyön tulevaisuus - ikääntymistä koskeva innovaatiokumppanuus

Laura Loikala  
Sosiaali  
Opinnäytetyö  
Toukokuu, 2014

Laura Loikala

### Vanhustyö tulevaisuudessa - ikääntymistä koskeva innovaatiokumppanuus

Vuosi	2014	Sivumäärä	50
-------	------	-----------	----

---

Väestön ikääntyminen on yksi suurimmista tulevaisuuden haasteista sosiaali- ja terveysalalla. Ikääntyvän väestön myötä myös palvelujen, hoidon ja lääkkeiden tarve kasvaa ja kustannukset nousevat. Yleisen terveyden ja aktiivisuuden lisäämisen katsotaan olevan keskeinen ratkaisu riittävien palveluiden ja hyvinvoinnin ylläpitämiseksi.

Euroopan komissio on käynnistänyt vuonna 2011 Aktiivisena ja terveenä ikääntymistä koskevan innovaatiokumppanuuden hankkeen selvittämään ikääntymisen haastetta ja luomaan uusia ratkaisuja. Innovaatiokumppanuuden alla toimii kuusi toimintaryhmää, jotka tutkivat kukin eri näkökulmasta ikääntymisen tukemista. Opinnäytetyö on dokumenttianalyysi toimintaryhmien raporteista ja piloteista sekä muista aiheeseen liittyvistä Euroopan komission dokumenteista.

Dokumenttianalyysin keinoin tavoitteena on luoda irrallisista englanninkielisistä raporteista ja dokumenteista informatiivinen kokonaisuus. Sisällönanalyysin avulla Euroopan komission aineistoista on nostettu esiin keskeisiä teemoja ja yhtenäisyyksiä. Pää tavoitteena on saattaa raporttien tieto yhtenäisemmäksi ja lisätä tiedon informaatioarvoa.

Aineisto koostuu pääosin toimintaryhmien ajatuksista ja niiden alla syntyneiden hankkeiden ja toiminnan kuvauksista. Keskeisinä teemoina esiin nousivat uuden tiedon tuottaminen, monikansallinen yhteistyö tutkimus- ja kehittämistyössä sekä hyvinvointiteknologia ja sen käytön lisääminen ja tutkiminen. Aineisto käsittelee myös ikääntyvien osallisuutta ja sairauden hallinnan haasteita, palvelujärjestelmän tulevaisuuden vaatimuksia sekä itsenäisen asumisen tukemista. Opinnäytetyö käsittelee monipuolisesti ikääntyvien hyvinvointiin vaikuttavia näkökulmia ja tarjoaa tietoa vanhustyössä työskenteleville tulevista Euroopan laajuisista suuntauksista ja perustelee esimerkiksi hyvinvointiteknologisten ratkaisujen laajemman tutkimuksen ja käyttöönoton.

elämänlaatu, hyvinvointiteknologia, ikääntyminen, ikääntyneet, ikäpolitiikka, palvelurakenne

Laura Loikala

**Care of the elderly in the future - Innovative Partnership on ageing**

Year	2014	Pages	50
------	------	-------	----

---

The ageing of the population also known as demographic change is one of the biggest challenges in social and health services. Ageing population will increase the need of services, care and medicine. The cost and expenditure will rise remarkably higher in the future. Creating ways to keep population healthier and more active are considered to be the main ways of securing adequate availability of services and populations wellbeing.

European commission started European Innovative Partnership on Active and Healthy Ageing in 2011 to create new solutions for the care of the elderly. The innovative partnership is divided into six action groups. Each action group has its own perspective on ageing and different view of the challenges. This thesis is a document analysis of reports and pilots on Active and Healthy Ageing.

The purpose of this thesis is to create an informative and complete report using multiple different smaller reports and documents. By rising the fundamental and key parts of each document and creating a whole new report using the gathered knowledge, the information becomes more valuable and easier to use.

The document analysis is mostly made of reports of six action groups. Central themes of the reports were gathering knowledge, international collaboration on research and developing and ICT technologies and solutions. Also involvement of the elderly, managing health, the future of health and social care systems and independent living solutions were key themes of many reports. This thesis covers quite a large portion of the everyday life of an ageing individual living in Europe. It offers information about wider EU perspective about the care of elderly and provides an reason for researching the possibilities of the wider use of ICT technology.

ageing, age politics, elderly, ITC technology, quality of life, service structure

## Sisällys

1	Johdanto.....	7
2	Opinnäytetyön tavoitteet.....	8
3	Dokumenttianalyysi menetelmänä .....	10
3.1	Klusteroinnin esimerkki .....	12
4	Aineiston esittely .....	14
5	Teoriaa ja taustaa .....	15
5.1	mHealth Booster.....	15
5.2	Väestön ikääntyminen .....	15
5.3	Ikääntyminen politiikan nappulana .....	16
5.4	Kotihoidon haasteet .....	17
5.5	Laitoshoito.....	18
5.6	Vanhuspalvelulaki .....	19
5.7	Katsaus hyvinvointiin .....	20
5.8	Aktiivisen ja terveen ikääntymisen määrittelyä .....	20
5.9	Euroopan komission merkitys ja suomalainen sosiaalipolitiikka .....	23
5.9.1	Euroopan komissio lyhyesti .....	23
5.9.2	Komission vaikutus Suomalaiseen sosiaalipolitiikkaan .....	23
5.10	Eurooppa 2020 .....	24
5.11	Strateginen täytäntöönpanosuunnitelma .....	25
5.12	Toiminta käynnistyy .....	27
5.12.1	Toimintaryhmät .....	27
5.12.2	Toimintaryhmä A1 - lääkehoitoon sitoutuminen .....	28
5.12.3	Toimintaryhmä A2 - Oman terveyden hallinta, kaatumisen ehkäisy ....	28
5.12.4	Toimintaryhmä A3 - Haurastuminen ja varhainen diagnosointi .....	28
5.12.5	Toimintaryhmä B3 -Toimivampi palvelujärjestelmä .....	29
5.12.6	Toimintaryhmä C2 - Itsenäinen asuminen.....	29
5.12.7	Toimintaryhmä D4 - ikämyönteinen ympäristö .....	29
6	Uuden tiedon tuottaminen ja monikansallinen yhteistyö.....	30
6.1	Yleistä tiedon hankinnasta .....	30
6.2	Käytännön keinoja uuden tiedon luomisessa .....	30
7	Hyvinvointiteknologia ja apuvälineet .....	32
7.1	Hyvinvointiteknologian tavoitteet .....	32
7.2	Hyvinvointiteknologia - vahvuus ja haitat .....	32
7.3	Hyvinvointiteknologisia ratkaisuja .....	33
7.4	Nostalgia bits project - hyvinvointia teknologialla .....	34
8	Aktiivinen elämä ja osallisuus .....	35
8.1	Osallisuuden merkitys .....	35
8.2	Aktiivisuuden tukeminen.....	36

9	Sairaudet, lääkitys ja niiden hallinta .....	37
	9.1 Lääkitys ja hoitosuunnitelmat .....	37
	9.2 Oman terveyden ylläpitäminen ja yksilönvastuu .....	38
10	Palvelujärjestelmä.....	39
	10.1 Uudistuksen tavoitteet .....	39
	10.2 Israelin malli .....	40
11	Itsenäinen asuminen.....	41
	11.1 Itsenäisen asumisen tukeminen.....	41
	11.2 FEARLESS -hanke .....	42
12	Haasteita .....	43
13	Arviointia .....	44
	13.1 Aineiston käsittely .....	44
	13.2 Lähdekritiikki .....	45
	13.3 Eettiset kysymykset ja luotettavuus.....	45
	13.4 Opinnäytetyön arviointia .....	46
	13.5 Jatkoa opinnäytetyölle.....	47
14	Pohdinta .....	48
	Lähteet .....	51
	Kuvat.. .....	54

## 1 Johdanto

Väestön ikääntyminen ja suuret ikäluokat ovat olleet pitkään keskustelunaiheena sekä mediassa että politiikassa. Suuret ikäluokat ja ikääntyneen väestön elämänlaadun ylläpitämiseen, asumiseen ja terveys- ja sosiaalipalveluihin kuluu paljon rahaa vuosittain. Nyt kun huoltosuhde kasvaa ja samalla budjetilla pitäisi pystyä tarjoamaan laadukasta palvelua yhä useammalle. On aika kehittää uusia kustannustehokkaampia, mutta silti laadukkaita palvelumuotoja, apuvälineitä ja toimintamalleja vanhustyöhön sekä avuksi arkeen, jotta ihminen pystyisi elämään itsenäisempää ja aktiivisempaa elämää pidempään. Vanhusten riittävän hoidon ja avun takaaminen on yksi suurimmista haasteista ja sosiaali- ja terveyspalveluiden tulevaisuuden työntekijöiden varma työsarka, jotta jokaiselle kansalaisella voidaan taata hyvänlaatuinen elämä loppuun saakka ja mahdollisuus pysyä aktiivisena osana yhteiskuntaa, omaa ympäristöään ja yhteisöään.

Opinnäytetyön tavoitteena on luoda Euroopan komission Aktiivisena ja terveenä ikääntymistä koskevan eurooppalaisen innovaatiokumppanuuden raporteista yhtenäinen koonti, jossa esittelen tärkeimpiä kehittämiskohteita ikääntymisen tukemisessa sekä avaan keskeisimpiä teemoja ja uusia innovaatioita. Kuitenkaan tarkoituksena ei ole vain listata eri hankkeita ja yksittäisiä tuotoksia, vaan ajatus on kertoa tavoitteista ja toiminnan pyrkimyksistä laajemmassa kontekstissaan niin, että pelkän yksittäisen hankkeen sijasta lukijalle jäisi mielikuva väestön tarpeista ja muuttuvan yhteiskunnan hyvinvoinnin ylläpitämisen vaatimista toimista. Toivottavasti lukijalle hahmottuu kuva Euroopan komission keinoista vastata tähän muutoksen tarpeeseen.

Tavoitteena on myös tarjota mHealth Booster -hankkeelle lisää tietoa koko Eurooppaa koskevista suuntauksista liittyen hyvinvointiteknologisten ratkaisujen tutkimis- ja kehittämistyöhön. Dokumentit tarjoavat myös perusteluja sille, miksi hyvinvointiteknologisia ratkaisuja pidetään tärkeinä ja tulevaisuudessa hyödyllisinä ja miksi niiden tutkimiseen ja jalkauttamiseen tulisi panostaa jatkossakin.

Opinnäytetyö antaa myös konkreettista tietoa vanhustyöstä kiinnostuneille, opiskelijoille ja työntekijöille tulevaisuuden suuntauksista ja painopisteistä. Alan kehittämistyössä tieto koko Euroopan laajuiset muutosten suunnat ja keskeisimmät kehittämisalueet on tärkeää hahmottaa ja työntekijänä on hyvä olla tietoinen oman alan keskeisistä haasteista kansainvälisestäkin näkökulmasta.

Valitsin aiheen, koska sosiaali- ja terveysalalla vanhustyö on suuri työllistäjä tulevaisuudessa. Minua kiinnostaa, miten suurta palvelurakenteiden vaatimaa muutosta lähdetään johtamaan ja etenkin se, miten väestö saadaan mukaan sitoutetuksi tähän

muutokseen. Mitä keinoja uuden luomiseen käytetään ja millä saadaan ihmiset innostumaan tavoittelevaan omilla valinnoillaan laadukkaampaa elämää ja lisäämään omaa terveyttään? Miten ihmiset saataisiin tietoisemmiksi oman aktiivisuuden merkityksestä niin, että se muuttuisi arjen toiminnaksi ja yksilöt ottaisivat ennaltaehkäisevät toimet omalle vastuulleen siltä osin minkä voivat?

Jatkuva teknologinen kehittyminen on myös ajankohtainen aihe monella työrintamalla teknologian ja tietokoneiden käytön lisääntyessä. Työntekijöiden tietämys apuvälineistä ja työkaluista sekä uusimmista sovellutuksista oman asiakasryhmänsä tukemiseksi luoduista ratkaisuista on ensisijaisen tärkeää. Työntekijä voi auttaa käytännössä jalkauttamaan näitä palveluita ja tuotteita asiakkaiden koteihin ja kenties toimia myös laitteistojen ja sovellutusten käyttämisen tukena ja mahdollistajana. Koen, että on tärkeää tietää, minkälaisia innovaatioita on odotettavissa ja haastaa omia asenteita hyvinvointiteknologiaa kohtaan. On myös hyväksi ymmärtää teknologisten ratkaisujen kustannustehokkuuden näkökulma palvelujärjestelmässä.

Raportit ovat kiinnostavaa luettavaa tulevaisuuden sosiaalialan työntekijälle, mutta myös haastaa ja antaa viitteitä varmasti tiukentuvasta työelämästä ja työntekijöiden paineen lisääntymisestä vanhustyössä. Monipuolisen osaamisen korostuminen ja uudelleen-kouluttamisen tarve nousee varmasti esiin lähitulevaisuuden sosiaali- ja terveyspalveluiden eri toimipisteissä. Raportit antavat hyvän kuvan muutoksen monipuolisuudesta ja suuresta haasteesta kuitenkin tekemättä siitä mahdotonta tavoitetta, vaan kaiken puolin toteutettavissa olevan kokonaisuuden. Muutoksesta selviämiseksi on jo olemassa kattavasti keinoja ja toimintaryhmiä, jotka luovat parhaimpansa mukaan lisää työkaluja tiedonkeräämisen ja kokeilujen myötä.

## 2 Opinnäytetyön tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena on Euroopan komission vuonna 2011 käynnistämän Aktiivisena ja terveenä ikääntymistä koskevan eurooppalaisen innovaatiokumppanuuden toimintaryhmien toimien ja ajatusten kokoaminen sekä jäsentely dokumenttianalyysin keinoin. Aineisto on englanninkielistä ja hajanaisesti tarjolla yksittäisinä tiedostoina Euroopan komission internetsivustoilla. Jokaisen toimintaryhmän tavoitteet ja saavutukset ovat luettavissa erikseen. Yhteistä selkeäkielistä koontia saavutuksista ja aikeista ei ole vielä saatavilla ainakaan suomenkieliseksi käännettynä. Perehtymällä aineistoihin sisällönanalyysin keinoin tavoitteena on löytää teemoja, jotka ovat toimintaryhmien toiminnan kannalta keskeisiä ja luoda informatiivinen raportti innovaatiokumppanuuden keskeisimmistä tavoitteista ja toimista. Toivon mukaan raportista on hyötyä alan



ammattilaisille, jotta he pystyvät saamaan uutta tietoa tulevaisuuden suuntauksista helppossa ja tiivistetyssä muodossa.

Opinnäytetyön yhteistyökumppanina on mHealth Booster -hanke, joka on keskittynyt hyvinvointiteknologisten ratkaisujen käyttöönoton mahdollistamiseen ja tukemiseen muun muassa ikääntyvien keskuudessa. Euroopan komission Aktiivisena ja terveenä ikääntymistä koskeva eurooppalainen innovaatiokumppanuus on huomionnut toimintasuunnitelmissaan ja tavoitteissaan hyvinvointiteknologian ja aikookin panostaa innovaatioiden kehittämisen ja arviointityöhön sekä markkinoiden parantamiseen. Lisäksi moni toimintaryhmä on nostanut sen tärkeäksi keinoksi tuottaa palveluita halvalla ja tehokkaasti suoraan ihmisten kotiin näin lisäten yksilön mahdollisuutta elää itsenäistä elämää pidempää omassa kodissaan.

Työn tavoitteena on tuottaa uutta, ymmärrettävässä muodossa olevaa tietoa mHealth Booster -hankkeelle ja hankkeen yhteistyökumppaneille liittyen meneillään oleviin kansainvälisiin kehittämistoimiin, joihin Euroopassa ollaan ryhtymässä ikääntyvien hyvinvoinnin lisäämisessä ja etenkin hyvinvointiteknologisten ratkaisujen rintamalla. Raportin näkemykset hyvinvointiteknologisten ratkaisujen tehokkuudesta toimii perusteena sille, että MHealth Boosterin kaltaisten hankkeiden rahoitus ja toiminnan ylläpitäminen on kannatavaa. Eurooppa 2020 - strategia ja muu Euroopan komission aineisto ovat nimenomaan raportteja siitä työstä ja niistä tavoitteista, joita kohti myös mHealth Booster työskentelee. Se auttaa hahmottamaan myös hankkeen toiminnan tarkoitusta ja päämäärää isommassa mittakaavassa.

Vaikka yhtenä tärkeänä osa-alueena opinnäytetyö on keskittynyt hyvinvointiteknologisiin ratkaisuihin ja niiden kehittämiseen ja käyttöönottoon, nousee esiin myös muita keskeisiä kehittämisajatuksia, kokeiluja ja tavoitteita innovaatiokumppanuuden tuottamista aineistoista liittyen kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin sekä palvelujärjestelmän muutoksiin. Ikääntyvien elämänlaadun parantaminen ja terveiden ikävuosien lisääminen ovat keskeisiä ja tärkeitä tavoitteita koko Euroopan alueella ja uskon, että toimintaryhmien luomat uudet menetelmät, keinot, ohjenuorat ja käytänteet tulevat varmasti vastaan ennemmin tai myöhemmin sosiaali- ja terveysalan töissä ja on hyvä olla tietoinen oman alan työn tulevista suuremmista linjauksista.

Raportin luomisen pääasiallisena keinona käytetään dokumenttianalyysia ja erityisesti sisällönanalyysin menetelmää. Sisällönanalyysin keinoin pystyy hallitsemaan suurta määrää erillisiä aineistoja ja luomaan niistä yhtenäisen, mutta monipuolisen kokonaisuuden, jossa painottuu vain tärkeimmät dokumentteja yhdistävät aiheet. Keskittymällä vain tärkeimpiin yhtenäisiin teemoihin pysyy kokonaisuus yhtenäisenä ja ymmärrettävässä muodossa sekä dokumentin informaatioarvo hyvänä eikä liian hajanaisena.

Ensisijaisen tärkeää olisi saada aineiston tiedolle lisäarvoa yhdistelemällä sitä suuremmiksi kokonaisuuksiksi. Ennen kaikkea tavoitteena on luoda opinnäytetyö, jota olisi miellyttävä lukea ja antaisi oikeanlaista informaatioita terveestä ikääntymisestä ja siihen liittyvistä hankkeista. Toivottavasti lukijat saavat riittävän kattavan käsityksen hankkeen raporttien sisällöstä sekä Euroopan komission toimista.

### 3 Dokumenttianalyysi menetelmänä

Dokumenttianalyysin keskeisenä tavoitteena on yksinkertaistaa ja yhdistää aineiston sisältämä informaatio loogiseksi ja selkeäksi kokonaisuudeksi niin, että informaation arvo lisääntyy. Lopputuloksen on tarkoitus olla tiivis, jäsenelty ja sen avulla pitää pystyä tekemään luotettavia ja selkeitä päätelmiä. Keskiössä on siis irrallisten materiaalien ja yksittäisten dokumenttien kokoaminen niin, että tuotetun informaation oikeellisuus säilyy. Tavoitteena kuitenkin on, että kerätyn aineiston tiedon arvo lisääntyy yhdistelemisen kautta sekä laajentaa tekstin sisältöä rikkaammaksi. (Ojasalo ym. 2009, 121-123. Anttila 1998.)

Dokumenttianalyysin materiaalina voi käyttää mitä tahansa aineistoa oli se sitten kuvaa, tekstiä tai vaikka konkreettinen esine. Kaikki käy, kunhan se liittyy olennaisesti tutkittavaan ilmiöön. Joskus voi olla vaikeaa kerätä tarpeeksi kattavaa aineistoa haastattelujen tai kirjallisuuden avulla tai se on liian kallista. Sama tieto voi olla saatavilla lehtileikkeistä, artikkeleista ja lausunnoista, mutta hajanaisempana. Tällaisissa tapauksissa dokumenttianalyysi on hyvä vaihtoehto tiedon saamiseksi ja kokoamiseksi. (Ojasalo ym. 2009, 121-123. Anttila 1998.)

Ajatuksena on aluksi harjoittaa aineisto osiin ja luoda niistä mielikuva ja selkeä käsitys. Tarkka perehtyminen aineistoon ja sen sisällön ymmärtäminen on tärkeää. Aineiston käsittelyvaihe perustuu tulkintoihin ja loogiseen päättelykykyyn ja se prosessina vaatii aikaa omaksua hajanainen tieto. Kun aineistosta ja sen osista on saatu luotua kokonaiskuva, tulee informaatio kasata uudestaan yhtenäiseksi kokonaisuudeksi. Tässä vaiheessa haasteena on loogisuuden sekä tiedon oikeellisuuden varmistaminen. Aineistojen hallinnan ja analyysin apuna käytettiin erivärisiä alleviivauskyniä, joiden avulla nousseet teemat ja niihin liittyvät ajatukset voitiin värikoodata eri teksteistä. Tämä auttoi hallinnoimaan yksittäisiä irrallisia tietoja ja pitämään jonkinlaista kokonaiskuvaa yllä käsittelyn ajan.

Dokumenttianalyysin vaiheet ovat melko samanlaiset kuin laadullisen tutkimuksen menetelmä vaiheiltaan. Ensiksi kerätään aineisto, se pelkistetään ja siihen perehdytään kattavasti. Seuraavaksi aineistosta etsitään toistuvia rakenteita - oli ne sitten sanoja,

lauseita tai sanayhdistelmiä. Nämä toistuvat rakenteet analysoidaan ja tulkitaan. Lopuksi kirjoitetaan tulkintojen pohjalta sisällöstä laadukas kokonaisuus. Aineistojen toistuvien sanojen etsintää kutsutaan teemoitteluksi. Hyvin samanlainen menetelmä on myös aineiston ryhmittely eli klusterointi. Klusteroinnin avulla aineistoista etsitään yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Klusteroinnin jälkeen tuotettu tieto abstrahoidaan eli yhdistellään loogiseksi kokonaisuudeksi. Tietojen yhteen keräämistä voidaan jatkaa niin pitkälle kuin se on mielekästä ja tarpeellista. (Ojasalo ym. 2009, 121-123, Tuomi & Sarajärvi 2009,110–112.)

Kuten kaikessa tutkimisessa on syytä myös itse tutkia omaa tuotosta kriittisesti. Kriittisen tarkastelun avulla voidaan tunnistaa mahdollisia virheitä ja epäkohtia, joita eri vaiheiden toteuttamisen aikana on sattunut. Sen avulla voidaan tunnistaa mahdolliset vääristymät tuotetussa informaatiossa, johtuivat ne sitten tulkinnan virheellisyydestä tai koontivaiheen huonosti onnistuneesta tiedon yhdistämisestä tai virheellisistä sanavalinnoista. Kriittisen tarkastelun tavoitteena on lisätä tuotetun tekstin laatua ja luotettavuutta. (Ojasalo ym. 2009, 121-123.) Tämän opinnäytetyön aineiston mahdolliseksi heikkoudeksi voi nostaa englanninkielisyyden. Vääristymisen mahdollisuus, huonot sanavalinnat ja käännökset saattavat heikentää tekstiä. (Anttila. 1998.)

Dokumenttianalyysin heikkoutena on se, että tutkimuksessa käytettävä aineisto on alun perin luotu johonkin muuhun tarkoitukseen ja yhteyteen eikä yhtä dokumenttia voi muuksi muuttaa. Dokumenttianalyysi toimiikin vain useamman aineiston yhtäaikaisessa tai rinnakkaisessa käytössä, jolloin lopputulokseen vaikuttaa monen dokumentin osat. Tärkeää dokumenttianalyysissä on myös lähdekritiikki. Lähteiden luotettavuuden ja paikkansapitävyyden arvioiminen sekä tiedon vanhentuminen tulee ottaa huomioon ennen tiedon käyttöä, jotta lopputulos pysyisi laadukkaana. (Anttila. 1998.)

Aineiston käsittelyssä on pyritty käyttämään mahdollisimman hyvin sisällönanalyysiä ja etsiä aineistoista yhteneviä lauseita ja sanoja ja keskittyä teemoihin, jotka tuntuvat toistuvan aineistoissa usein. Tarkoituksena on luoda esiin nousevista teemoista monipuolisen katsauksen eri työryhmien toiminnan ja näkökulmien kautta niin, että kuitenkin teeman keskeisimmät haasteet ja ratkaisuehdotukset nousisivat esille. Aineistona on käytetty pääosin vain Euroopan komission omia raportteja ja heidän internetsivustoa. Kuitenkin tarvittaessa tarkentavaa tietoa on haettu jonkun teeman alle muista yhtä luotettavista lähteistä. Keskeisenä ajatuksena on kuitenkin ensisijaisesti tehdä koontia nimenomaan Euroopan komission raporteista. Euroopan komission omien internetsivujen tarjoama tieto on varmasti ajankohtaista ja laadukasta.

### 3.1 Klusteroinnin esimerkki

Tässä klusteroinnin esimerkissä on käytetty yhden raportin keskeisiä lauseita teemasta ”uuden tiedon hankkiminen”. Ensimmäisessä taulukossa on listattu osa lauseista ja alleviivattu olennaisia termejä teemaa koskien. Alleviivatut sanat ja sanaparit viittaavat uuteen tietoon ja sen hankinnan keinoihin.

<p>Improve existing data evidence on ageing and adherence for instance by investigating how databases can help evaluate the effect of prescriptions on citizens health.</p>
<p>Sharing of experiences aimed at improving the formative and training offer for healthcare professionals.</p>
<p>”Supporting efficient information sharing and decision making as well as training and education.”</p>
<p>”..a report on current approaches to collect data on falls, outlining best practices and recommendations.”</p>
<p>”...the need for better methodology for the screening and identification of pre-frail status”</p>
<p>”...evidence based interventions through appropriate pathways of care to avoid incident frailty”</p>
<p>”Development of basic research on different aspects on frailty”</p>
<p>”A more comprehensive and clear understanding to frailty.”</p>
<p>”Knowledge sharing about the delivery of services for chronic conditions management..”</p>
<p>”...validated medical guidelines in respiratory and cardiovascular diseases..”</p>
<p>”..interregional networking and building partnerships.”</p>
<p>”..mutual exchange and learning.”</p>

"Exploring new ways to promote active and healthy ageing."
"Adapting and developing principles and guidelines on age friendly environments.."
"Collaboration between research centres and programmes to better understanding the links between older peoples wellbeing and their urban environment.

Seuraavassa listassa on kerätty aiemmista lauseista esiin nostetut termit ja ne on suomennettu tai ainakin niiden keskeinen ajatus on tiivistetty suomenkieliseen sanaan. Nämä listat auttoivat hahmottamaan monen dokumentin seasta niitä asioita, joihin keskittyä. Sanojen suomenkieliset vastineet taas auttoivat opinnäytetyön kirjoitusvaiheessa synonyymien käytössä. Työtä kirjoittaessa oli helppo katsoa mitä sanoja voisi käyttää kuvailemaan samaa ilmiötä.

Improve existing data evidence	parantaa olemassa olevaa tietoa
by investigating	tutkia
Sharing experiences	jakaa kokemuksia
Supporting efficient information sharing	jakaa tietoa
To collect data	kerätä dataa
The need for better methodology	uusien menetelmiä
Evidence based interventions	todisteisiin pohjaavia keinoja
Basic research	perus tutkimustyö
Comprehensive and clear understanding	ymmärrystä
Knowledge sharing	ymmärryksen jakaminen
Validated medical guidelines	ohjenuoria
Interregional networking and building partnerships	yhteistyö
Mutual exchange and learning	toisilta oppiminen

Kaikki kerätty tieto kuitenkin päätyi teeman ”uuden tiedon hankkiminen” alle, koska kaikki listalla olevista sanoista ja sanapareista liittyy vahvasti tiedonhankintaan ja keinoihin luoda uutta tietoa. Näin syntyi ryhmä uuden tiedon hankkiminen.

#### 4 Aineiston esittely

Opinnäytetyö keskittyy Aktiivisena ja terveenä ikääntymistä koskevan eurooppalaisen innovaatiokumppanuuden pääasiassa englanninkielisiin raportteihin, etenkin kuuden eri toimintaryhmän toimintasuunnitelmiin liitteineen sekä muuhun dokumentointiin esimerkiksi ohjausryhmän raportteihin. Materiaalit olivat kaikki tarjolla Euroopan komission internetsivustoilla, mutta yhtenäistä listausta innovaatiokumppanuutta koskevista raporttien linkeistä ei ollut vaan aineisto kerättiin selailemalla Euroopan komission internet-sivustoja aktiivisesti. Ainostaan työryhmien toimintasuunnitelmat löytyivät samalta sivulta. Riittävän aineiston kerääminen sekä varmistaminen että kaikki olennainen on koossa, oli vaikeaa ennen analyysityön aloittamista.

Kunkin ryhmän yksittäinen toimintasuunnitelma on kattava kokonaisuus, jossa kuvataan hienosti kyseisen työryhmän aiheen keskeiset teemat ja haasteet monesta näkökulmasta. Usein aihetta on mietitty yksilön, työelämän, palvelujärjestelmän, hyvinvointiteknologisen kehittämisen ja talouden kannalta. Lisäksi raporttiin kirjataan selkeästi tavoitteet toiminnalle, luetteloidaan jo käynnissä olevat hankkeet, kokeilut ja pilotit sekä mahdolliset saavutukset ja onnistumisenkokemukset. Ryhmät ovat myös keränneet näkyville listaa kunkin aiheen toteutumista estävistä tekijöistä ja osista, joita eivät ole toiminnallaan riittävästi kattaneet. Toimintasuunnitelmat noudattivat keskenään melko samanlaista rakennetta, joten niiden vertaileminen keskenään oli helppoa.

Aineistot olivat selkeitä ja melko kansantajuisesti kirjoitettuja. Kuitenkin oman haasteensa asetti aineiston englanninkielisyys, koska sosiaali- ja terveysalan ammattisanaston sekä virallisten termien käyttö jännitti aluksi. Pelko oli aiheeton sillä turha kielellinen kiertely ja hienot ammattitermistöt oli jätetty teksteistä kokonaan pois. Melko suorasanaiset ja aiheesta selvästi puhuva aineisto oli miellyttävää luettavaa ja sopi opinnäytetyöhön aineistoksi hyvin. Tekstin kansantajuisuus yllätti positiivisesti.

## 5 Teoriaa ja taustaa

### 5.1 mHealth Booster

MHealth Booster on Euroopan sosiaalirahaston (ESR) ja Elinkeino-, liikenne- ja ympäristökeskuksen (ELY-keskus) rahoittama hanke, jonka toteuttajina ovat Laurean ammattikorkeakoulun Tikkurilan ja Otaniemen toimipisteet. Hankkeen ajankohta on 1.8.2013-31.12.2014. Lähtökohtana toiminnalla on usko siitä, että tukemalla hyvinvointiteknologisten ratkaisujen ja -palveluiden jalkautumista, voidaan lisätä käyttäjien arjen hyvinvointia, kotona pärjäämistä pidempään, kuntoutumista ja yleistä elämänhallintaa. (Laurea 2013.)

Hankkeen tavoitteena on edistää pienten ja keskisuurten yritysten liiketoimintaa sekä kehittää osaamista sekä työpaikkoja hyvinvointiteknologiamarkkinoille. Tavoitteena on työpaikkojen lisääminen osaajille, mutta myös markkinoiden ja kysynnän lisääminen tuomalla tuotteet kokeiluun ja esille entistä tehokkaammin. Tuotteita ja hyvinvointiteknologisia ratkaisuja viedään kokeiltavaksi erilaisiin tutkimusympäristöihin ja niihin tutustuminen mahdollistetaan käyttäjille. Myös työntekijöiden ja opiskelijoiden teknologiaosaamisen kehittyminen on tärkeää. Lisäksi mHealth Booster pyrkii tuottamaan ja lisäämään tietoa hyvinvointiteknologian vaikuttavuudesta. (Laurea 2013.)

Hanke toteutetaan pääosin kolmessa fyysisessä toimintaympäristössä, joissa yhdessä asiakkaiden, ammattilaisten sekä yhteistyökumppaneiden eli yritysten kanssa tuotteita testataan ja kehitetään. Kehitysympäristönä Vantaalla toimii Tikkurilan kirjaston teknologiavuokraamo, joka on tarkoitettu enimmäkseen senioriasiakkaille. Ajatuksena on, että ihmiset voivat tutustua erilaisiin teknologisiin ratkaisuihin ja palveluihin ohjatusti. Jos jokin laite tuntuu mielekkäältä, voidaan se lainata myös omaan kotiin. Teemoina laitteissa on oman terveyden seurannan, asumisen, yleisten elämäntapojen, yhteydenpidon ja toimintakyvyn ylläpitämisen välineet ja ratkaisut. Muut toimintaympäristöt ovat Soukan palvelukeskuksen Hyvinvointikioski ja Tapiolan terveysaseman Hyvinvointitori ja ne sijaitsevat Espoossa. Lisäksi tuotteita jalkautetaan muihin testiympäristöihin. (mHealth Booster 2013.)

### 5.2 Väestön ikääntyminen

Eurostatin luoman väestöoletuksen vuodelta 1999 mukaan vain Alankomaissa ja Irlannissa eläkeikäisten määrä kasvaa nopeammin kuin Suomessa vuosina 2002-2020. Myös nuoremman väestön näkökulmasta Suomessa näyttää heikolta. 15-64-vuotiaiden määrä vähenee Suomea nopeammin vain Italiassa. Tästä seuraa se, että Suomessa voi olettaa huoltosuhteen olevan EU-maiden heikoin vuonna 2020. (Palola & Karjalainen 2011, 105.) On laskettu, että jokaista

yli 65 -vuotiasta kohden työikäisiä olisi kaksi, kun ennen vastaava luku on ollut neljä. (Ojala 2009, 34.)

Väestörakenteen muutos itsessään aiheuttaa terveyden- ja vanhustenhuollon menoihin jopa 22 % eli 2,4 miljardin euron korotuksen vuodesta 2002 vuoteen 2020 mennessä. Näistä lisämenoista jopa kolmannes aiheutuu vanhustenhuollon kustannuksista. (Palola & Karjalainen 2011, 108.)

### 5.3 Ikääntyminen politiikan nappulana

Väestörakenne tulee seuraavina vuosikymmeninä muuttumaan merkittävästi. Ikääntyvien määrä lisääntyy, mutta samaan aikaan lapsiperheiden köyhyys ja huono-osaisuus on kasvussa ja nuoriso on jatkuvassa vaarassa syrjäytyä. Selvää on, että yhteiskunnalla on monta haastetta ja jokaiseen palveluun ja tukeen ei riitä lisää rahaa. (Palola & Karjalainen 2011, 27.)

Kuitenkin suomalainen sosiaalipoliittinen järjestelmä pohjaa ajatukseen koko väestön universaalista sosiaaliturvasta, jossa pidetään huolta kaikista jäsenistä, myös heikommassa asemassa olevista. Vaikka lapsiperheet ja nuoret, tulevat sukupolvet, ovat puutteessa ja vaativat resursseja perustellusti, ei se silti saa olla pois vanhuksilta. Yhteiskuntaan kuuluu koko iän kirjo ja elämänkulku ja siksi myös vanhuksat ansaitsevat tulla hoidetuksi kunnioitetusti ja hyvin. (Palola & Karjalainen 2011, s. 23, 27.)

Huomioitavaa on, että vanhuus on elämänkaaren yksi vaiheista. Se on sosio-kulttuurinen ilmiö, ei sairaus. Vanhuksia ei tulisi määritellä potilaiksi pelkän iän perusteella. Ikääntyvien oikeus olla kokonaisvaltaisesti osallisena yhteiskunnassa ja osallistuminen eri toimintoihin pitäisi olla turvattua ja yhtä mahdollista kuin muulle väestölle. (Palola & Karjalainen 2011, 45.)

Aiemmin on puhuttu paljon ikääntyvästä yhteiskunnasta, mutta nyt on alettu painottamaan entistä voimakkaammin kaikkien yhteiskuntaa. Yhteiskunta on murroksen alla, mutta tärkeintä olisi muistaa tasa-arvoisuus. Tulevat leikkaukset ja supistukset täytyy tehdä ja sosiaalijärjestelmää muuttaa, mutta toteuttaa niin, että se tehdään kaikille sukupolville oikeudenmukaisesti.

(Vaarama 2013, 4.)

Elina Palola (2011) pohtii ratkaisuna jokaisen ihmisen yksilöllisen kantokyvyn huomioonottamista sosiaaliturvaa tarjottaessa. Enää kysymyksessä ei olisi vanhusten ja lapsiperheiden vastakkainasettelu vaan uutena laskentatapana olisi tuloihin perustuva tasa-



arvoisuus. Ajatuksena on, että parempiosaiset voisivat luopua etuuksistaan ja ne siirrettäisiin heikommassa asemassa olevien avuksi. (Palola & Karjalainen 2011, 28.) Uskoakseni tämä voi olla kuitenkin vaikeaa, koska suomalaiset ovat tottuneet etuuksiin itsestäänselvyyksinä ja kaikkien oikeuksina esimerkkinä lapsilisä. Voi olla vaikeaa perustella, miksi kaikkien oikeus muutetaan harvojen oikeudeksi, vaikka määränpää on niinkin jalo kuin vähäosaisten auttaminen. Tämä kansalaisten jakaminen ja luokittelu ja eriarvoiset oikeudet muuttaisivat sosiaalipolitiikkamme ns. residuaaliseksi sosiaalipolitiikaksi, jolloin palveluita ei ole tarkoituskaan tarjota kaikille. Silloin käsitys universaalista sosiaalipolitiikasta lakkaisi.

#### 5.4 Kotihoidon haasteet

Itse raportoidun avun saannin mukaan 80 vuotta täyttäneiden kotonaan apua kaipaavien vanhuksien tarpeista vain noin 20 %:sta vastasi kunnallinen kotihoito vuonna 2009. Suurin osa avusta tuli perheiltä ja muilta läheisiltä. (Palola & Karjalainen 2011, 18.)

Sosiaalipoliittisesta näkökulmasta omaisilla ja vanhuksen läheisillä on merkittävä rooli vanhuksen arjen askareissa auttajana ja hoivan antajana. Kuitenkin tarpeen olisi tarkastella yhteiskunnan ja perheen työjakoa uudelleen. Tällä hetkellä yhteiskunnan asettamat vaatimukset työelämässä, pitkät työurat ja tuloksellisuuteen pyrkivä työote vaativat paljon. Lisäksi omaisten hoivaroolin merkitys kasvaa osana vanhuksen arjessa pärjäämistä. (Palola & Karjalainen 2011, 22.)

Omaishoito on raskasta. Omaisten terveydenhuolto kaipaa vahvistamista, sillä he tekevät tärkeää yhteiskunnan resursseja säästävää työtä usein oman työn ja muun arjen ohella. Heille voisi olla hyvä ajatus järjestää osin työterveydenhuollon palveluja. Myös tuuraaja-toiminta eli opiskelijoiden ja vasta eläkkeelle jääneiden käyttäminen tuuraajina voisi olla hyvä ajatus, jos omaishoitaja kaipaa vapaata aikaa. Tämä tosin vaatii tuuraajilta hyvää perehdytysohjelmaa ja ymmärrystä. (Finne-Soveri 2012, 11-12.)

Kotihoito on nykyisin kotisairaanhoidon palveluna. Ennen vastaava palvelu tunnettiin kotipalveluna, joka tuki ikääntyvän kotona pärjäämistä laajasti. Arjen apu, siivoaminen ja kodinhoito ovat jääneet täysin taka-alalle ja jäljelle on nykyisin jäänyt vaan kotisairaanhoidon lääkehoidollinen eli medikaalinen puoli. Kunta on joutunut luopumaan monista palveluista ja pystyy tällä hetkellä vastaamaan vain välttämättömiin tarpeisiin, sairauksiin ja hygieniatason ylläpitämiseen. (Palola & Karjalainen 2011, 73.)

Ennen kotihoidossa kaiken hoiti yksi kunnallinen kotiavustaja, mutta nykyisin palveluista saattaa vastata jopa kymmenen eri palveluntuottajaa. Usein vaihtuvat ja monimutkaiset palvelukuviot sekä alati vaihtuvat kävijät ja hoitajat hämmentävät ikääntyvää ja voivat

tehdä olon turvattomaksi ja epävarmaksi. Lisäksi palveluntuottajien lukematon kirjo hankaloittaa palveluiden käyttöä ja tilaamista ja omaisten apu asioiden hoitamisissa voi olla välttämätöntä. Ilman omaisten apua voi ikääntyvä jäädä täysin palveluitta. (Palola & Karjalainen 2011, 185.)

## 5.5 Laitoshoito

Laitoshoidolla viitataan vanhainkotien ja terveyskeskusten pitkäaikaisosastoihin. Vaikka joissain palvelutaloissa on ympärivuorokautinen hoito ja huolenpito tarjolla asukkaille jokaisena päivänä viikossa, ei se silti ole laitoshoittoa. (Noro & Alastalo 2014, 57.)

Suomi on selvästi laitoskeskeisin maa muihin pohjoismaihin verrattuna. Valitettavasti syynä on se, että riittävää avopalvelua ei pystytä järjestämään vastaamaan kokoajan kasvavaan tarpeeseen. Vuonna 2010 sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamisryhmä esitti, että ihmisten hoidontarpeisiin tulisi ensisijaisesti vastata heidän omista kodeistaan. Ihmisellä on ikään katsomatta oikeus kotiin tai kodinomaiseen ympäristöön. (Palola & Karjalainen 2011, 44.)

Laitoshoidon vähentämisen keinoja lähitulevaisuudessa on mietitty paljon. Kotihoidon palveluita tulisi kehittää kattavimmiksi ja esimerkiksi muistisairaille paremmin sopiviksi. Terveyskeskusten pitkäaikaisosastoja tulisi vähentää ja lisätä resursseja kuntoutuspalveluihin, kotisairaalan ja kotihoidon tueksi. (Noro & Alastalo 2014, 70)

Pitkäaikaishoidon asiakkaiden elämästä on tullut yhtä muuttamista. Terveystilan ja toimintakyvyn heiketessä asiakas joutuu muuttamaan vähemmän palveluita tarjoavasta yksiköstä enemmän tarjoavaan. Jos asiakkaan toimintakyky palautuu tai paranee niin muuttoliike on taas päinvastainen. Enemmän palveluita tarjoavassa paikassa ei ole mahdollisuutta pitää kevyttä hoitoa vaativaa asiakasta. Asiakas voi joutua muuttamaan useamman kerran viimeisten vuosien aikana. Tämä on yksi syy, miksi tärkeää on tarjota palveluita mahdollisimman pitkään omaan kotiin ja antaa asiakkaalle mahdollisuus pysyvyyteen ja kodinomaisuuteen. (Finne-Soveri 2012, 38.)

Jos lopulta kuitenkin asiakkaan tarve ja kotona pärjäämättömyys vaatii siirtymistä laitoshoittoon tai palvelutaloon, tulisi sen olla pysyvä sijoittuminen, jotta jonkinlainen kotoutuminen olisi mahdollista. Jatkuva muuttaminen ja uuteen totuttautuminen ja sopeutuminen vievät voimavaroja ja hämmentää sekä luo turvattomuutta. (Finne-Soveri 2012, 38.)

## 5.6 Vanhuspalvelulaki

Vanhuspalvelulaki astui voimaan 1.7.2013. Se on laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista. Laki koskee vanhuuseläkeikäisiä eli yli 63-vuotiaita ja iäkkäitä henkilöitä, joiden toimintakyvyn heikentyminen johtuu ikääntymisestä. Vanhuspalvelulain tarkoituksena on tukea ikääntyvien elämänlaatua, itsenäisyyttä, terveyttä ja toimintakykyä sekä parantaa yksilön osallisuutta ja vaikutusmahdollisuuksia omiin elinoloihin ja käyttämiensä palvelujen laatuun ja kehittämiseen. Tavoitteena on myös parantaa hoitoon pääsyä sosiaali- ja terveystalvveluihin riittävän ajoissa sekä tarjota asiakkaalle mahdollisuutta vaikuttaa hoidon sisältöön ja toteuttamistalvveluihin. (Noro & Alastalo 2014, 16-17.)

Tavoitteena on lisätä ennaltaehkäisevien toimenpiteiden käyttöä kunnissa. Ennaltaehkäisyllä pyritään vähentämään kalliita ympärivuorokautisia palveluita esim. laitoshoidoa. Tarvittavien palveluiden tulee olla laadukkaasti tuotettuja ja palveluita tulee olla tarjolla ilman turhia viivytyksiä. Vanhuspalvelulaki edellyttää kuntien palvelurakenteen muokkaamista niin, että ikääntyvien tarpeita vastaavat pitkäaikaishoidon palvelut tuodaan ihmisten koteihin tai mahdollisimman kodinomaiseen ympäristöön. (Noro & Alastalo 2014, s.16-17.) Potilas voidaan laittaa laitoshoidoon vain, jos siihen on riittävät lääketieteelliset perusteet tai jos se voidaan perustella muulla syyllä ikääntyvän elämän ja turvallisen hoidon kannalta parhaaksi ratkaisuksi. (Noro & Alastalo 2014, 57.)

Kustannustehokkuuden näkökulmasta laki painottaa oikeanlaisten hyvin tuotettujen palveluiden oikeaa ajoitusta. Oikea palvelu oikeaan aikaan voi vähentää kustannuksia. Hoitoonpääsyn viivästyminen voi huonontaa potilaan elämänlaatua merkittävästi, sairaus voi pahentua ja hoitokin voi lopulta tulla kunnalle selvästi kalliimmaksi. (Noro & Alastalo 2014, 16-17, Virnes 2013.)

Vanhuspalvelulaissa määritetään, että kunnalla tulee olla riittävät resurssit sosiaali- palveluiden järjestämiseen, itsenäisen suoriutumisen tukemiseen sekä väestön toimintakyvyn ylläpitämiseen. Terveystalvveluolaki vastaa terveystalvveluiden riittävästä järjestämisestä. (Noro & Alastalo 2014, 51.)

Vanhuspalvelulaki huomioi palveluiden ulkopuolella olevat ja velvoittaa kunnat järjestämään hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäisyyttä tukevaa neuvontaa sekä tarjoamaan terveystalvveluastuksia ja jopa kotikäyntejä sellaisille asukkaille, joilla voi olla piilevää tarvetta palveluille tai jotka eivät ole syystä tai toisesta hakeutuneet palveluiden piiriin esim. iäkkäät omaishoitajat, muistisairaast, mielenterveysastakkaast, tuoreet leskeytynest tai päihdeastakkaast. (Noro & Alastalo 2014, s. 73.)

Ihmisillä on tarve kuulua joukkoon ja tuntea itsensä osalliseksi omassa yhteisössään. Osallisuuden vastakohtana on osattomuus, joka tarkoittaa yksinäisyyttä ja turvattomuutta. Se voi pahimmillaan näyttäytyä täytenä syrjäytymisenä. Yksinäisyyttä ja osattomuutta aiheutuu sosiaalisten verkkojen kaventuessa esim. fyysisen toimintakyvyn heikkenemisen myötä, kun ihminen jää entistä enemmän yksin kotiin tai puolison tai muun läheisen kuoleman myötä. Tärkeää olisikin tunnistaa yksinäiset ja yksinäisyyden uhassa olevat ihmiset ja auttaa löytämään mielekästä tukea. Esimerkiksi järjestöt ovat merkittävässä tehtävässä tässä kunnan yhteistyökumppaneina, sillä he tarjoavat yhteisön ja tekemistä. Esimerkiksi vapaaehtoistyö on monelle ikääntyvälle tärkeää toimintaa. (Noro & Alastalo 2014, 93.)

### 5.7 Katsaus hyvinvointiin

Eläkeikäisten haastattelut kertovat paljon heidän hyvinvoinnin ja elämänlaadun tasosta. Noin 25 % suomalaisista eläkeikäisistä eli yli 63-vuotiaista ilmoittaa talouden toimeentulon olevan melko huono ja jopa joka kymmenes kokee, että rahat eivät riitä ruokaan, lääkkeisiin ja lääkärinkäynteihin. Yli 80-vuotiaista jopa 20 % kokee olevansa yksinäisiä, yhtä moni on sosiaalisesti vähän tekemisissä ihmisten kanssa ja vain kolmannes kokee elämänlaatunsa hyväksi. (Noro & Alastalo 2014, 112.)

Yli 63-vuotiaista noin kolmasosalla on haasteita liikkumisen kanssa, kun taas yli 80-vuotiailla liikkuminen on rajoittunut yli puolella ihmisistä ja yli kolmasosa on kaatunut viimeisen vuoden aikana. Lähes kolmannes iäkkäistä tarvitsee arjessa apua, mutta heistä 25 % ei saa apua. (Noro & Alastalo 2014, 112.)

Kolmasosa iäkkäistä ei liiku riittävästi ja viidesosa on ylipainoisia. Joka seitsemäs käyttää vähintään viikoittain alkoholia humalahakuisesti. Ongelmia on paljon ja oletettavaa on, että tutkimusten ulkopuolelle jää vielä paljon ongelmia, joista emme tiedä. Mutta huolestuttavinta kuitenkin on se, että palvelutarpeen arviointia ei ole tehty lähellekään kaikille ikääntyneille, jotka palveluita tarvitsevat, eikä monikaan koe saaneensa riittävästi palveluita. (Noro & Alastalo 2014, 112, 190.) Nämä luvut ovat huolestuttavia ja selvästi merkinä siitä, että muutoksia tarvitaan sillä hoidettavien lukumäärä ei ainakaan tule vähenemään lähitulevaisuudessa.

### 5.8 Aktiivisen ja terveen ikääntymisen määrittelyä

Eurooppalaisten elinikä vaihtelee maakohtaisesti ja siitä syystä ihmisten oma kokemus ikääntymisestä vaihtelee. Ihmiset määrittelevät itsensä ikääntyviksi ja vanhoiksi eri-ikäisinä.

Kuitenkin teollistuneissa maissa ja WHO:n raporteissa ikääntyvistä puhutaan pääsääntöisesti silloin, kun kohderyhmänä on yli 60-vuotiaat. 60-65 vuoden ikä on myös yleinen eläkkeelle jäämisen ikä Euroopassa. Yli 55-vuotiaista saatetaan käyttää termiä nuoret ikääntyvät. Varsinkin tätä nuorien ikääntyvien ryhmää pidetään ratkaisuna terveen ikääntymisen lisäämiseksi. Nuorten ikääntyvien kohdalla ensisijaisesti toiminta keskittyy ennaltaehkäiseviin toimiin ja hyvien elintapavalintojen lisäämiseen. (EuroHealthNet 2012, 7.)

Terveys tarkoittaa fyysistä, sosiaalista ja psyykkistä hyvinvointia. Aktiivisuus puolestaan tarkoittaa jatkuvaa osallistumista sosiaaliseen, taloudelliseen, kulttuurilliseen, henkiseen ja kansalaistoimintaan. Aktiivisuudella ei tarkoiteta pelkkää yksilön kykyä toimia fyysisesti tai osallistumista työhön, vaan monipuolista osallisuutta koko yhteiskuntaan ja paikalliseen toimintaan ja elämään. Aktiivinen ikääntyminen liittyy siis vahvasti yksilön itsenäisyyden sekä itsemääräämisoikeuden ylläpitämiseen. (Euroopan komissio 2011b, 5.) Keskeistä on ajatus siitä, että terveys ei ole käsitteenä vain sairauden puutetta, vaan kokonaisvaltaista hyvinvointia, joka syntyy hyvästä elämänlaadusta. (EuroHealthNet 2012, 7.)

Euroopan kansalaisten yleistä terveystietoutta pitäisi korostaa. Omavalvontaa ja ihmisten vastuuttamista osaksi omaa terveyden ylläpitämistä pitäisi lisätä merkittävästi. Terveyspalveluiden tulisi painottaa toimintaansa ennaltaehkäiseviin toimiin ja yrittää siten ylläpitää ihmisten hyvää terveyttä jo siinä vaiheessa, kun varsinaista sairautta ei ole ilmennyt. Pitäisi pystyä diagnosoimaan ajoissa ja tunnistamaan riskitekijät eri sairauksille tehokkaammin, jotta tilanteisiin voitaisiin tarttua heti eikä vasta siinä vaiheessa kun potilas tulee vastaanotolle sairauden jo puhjettua. Tämä ennaltaehkäisevä työ koskee aikuisia, työssä olevia ja keski-ikäisiä yhtä paljon kuin ikääntyviä. Usein hyvä terveys on elinikäinen prosessi ja siihen vaikuttavat koko elämän aikana tehdyt valinnat niin ravinnon, liikunnan kuin muihinkin elämäntapoihin liittyen. Aktiivisena ja terveenä ikääntymisen juuret lähtee siis jo nuoruudesta. (Euroopan komissio 2011a, 8.)

Nuorten ikääntyvien keskuudessa hyvän elämänlaadun tukemiseksi tulisi toimia monelta taholta. Vielä työelämässä oleville pitäisi mahdollistaa työn jatkuminen, työn saaminen sekä mielekkyys ja vaihtoehtojen mahdollisuus niin, että yksilö voi halutessaan jatkaa osallistumista työelämään pidempään. Elinikäistä oppimista tulisi tukea ja mahdollistaa uudet haasteet vanhemmallakin iällä. Koskaan ei ole liian myöhäistä oppia uutta. Haasteet ja uuden oppiminen lisää hyvinvointia ja tuo mielekkyyttä elämään. Tämä uuden oppiminen tulisi myös mahdollistaa työelämässä, eikä ajatella ikääntyviin panostetun koulutuksen menevän hukkaan. (EuroHealthNet 2012, 5.)

Ikääntyvillä on myös tärkeä merkitys yhteisön ja oman ympäristönsä kehittämistyössä. Ikääntyviä tulisi kannustaa osallistumaan päätöksentekoon ja suunniteluun esimerkiksi

kunnallispolitiikkaan tai muihin järjestöihin, jotta ikääntyvien ääni ja tarpeet tulisivat kuulluksi päätöksiä tehtäessä. Tämä myös vahvistaisi osallisuuden tunnetta ikääntyvissä sekä mahdollistaisi sukupolvien välisen yhteistyön ja kohtaamisen. (EuroHealthNet 2012, 5.)

Tullessaan kuuluksi, ikääntyvien ääni voisi auttaa kehittämään paikallistason palveluita ja toimintaa niin, että lähellä olisi ikääntyville suunnattuja palveluita, aktiviteetteja ja harrastuksia paremmin tarjolla. Lisäksi ikääntyviin keskittyneissä toimipisteissä tarjolla voisi olla myös ohjeita ja neuvontaa ikääntymisen tukemiseksi sekä vertaistukea ja uusia sosiaalisia kontakteja. (EuroHealthNet 2012, 5.)

Ikääntymistä ja ikääntyneiden elämänlaatua tarkkailtaessa keskeisiksi tavoitteiksi nousivat esiin lisäksi sosiaalisen ja fyysisen ympäristön tukeminen ja muuttaminen ikämyönteisemmäksi sekä yleisten palvelurakenteiden selkeyttäminen niin, että palvelut toimisivat moniammatillisesti saumattomammin, sujuvammin ja kustannustehokkaammin, mutta kuitenkin tasalaatuisesti ja laadukkaasti tuotettuna. (Euroopan komissio 2012a, 5.)

Keskeisenä punaisena linjana on ajatus siitä, että ikääntyminen ei automaattisesti tarkoita sitä, että ihmisen toimintakyky heikkenee, tulee monia sairauksia tai että ihminen ei voisi toimia enää aktiivisena osallistujana yhteiskunnassa. Uskotaan, että ihmiset, jotka sitoutuvat terveisiin elämäntapoihin, käyttävät ennaltaehkäiseviä palveluita ja ylläpitävät sosiaalisia kontakteja perheeseensä sekä ystäviin pystyvät elämään itsenäisesti ja pysyvät terveenä pidempään. Tämän ajatuksen pohjalta lähdettiin luomaan keinoja mahdollistaa riittävä osallisuus ja sosiaalisten kontaktien säilyminen ikääntyville. (Euroopan komissio 2012a, 5.)

Valitettavasti sosioekonomiset erot ovat nousseet myös ikääntyvien terveyttä tutkittaessa merkittävään rooliin. Heikosti koulutetut ja köyhemmät kansalaiset ovat korkeammassa riskissä sairastua. Heikosti koulutetuilla on todettu olevan jopa 70 % todennäköisemmin ylipainoa ja siihen liittyviä oheissairauksia, he ovat usein fyysisesti epäaktiivisia ja kärsivät todennäköisemmin mielenterveydellisistä ongelmista kuten masennuksesta. Etenkin ikääntyvien maahanmuuttajien joukossa on todettu valtaväestöön verrattuna enemmän sairauksia. Syynä tähän on maahanmuuttajataustaisten suurempi riski joutua työttömiksi ja kärsiä sosiaalisesta syrjäytymisestä, jotka vähentävät merkittävästi hyvinvointia ja altistavat sairastumisen riskitekijöille. (EuroHealthNet 2012, 19.)

## 5.9 Euroopan komission merkitys ja suomalainen sosiaalipolitiikka

### 5.9.1 Euroopan komissio lyhyesti

Euroopan komissio on yksi tärkeimmistä Euroopan unionin toimielimistä. Se koostuu 28 jäsenestä eli komissaarista, yksi jokaisesta EU-maasta. Komission tehtävä on edustaa ja puolustaa koko EU:n alueen etua. Tärkeimpinä tehtävinä komissiolla on EU:n politiikan käytännön toimeenpano sekä varallisuuden käyttöön liittyvät tehtävät. Lisäksi komissio laatii uusia lakiehdotuksia Euroopan lainsäädäntöön. Komission toimikausi on viisi vuotta ja se on vastuussa tärkeimmistä poliittisista linjauksista. (Euroopan unioni 2013a.)

Yksi jäsenistä toimii puheenjohtajana ja muilla komissaareilla on omat vastuualueensa esimerkiksi liikenne, ympäristö tai aluepolitiikka. Yksittäisellä komissaarilla ei ole itsenäistä päätösvaltaa ellei komissio ole antanut yhdelle jäsenelle valtuuksia tehdä toimenpiteitä koko komission nimissä vastuualueellaan. (Euroopan unioni 2013b.) Komissio vastaa toimistaan Euroopan parlamentille, joka on ehkä tärkein lainsäädännöstä päättävistä elimistä EU:ssa. Parlamentti on Euroopan kansalaisten valitsema edustajisto, joka koostuu Euroopan parlamentin jäsenistä eli ns. mepeistä. Parlamentti siis ensisijaisesti edustaa kansalaisia. Ne voisi rinnastaa Suomen kansanedustajiin. (Euroopan unioni 2013c.)

### 5.9.2 Komission vaikutus Suomalaiseen sosiaalipolitiikkaan

Sosiaali- ja terveysministeriö sekä sen alainen hallinto toimivat vahvassa yhteistyössä Euroopan unionin ja kansainvälisten järjestöjen kanssa. Tärkeinä aiheina ovat etenkin ennakoivaan globaaliin terveys- ja sosiaalipolitiikkaan liittyvät asiat. Yhteistyön pohjalla ovat isojen kansainvälisten järjestöjen sopimukset ja suositukset. YK, maailman terveysjärjestö WHO ja kansainvälinen työjärjestö ILO tavoittelevat tartuntatautien tehokasta ehkäisyä, elämäntapojen sekä elämänlaadun parannuksia ja syrjäytymisen ehkäisyä, jotka vaativat osaltaan laajaa ja riittävää kansainvälistä yhteistyötä. (STM 2010, 17.)

Euroopan unionin sisällä luodut yhteiset strategiat, tavoitteet ja suuntaukset ohjaavat vahvasti eri maiden paikallista politiikkaa. Olemmehan kuitenkin osa Eurooppaa ja sen tavoitteet ovat myös meidän tavoitteita. Sosiaali- ja terveysministeriön tehtävänä onkin oikeastaan kohdentaa toimet ja tavoitteet Suomeen sopivaksi, mutta vahvasti ottaen huomioon Eurooppalaiset linjaukset. Esimerkiksi Euroopan komission Eurooppa 2020 -strategiasta ja muista ajankohtaisista linjauksista on luotu kansallinen Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020 - strategia, joka on toimeenpanosuunnitelma siitä, miten Suomi vastaa Euroopan laajuiseen Eurooppa 2020 - strategiaan ja muihin ajankohtaisiin eurooppalaisiin haasteisiin. (STM 2010, 17.) Eurooppa 2020 -strategiaa on avattu tarkemmin seuraavassa osiossa.

## 5.10 Eurooppa 2020

Demografinen muutos eli väestön vanheneminen on maailmanlaajuinen trendi. Yli 65-vuotiaiden määrän on laskettu tuplaantuvan seuraavan 50 vuoden aikana. Pitkä elinikä on hieno saavutus, mutta se rasittaa niin kunnallisia kuin yksityisiä palveluita ja taloutta. Se asettaa palvelurakenteelle, budjetille ja ympäristölle uudenlaisia haasteita ja vaatimuksia, jotta edelleen pystytään takaamaan Euroopan asukkaille hyvä elämänlaatu ja riittävät palvelut. (Euroopan komissio 2011a, 6, Euroopan komissio 2012a, 3.)

Euroopan komissio käynnisti Aktiivisena ja terveenä ikääntymistä koskevan eurooppalaisen innovaatiokumppanuuden ensimmäisenä pilottina Eurooppa 2020 strategian tavoitteiden saavuttamiseksi vuoden 2011 lopulla. Terveen ikääntymisen ja väestön hyvinvoinnin kannalta merkittäväksi tavoitteeksi Eurooppa 2020 strategiassa on kirjattu, että EU-kansalaisten elämään pyritään lisäämään kaksi tervettä vuotta. Kaksi tervettä vuotta eliniässä vähentäisi kustannuksia sosiaali- ja terveyspalveluilta, toisi lisää aktiivisia vuosia ihmisille sekä parantaisi yleisesti ihmisten elämänlaatua. (Euroopan komissio 2011a, 6, Euroopan komissio 2012a, 3.)

Euroopan komissio on antanut eri maille omia suosituksia Eurooppa 2020 -strategian toteutumiseksi. Suomelle ikääntymistä koskevia suosituksia on nimenomaan kuntaliitoksiin liittyvät kysymykset. Euroopan komission näkökulmasta sosiaali- ja terveyspalveluiden tehostaminen ja organisaatiomuutokset lähtevät kuntaliitosten kautta. Kuntaliitoksien muodostamat isommat alueet tarvitsevat vähemmän fyysisiä toimitiloja, esimerkiksi terveyskeskuksia, kun yksi toimipiste palvelisi laajemman alueen tarpeita. Siten palveluntuottaminen olisi kustannuksien kannalta tehokkaampaa, vaikkakin asukkaiden kannalta matkojen pituus kasvaisi merkittävästi. (Euroopan komissio 2013b.)

Euroopan komissio myös haluaa korottaa eläkkeelle jäämisen ikää Suomessa. Varhennetulle eläkkeelle pääsemisen kynnystä pitää korottaa, jotta ikääntyneiden työvoima saadaan hyötykäyttöön. Ikääntyvien työpanosta yhteiskunnalle arvostetaan ja tarvitaan tulevaisuudessa selvästi. Työelämä kaipaa siis osaltaan myös uusia vaihtoehtoja ja muutoksia, jotta ikääntyvien työllisyys ja vaihtoehdot työelämässä laajenisivat. (Euroopan komissio 2013b.)

Suomen ikääntyvän väestörakenteen tehokkaimmaksi hallintakeinoksi suositellaan työmarkkinoiden muuttamista niin, että ikääntyville tarjotaan enemmän työtä ja mahdollistetaan ikääntyvien osallisuus työmarkkinoilla. Vakituisten työsopimusten ja täysiaikaisten työsopimusten määrää tulisi lisätä ja osa-aikaisuutta vähentää. Tärkeänä



Euroopan komissio pitää myös Suomen sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestelmän tehostamista niin, että se pysyy tasokkaana jatkossakin tarpeen lisääntyessä. Euroopan komissio on huomannut Suomen osalta lisääntyvän paineen budjetissa palveluiden osalta. Tähän keinona suositellaan kuntaliitosten rakentamista ja tehokasta eteenpäin viemistä. (Euroopan komissio 2013b.)

#### 5.11 Strateginen täytäntöönpanosuunnitelma

Aktiivisena ja terveenä ikääntymistä koskevaa eurooppalaista innovaatiokumppanuutta hallinnoimaan ja käynnistämään luotiin ohjausryhmä, joka koostuu 33:stä korkean tason Euroopan komission edustajasta. He kirjoittivat alkuperäisen strategisen täytäntöönpanosuunnitelman syksyllä 2011, jonka pohjalta hankkeen pilotit ja toimintaryhmät määrättiin käynnistettäväksi vuonna 2012. Strateginen täytäntöönpanosuunnitelma sisälsi valmiiksi luotuja tavoitteita ja selkeitä linjauksia toimintaryhmille. (Terveys-EU-uutiskirje 2011.)

Kriittisimpinä puutteina ja esteinä tämän hetken palvelurakenteissa ohjausryhmä näki asiakkaiden ja palvelunkäyttäjien hiljaisen tiedon käyttämättä jättämisen. Tutkimuksiin sekä innovaatioiden kehittämiseen ja hoidon parantamiseen pitäisi ottaa jatkossa enemmän kokemusasiantuntijoita eli tulevia käyttäjiä, asiakkaita ja potilaita, mukaan kehittämistyöhön. Halutaan panostaa siihen, että uusia palveluita on mukana suunnittelemassa ne, joilla on oikeasti kokemukseen perustuvaa aitoa tietoa. Vain ikääntyvä itse osaa tarpeeksi kattavasti kuvailla omia tarpeitaan ja kokeilla käytännössä innovaatioiden toimivuutta. (Euroopan komissio 2011a, 6,8.)

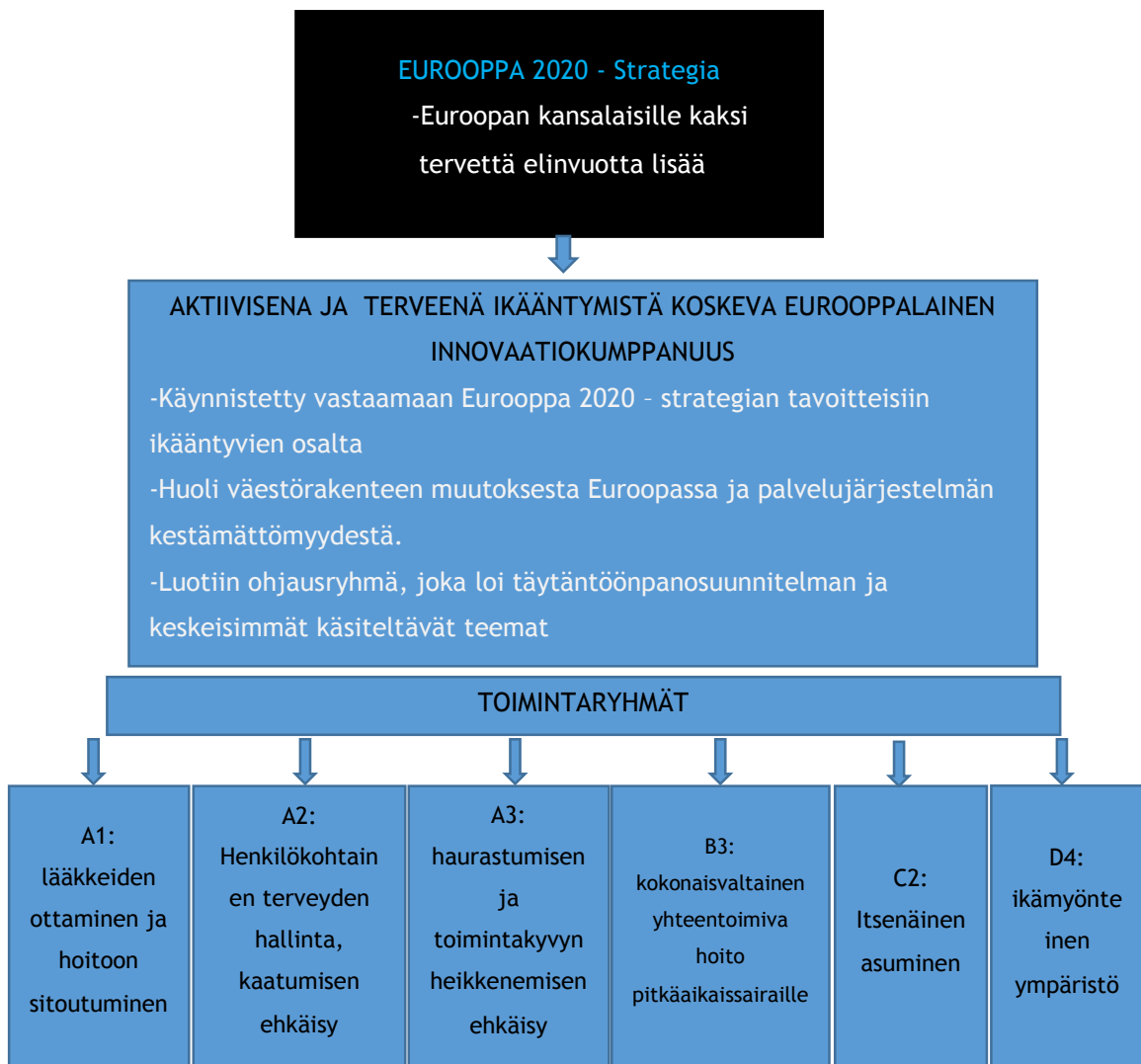
Sosiaali- ja terveyspalveluiden keskinäinen sekä palveluiden sisäinen kommunikaatio on huonoa ja sitä pitäisi parantaa merkittävästi saumattomuuden sekä tiedonkulun vahvistamiseksi. Ihanteellista olisi, että toimipaikat työskentelisivät paremmin päällekkäin ja yhteistyössä niin, että asiakkaan tai potilaan hoitopolku olisi saumaton ja katkeamaton. Mahdollisuuksien mukaan pyritään välttämään kattamattomia alueita ja reikiä, joihin asiakas voi palveluverkostossa pudota. (Euroopan komissio 2011a, 6,8.)

Taloudellisesta näkökulmasta kriittiseksi kehittämispisteeksi nousi ennaltaehkäisevien ja terveyttä edistävien lähestymistapojen puuttuminen. Liikaa panostetaan akuuttiin hoitoon ja jo puhjenneiden sairauksien hoitoon, vaikka paljon kustannustehokkaampaa olisi estää sairauksia jo ennen niiden ilmenemistä yleistä hyvinvointia ja terveystietoutta sekä terveitä elintapoja korostamalla ja varhaisen puuttumisen keinoin. Palvelujärjestelmä on lisäksi liian hajanainen ja se voi olla asiakkaalle tai potilaalle liian vaikea hahmottaa. Käyttäjystävällisyys on tärkeä osa palveluiden toimivuutta. Asiakkaan tulee osata hakeutua oikeaan

palveluun tai työntekijöiden palveluihin ohjaamisen pitäisi olla entistä tehokkaampaa, jotta asiakas saadaan oikean palvelun piiriin oikeaan aikaan. (Euroopan komissio 2011a, 6,8.)

Kuitenkin ohjausryhmä tiedosti raportissaan, että tällä hetkellä talous on niin heikosti johdettu, että rahaa muutokseen, uusiin innovaatioihin tai organisaatorakenteiden uudelleensuunnitteluun ei ole ollut. Ohjausryhmä ymmärtää suurien summien laittamisen innovaatioiden kehittämiseen olevan riskipeliä monessa mielessä, mutta uskoo sen olevan pidemmällä tähtäimellä kannattavaa, koska yhteiskunta ei voi tämänhetkistä palvelujärjestelmää pitkään ylläpitää, koska palveluiden tarve kasvaa jatkuvasti. Tärkeää onkin siis ohjata rahoitus oikealla tavalla hyödylliseen käyttöön. (Euroopan komissio 2011a, 6,8.)

Aikarajaksi ohjausryhmä asetti, että toimintaryhmien tulee pystyä tuottamaan mitattavissa olevia tuloksia vuosien 2012-2015 aikana ja kerätä hyviä käytänteitä. Tärkeää on, että kerätylle tiedolle ja toiminnalle on perusteltua näyttöön pohjautuvaa materiaalia saatavilla. Lisäksi tiedon tulee olla tarjolla kaikille osallisille. Toimintamallit ja hankkeet pitää olla toistettavissa annettujen tietojen perusteella muissakin maissa. Esimerkkinä kerätystä tiedosta ovat hyvät käytänteet, jotka ovat listauksia toimiviksi todetuista hankkeista. Hyvän käytänteen tueksi on kerätty riittävästi dokumentteja ja näyttöä ja ne on jaettu koko EU-alueen maiden käyttöön. Hyvät käytänteet ovat varsin tärkeitä siinä mielessä, että toiminta voidaan dokumenttien avulla toistaa vaikka toisessa maassa. (Euroopan komissio 2011a, 6,8.)



Kuva 1: Kuvaus toiminnasta ja vaiheista

## 5.12 Toiminta käynnistyy

### 5.12.1 Toimintaryhmät

Luodut toimintaryhmät jakaantuivat ohjausryhmän luomien keskeisten teemojen mukaisesti ja muodostivat kuusi erillistä ryhmää, yhden jokaisen keskeisen teeman alle. Toimintaryhmillä on kolme vuotta, eli vuoteen 2015 asti, aikaa tuottaa materiaalia, joka antaa vastauksia, suosituksia ja toimintamalleja ikääntyvien hyvinvoinnin lisäämiseksi. Seuraavaksi esittelen toimintaryhmät yksitellen avaten hieman jokaisen ryhmän keskeistä tavoitetta. (Euroopan komissio 2012a, 4.)

### 5.12.2 Toimintaryhmä A1 - lääkehoitoon sitoutuminen

Toimintaryhmä A1 on keskittynyt pohtimaan ratkaisuja hoito- ja lääkesuunnitelmien noudattamisen ja lääkitykseen sitoutumisen tukemiseksi. Huono lääkehoidon noudattaminen vaikuttaa hoidon tehokkuuteen ja siitä seuraa turhia kustannuksia terveydenhoidolle kun taas hyvä reseptien seuraaminen ja lääkehoidon noudattaminen lisää terveyttä ja vähentää hoidon kustannuksia. Lääkkeiden väärinkäyttö ja lääkkeiden ottamatta jättäminen ovat suuria terveysriskejä. Toimintaryhmä huomioi toiminnassaan sekä potilaan vastuuttamisen omavalvontaan, henkilökunnan kouluttamisen lääkkeenkäytön parempaan tukemiseen sekä lääkeannostelun ja lääkepakkausten paremman suunnittelun käyttäjätystävällisemmäksi. (Euroopan komissio 2012a, 4.)

### 5.12.3 Toimintaryhmä A2 - Oman terveyden hallinta, kaatumisen ehkäisy

Toimintaryhmä A2 puolestaan keskittyy henkilökohtaiseen terveyden hallintaan etenkin kaatumisen ehkäisyn keinoihin. Kaatuminen on yksi vakavimmista kotionnettomuuksista ikääntyneiden keskuudessa. Siitä voi seurata fyysisen toimintakyvyn heikkenemistä, liikkumisen rajoittumista, sairaalaan joutumista ja se edistää päätymistä laitoshiin. Kaatunut voi olla yksinäinen ilman sosiaalisia kontakteja ja jopa masentua jos joutuu rajoittamaan liikkumistaan pitkäaikaisesti. Kaatuminen vähentää elämänlaatua ja lisää lääkkeidenkäyttöä sekä nostaa hoitokustannuksia ja lisää turhia sairaalakäyntejä. (Euroopan komissio 2013a, 4.)

### 5.12.4 Toimintaryhmä A3 - Haurastuminen ja varhainen diagnosointi

Haurastuminen sekä fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn heikkeneminen ja niiden varhainen diagnosointi ovat toimintaryhmä A3:n teemana. Tämä toimintaryhmä on valinnut keskeiseksi tavoitteekseen tiedon lisäämisen haurastumisen ja toimintakyvyn heikkenemisen syistä ja riskitekijöistä, jotta varhainen diagnosointi ja ennaltaehkäisy olisivat entistä tehokkaampaa. Tavoitteena on löytää keinoja kuntouttaa ja ylläpitää fyysistä ja kognitiivista toimintakykyä ravinnon, fyysisen aktiivisuuden lisäämisen ja kognitiivisen harjoittelun keinoin. Avainasemassa ovat varhainen puuttuminen, riskitekijöiden tarpeeksi laaja kartoittaminen sekä ihmisten oma osallistaminen osaksi terveytensä ylläpitämistä. Toimintaryhmä on kiinnostunut hyvinvointiteknologisista ratkaisuista esimerkiksi puhelinsovellutuksista, joiden avulla asiakkaat voisivat valvoa omaa syömistä ja liikkumista sekä motivoitua seuraamaan omia elämäntapavalintoja. (Euroopan komissio 2012b, 4,6,11)

#### 5.12.5 Toimintaryhmä B3 -Toimivampi palvelujärjestelmä

B3 toimintaryhmä pyrkii uudistamaan sosiaali- ja terveystalouden järjestelmää yhteentoimivammaksi kokonaisvaltaiseksi hoidoksi. Tavoitteena integroitu hoito eli entistä sujuvampi ja saumattomampi hoito moniammatillisessa yhteistyössä. Potilaan tai asiakkaan tulisi saada tehokkaampaa hoitoa ja monisairauksisuudestaan huolimatta päästä saumattomasti eri palveluiden piiriin. Hoitopolkujen tulisi olla selvempiä eri palveluiden välillä. Hoitoa pyritään viemään mahdollisimman paljon koteihin, jotta laitoshoidon määrää saataisiin pienemmäksi. Lisäksi panostetaan paljon hyvinvointiteknologisiin ratkaisuihin osana palvelujen laajenemista ja kustannustehokkuutta. (Euroopan komissio 2012c, 3-4.)

#### 5.12.6 Toimintaryhmä C2 - Itsenäinen asuminen

Itsenäinen asuminen on C2 toimintaryhmän aiheena. Heidän toimintansa on myös melko paljon hyvinvointitekologiaan keskittynyttä, koska uskotaan, että itsenäisen asumisen ylläpitämiseksi nimenomaan pitäisi panostaa kotiin tuotaviin ratkaisuihin ja apukeinoihin, jotta arjen askareet sujuisivat asiakkaalta helpommin. Lisäksi erilaiset turvatuotteet, viihdepalvelut ja sosiaaliset palvelut tuovat mielekkyyttä arkeen. Kotiin voidaan saada myös erilaisia seurannan ja valvonnan apuvälineitä esimerkiksi lääkkeenoton tueksi. Toimintaryhmä keskittyykin uusien markkinoiden luomiseen sekä asenteiden muuttamiseen hyvinvointitekologiaa kohtaan. Apuvälineistä tiedotetaan enemmän ja herätetään asiakkaiden mielenkiinto innovatiivisia ratkaisuja kohtaan eli luodaan tarjonnalle kysyntää. (Euroopan komissio 2012d, 3.)

#### 5.12.7 Toimintaryhmä D4 - ikämyönteinen ympäristö

D4 toimintaryhmä tarkastelee ympäristöä ja yhteiskuntaa näkökulmanaan ikämyönteinen ympäristö. Ikäänymistä tukeva ja auttava ympäristö tarkoittaa sekä konkreettista ympäristöä esimerkiksi rakennuksia ja teiden kuntoa, mutta myös sosiaalista ympäristöä ja ihmisiä, joiden kanssa eletään samassa yhteisössä. Korostetaan yhteisöjen monimuotoisuutta ja mahdollistetaan ikääntyvillekin aktiivinen osallistuminen yhteisössään ja yhteiskunnassa. Ikämyönteiset lähiöt on tarkoitus suunnitella yhteistyössä ikääntyvien kanssa. Suunnitteluun kuuluu myös riittävä palveluiden takaaminen ja aktiivisuuden tukeminen, mutta myös asuinrakennusten suunnittelua ja hyvinvointiteknologisten ratkaisujen lisäämistä asuntoihin esimerkkinä smart-tv -palvelut. (Euroopan komissio 2012e, 9,12.)

Seuraavaksi keskityn isompiin teemoihin, jotka sisällönanalyysin keinoin nostin merkittäviksi innovaatiokumppanuuden kannalta ja tarkastelen niitä eri toimintaryhmien toiminnan ja

ratkaisujen sekä taustalla olevien tavoitteiden kautta. Pyrin selittämään kunkin ilmiön yhteiskunnallisessa kontekstissaan, mutta myös esittelemään käytännön hankkeita, palveluita tai innovaatioita, joita kunkin aiheen ympärille on suunniteltu. Aineistoina keskiössä ovat nimenomaan toimintaryhmien toimintasuunnitelmat liitteineen.

## 6 Uuden tiedon tuottaminen ja monikansallinen yhteistyö

### 6.1 Yleistä tiedon hankinnasta

Uuden tiedon hankkiminen on jokaisessa toimintaryhmässä ensisijaisessa asemassa, sillä toimintaa on vaikeaa kehittää ilman uuden tiedon luomista ja puuttuvan tiedon hankintaa. Lisäksi uskotaan, että eri mailla on sisäistä omaa osaamista ja tietoutta, joka ei verkostojen puutteen vuoksi ole ennen jakautunut muihin maihin. Siksi Euroopan komissio pyrkii lisäämään tiedon jakamista ja monikansallista yhteistyötä, jotta päällekkäisyyksiä eri tiedonhankintamenetelmien, hankkeiden ja toiminnan kanssa ei tule ja tuotettu tieto palvelisi laajempaa ihmisryhmää. Paikallisten työryhmien lisäksi tietoa ja tutkimuksia käsitellään laajemmissa kansainvälisissä foorumeissa. (Euroopan komissio 2012a, 3, Euroopan komissio 2011b, 14, Euroopan komissio 2012d, 5.)

Euroopan sisäisesti kerätään hyviksi todettuja toimintamenetelmiä, hyviä käytänteitä ja näyttöä toimintamallien toimivuudesta yhteiseen tietokantaan, josta Euroopan jäsenmaat voivat tutustua eri palveluihin sekä kopioida suoraan toimivia toimintamuotoja omaan käyttöönsä. Näin pyritään ehkäisemään sitä, ettei jokaisen maan tarvitse ”keksiä pyörää” itse, vaan tuotetusta valmiista mallista hyötyvät kaikki. (Euroopan komissio 2012a, 3, Euroopan komissio 2011b, 14, Euroopan komissio 2012d, 5.)

Moniammatilliset toimintaryhmät pyrkivät keräämään tietoa myös ikääntyvien kanssa työskenteleville sekä potilaille omaisineen, jotta hoito olisi mahdollisimman laadukasta ja tehokasta sekä ajankohtaisten tietojen mukaista. Tavoitteena on jatkuvasti kouluttaa ammatti-ihmisiä kohtaamaan ikääntymisen haasteet uudella tavoin ja edistämään uudella tiedolla työryhmien tavoitteiden toteutumista suorassa potilaskontaktissa. (Euroopan komissio 2012a, 3, Euroopan komissio 2011b, 14, Euroopan komissio 2012d, 5.)

### 6.2 Käytännön keinoja uuden tiedon luomisessa

Uuden tiedon luominen hyödyttää erityisesti ammattihenkilöstöä, jotta he pystyisivät entistä paremmin esimerkiksi tukemaan asiakkaan oikeaa lääkkeidenottoa ja hoitosuunnitelmissa pysymistä sekä ymmärtämään lääkehoidon noudattamisen taustalla olevia

tekijöitä ja tunnistamaan mahdolliset riskit ajoissa. Varhainen diagnosointi ja riskitekijöiden tunnistaminen on tärkeää, sillä se mahdollistaa varhaisen puuttumisen ja riskitekijöiden hallinnan. Tämä puolestaan vähentää hoidon tarvetta ja parantaa elämänlaatua. Ammattitaidon sekä ammattihenkilöstön kouluttaminen on aina ajankohtaista ja tiedon kartuttaminen sekä henkilöstön kouluttaminen on hyvin keskeisessä asemassa innovaatio-kumppanuuden toiminnassa. (Euroopan komissio 2012a, 16. Euroopan komissio 2012b, 6.)

Toimintaryhmä A2 eli oman terveyden hallintaan keskittynyt ryhmä, haluaa jakaa tietoa myös koko väestölle eikä vain asianosaisille, ammattilaisille, hoitajalle tai potilaille itselleen. Heidän strategiassaan osana on mainittu kampanjoiminen koko Euroopan alueella kaatumisesta ja kaatumisen riskeistä. Tiedon jakaminen myös työikäisille ja nuoremmille voi ehkäistä tulevaisuuden kaatumisia. Koska kaatuminen on niin vahvasti linkitettävissä heikkoon yleiskuntoon ja rappeutumiseen, voidaan ennaltaehkäisyä ajatella olevan tehokkainta jo keski-ikäisten keskuudessa. Parhaillaan varhainen tiedottaminen tukee jo keski-ikäisten yleiskunnan ylläpitämistä ja myöhemmät kaatumiset ja kaatumisen riskitekijät vähenevät sen avulla, että jo keski-ikäiset panostavat terveellisiin ja aktiivisiin elintapoihin. (Euroopan komissio 2013a, 21.)

Toimintaryhmä A3 kerää tietoutta haurastumisen eri syistä, koska tarpeeksi kattavaa, monipuolista ja eri ikävaiheita huomioivaa tutkimusmateriaalia ei ole saatavilla. Haurastumisen ja toimintakyvyn heikkenemisen ymmärtäminen auttaisi myös toimintaryhmä A2:sta tavoitteessaan tukea terveitä elämäntapoja. Haurastumisen ja toimintakyvyn heikkenemisen ei tarvitse olla välttämätön osa vanhenemista, vaan siihen voidaan vaikuttaa monin keinoin. He haluavat panostaa tiedon keräämiseen haurastumisen riskitekijöistä ja terveyttä ylläpitävistä keinoista sekä jakaa tätä kerättyä tietoa eteenpäin. (Euroopan komissio 2012b, 6, 20.)

Sen lisäksi, että toimintaryhmissä käytetään ammattiasiantuntijoita ja moniammatillisia tutkijaryhmiä tiedonhankintaan, on myös otettava huomioon yksi tärkeä tiedon tuottaja. D4 eli ympäristöön keskittynyt toimintaryhmä kiinnittää toimintasuunnitelmassaan huomiota myös siihen, miten tärkeää olisi saada ikääntyvät itse mukaan suunnitteluun ja haastatella heitä heidän tarpeistaan, puutteistaan ja osallistuttaa heitä oman hyvinvointinsa tuottajiksi ja vaikuttajiksi. Hieno ajatus olisikin, että luodaksemme ikäystävällisiä ympäristöjä yhteisöineen ja palveluineen sekä toimivine infrastruktuureineen, voisimme käyttää asianomaisia eli ikääntyviä suunnittelun apuna, kokeilijoina ja arvioijina työssä. Tämä hiljainen tieto ja sen esiin tuominen on myös tärkeä osa uuden tiedon tuottamista. (Euroopan komissio 2012e, 6.)

## 7 Hyvinvointiteknologia ja apuvälineet

### 7.1 Hyvinvointiteknologian tavoitteet

Hyvinvointiteknologiaa luotaessa on tärkeää pitää huolta koko innovaatioketjusta alkaen riittävästä tutkimuksesta, tuotteiden pilotoinnista aina tuotteen jalkauttamiseen asti suuremmille markkinoille. Varsinaisen tuotteen kehittämisen lisäksi tulee tehdä tarkkaa kartoitusta siitä, millaisille tuotteille on oikeasti tarve ja kysyntää. Tuotteille täytyy luoda riittävät markkinat, jotta kehittämistyö on kannattavaa kaikille osapuolille ja uusia tuotteita ja kilpailua hyvinvointiteknologiamarkkinoille syntyy. (Euroopan komissio 2011b, 6.)

Onnistuessaan hyvinvointiteknologia on kustannustehokasta, hyödyllistä ja moninkertaisesti tuottavaa. Se voi lisätä työhyvinvointia ammattihenkilökunnalle ja hoitajille sekä parantaa asiakkaiden ja potilaiden elämänlaatua. Se on tutkitusti tehokasta ja lisää terveys- ja sosiaalipalveluiden tuottavuutta. Tärkeää olisikin tukea uutta yrittäjyyttä teknologia-alalla sekä edistää tiedonkulkua sekä luoda uusia työkaluja työelämään. (Euroopan komissio 2011b, 6.)

### 7.2 Hyvinvointiteknologia - vahvuus ja haitat

Hyvinvointiteknologian näkökulma on melko uusi yhteiskunnassamme ja sen käyttöaste on vielä melko pieni. Monelle voi olla vaikeaa hyväksyä teknologisia apuvälineitä ja oppia toimimaan erilaisten puhelinsovellutusten ja smart-tv pohjaisten palveluiden kanssa. Moni saattaa suhtautua asenteellisesti teknologian toimivuutta, luotettavuutta ja turvallisuutta kohtaan. Toki on todettava, ettei teknologia yksin pysty toista ihmistä korvaamaan, vaikka palvelut interaktiivisia olisivatkin. Tietenkään kaikki apuvälineet ja teknologia ei ole tietokoneistettua tai television kautta tarjottavia, vaan jatkuvasti luodaan myös innovaatioita, jotka helpottavat arkiaskareita ja perinteisiä kotitöitä konkreettisesti. (Euroopan komissio 2012c, 10,16.)

Kuitenkin aktiivisena ja terveenä ikääntymistä koskeva eurooppalainen innovaatiokumppanuus haluaa korostaa ja lisätä hyvinvointiteknologisia ratkaisuja, koska niiden uskotaan olevan tehokas keino tarjota palveluita, uusia omaseurannan välineitä, interaktiivisia keskustelupalveluita, arjen selviytymisen apuvälineitä sekä viihdettä edullisesti, mutta kattavasti ja laadukkaasti syrjemmillekin seuduille. (Euroopan komissio 2012c, 10,16.)

Hyvinvointiteknologian lisähaasteena on rahoituksen löytyminen. Monestikaan ei ymmärretä hyvinvointiteknologian hyötyä, kustannustehokkuutta ja merkitystä tulevaisuuden palvelu-



järjestelmässä ja siksi se jää ilman riittävää rahoitusta innovaatioiden kehittämiseen, teknologian markkinointiin ja tuotteiden jalkauttamiseen oikeaan käyttöön. Käyttäjien asenteiden lisäksi tulisi pyrkiä edistämään ammatti-ihmisten sekä kaikkien kansalaisten tietoutta hyvinvointiteknologiasta ja tarjota enemmän harjoitteluympäristöjä, joissa erilaisia teknologiaratkaisuja päästäisiin ohjatusti kokeilemaan ja tutkimaan, jotta teknologisten laitteiden ja televisiopalveluiden käyttö tuntuisi helpommalta ja niitä tarjottaisiin ja haettaisiin aktiivisemmin. (Euroopan komissio 2012c, 16. Euroopan komissio 2011b, 6.)

### 7.3 Hyvinvointiteknologisia ratkaisuja

Yhtenä mielenkiintoisena teknologisena ratkaisuna voisi nostaa nyt jo liikemaailmassa käytössä olevien videokonferenssilaitteiden ja -ohjelmistojen ottamisen terapiapalveluiden käyttöön niin, että asiakkaalle pystyttäisiin tarjoamaan keskusteluapua ja terapiapalveluita asuinpaikasta huolimatta. Tämä olisi tärkeää etenkin syrjäseuduilla asuville ikääntyville sekä huonosti liikkumaan pääseville potilaille. Toimiessaan hyvin videokonferenssilaitteilla potilaat voisivat mahdollisesti olla tulevaisuudessa myös yhteydessä lääkäreihin, muuhun hoitohenkilökuntaan ja tukipalveluihin. Myös sosiaalisten kontaktien ylläpitämiseen videokonferenssilaitteista saadaan varmasti tulevaisuudessa apua entistä enemmän. (Euroopan komissio 2012a, 13,18.)

Puhelimeen ja tietokoneisiin pyritään luomaan sovellutuksia auttamaan potilaita lääkehoidon seurannassa, etenkin diabeetikoille ja monisairaille, joilla on monia lääkkeitä. Tarkoituksena on tukea potilaan lääkehoidon oikeellisuutta ja lääkkeiden oton varmuutta, koska virheellinen lääkitseminen ja lääkkeiden väärinkäyttö tai ottamatta jättäminen aiheuttaa vakavia terveydellisiä vaaroja ja lisää myös sairaalaan joutumisen riskiä sekä aiheuttaa suuria kustannuksia. Sovellutukset voivat olla joko lääkkeenotosta muistuttavia äänimerkkejä kännykkään tai sellaisia, jotka vaativat potilaan omaa aktiivisuutta kirjata ottamansa lääkkeet ylös. Hyvää olisi myös, että sovellutukseen kerätyt tiedot näkyisivät hoitavan lääkärin koneella, jotta myös hän voisi osaltaan seurata potilaansa hoidossa ja lääkintäsuunnitelmassa pysymistä. (Euroopan komissio 2012a, 10,12.)

Fyysisen kunnon ja terveellisten elämäntapojen hallinnan lisäämiseksi teknologiset ratkaisut voivat olla sovellutuksia, johon kirjataan ruokavaliota ja liikunnan määrää. Myös voidaan luoda suoria nesteytys- ja ravintosuunnitelmia aliravituille. Etenkin haurastuneille, fyysisesti heikentyneille ja kaatumisriskissä elävien ihmisten avuksi kehitetään voimaa ja tasapainoa tukevia smart-tv treeniohjelmia ja apuvälineitä, joilla tasapainoa ja yleiskuntoa voidaan harjoittaa omatoimisesti. Kognitiivista toimintakykyä ylläpitäviä älyharjoituksia ja

aivotyöskentelyä vaativia virikkeitä voidaan myös tarjota koteihin sekä kännykkään että smart-tv -palveluna. (Euroopan komissio 2013a, 13. Euroopan komissio 2012b, 11.)

C2 toimintaryhmä eli itsenäiseen asumiseen keskittynyt ryhmä on keskittynyt nimenomaan tutkimuksissaan hyvinvointiteknologisiin ratkaisuihin, joilla voitaisiin edistää ihmisten itsenäistä elämää ja tarjota ratkaisuja, joiden avulla ihmiset voisivat asua pidempää itsenäisesti eikä laitoshoidoa tarvittaisi niin paljoa. Etsinnässä on siis konkreettisia innovaatioita, jotka auttavat ihmistä arkielämän haasteissa rajoitteista huolimatta. Erilaiset apuvälineet, interaktiiviset televisiopalvelut, viihdepalvelut ja seurannan työkalut sekä erilaiset turvallisuustuotteet ovat kaikki hyviä tuotteita lisäämään yksilön hyvinvointia kotoa käsin. Innovaatioissa korostuvat sekä fyysisen että sosiaalisen aktiivisuuden ylläpito. (Euroopan komissio 2012d, 3-4.)

Toimintaryhmä kuitenkin kokee, että pystyäkseen kehittämään uusia innovaatioita pitää ensin luoda myös kysyntää ja markkinat tuotteille. Ihmisillä täytyy olla luottamus teknologisiin ratkaisuihin ja halu ottaa niitä käyttöön arkeensa. Ihmisen kokema tarve sekä valmiit markkinat voivat innostaa yhtiöitä panostamaan hyvinvointiteknologian tuotteisiin enemmän. (Euroopan komissio 2012d, 3-4.)

Ikämyönteistä ympäristöä suunnitteleva D4-toimintaryhmän mielestäni kiinnostavin ajatus on luoda smart-tv -pohjaisia älypelejä, joita voitaisiin mahdollisesti käyttää apuna kognitiivisen heikkenemisen diagnosoinnissa ja tunnistamisen apuvälineenä. Se auttaisi kartuttamaan esimerkiksi dementiaa varhaisessa vaiheessa ja saamaan mahdolliset riskiryhmässä elävät kiinni ajoissa. Näin dementiaa sairastavien sairautta pystyttäisiin hallitsemaan paremmin ja heidät saataisiin pysymään pidempään aktiivisena osana omaa ympäristöään. (Euroopan komissio 2012e, 9,12.)

#### 7.4 Nostalgia bits project - hyvinvointia teknologialla

Muistelu ei ole ikääntyneille uutta, mutta internetin käyttäminen muistelun ja omien kokemusten tallentajana ja välittäjänä on. Nostalgia bits project on innovaatiokumppanuuden aikana käynnistetty hanke, joka mahdollistaa muistelun ja muistojen tallentamisen sekä jakamisen internetpohjaisen sovellutuksen avulla. Ohjelmaan voidaan tallentaa kirjeitä, lehtileikkeitä, postikortteja, kuvia tai muuta digitaaliseen muotoon käännettyä aineistoa. (Euroopan komissio 2013d. 34-37.)

Ikääntyvä voi kerätä muistojaan ja jakaa niitä lapsilleen ja lapsenlapsilleen. Muistojen kerääminen voi olla myös sukupolvien välistä yhteistä toimintaa. Hankkeen tavoitteena onkin nimenomaan lisätä sosiaalista kanssakäymistä ikääntyneiden sekä perheiden välillä ja

mahdollistaa uusia keinoja sukupolvien väliseen kommunikaatioon. Parhailaan Nostalgia bits project vähentää ikääntyvän yksinäisyyttä sekä tukee omanarvontunteen kohottamista. (Euroopan komissio 2013d. 34-37.)

Nostalgia bits project voi myös toimia yhteisössä tärkeänä tiedonlähteenä. Ohjelman avulla ihmiset voivat jakaa tietoa ja kokemuksiaan sekä lukea toisten kokemuksista. Tämä mahdollistaa esimerkiksi samoilla seuduilla asuneiden yhteisen muistelun kun voi jakaa samasta tilanteesta tai samasta paikasta muistoja. Niitä voi sitten verrata omiin muistoihin. Lisäksi nuoremmat voivat oppia historiasta ja paikkakuntansa lähimenneisyydestä toisten muistoja selaamalla. Muistot voivat siis olla perheen lisäksi tärkeitä myös muulle yhteisölle, riippuen kenelle tietoa haluaa jakaa. (Euroopan komissio 2013d. 34-37.)

Hankkeen kohderyhmänä on n. 55-75 -vuotiaat. Toisena sivukohderyhmänä on 10-12 -vuotiaat lapset. Ikääntyville pääasiallisena toimintamuotona muistojen tallentaminen ja lukeminen, kun taas nuorille toiminta korostuu ehkä oppimisena ja lukemisena. Testiryhmässä ikääntyneet ovat kokeneet ohjelman mielekkäänä apuvälineenä muistelun tukena. Lasten kohdalla huomattiin asennemuutos ikääntyviä kohtaan. Lapset saivat uudenlaisen käsityksen isovanhemmistaan. Hyötynäkökulmana ohjelman käyttämisessä tulee myös tietokoneen käyttämisen opetteluun ja tietotekniikan käytön lisääminen arkielämässä. Ohjelma voi olla mielekäs tapa opetella laitteiden käyttöä lasten tai lastenlasten kanssa. (Euroopan komissio 2013d. 34-37.)

## 8 Aktiivinen elämä ja osallisuus

### 8.1 Osallisuuden merkitys

Merkittävä osa osallisuuden kokemuksesta lähtee omasta ympäristöstä. Ikämyönteinen ympäristö mahdollistaa paremman sosiaalisen inklusion eli eri-ikäisten ja erilaisten ihmisten yhteisöllisyyden ja kanssakäymisen. Osallisuus ja aktiivisuus omassa yhteisössä ja ympäristössä tukee ihmisen mielenterveyttä ja parantaa elämänlaatua. Ihminen tuntee kuuluvansa johonkin ja hänen olemassaolollaan on merkitys yhteisössä. Luomalla yhteiskunnasta ikääntymistä ja terveyttä tukevaa ja ylläpitävää, voidaan tarjota ikääntyneille mahdollisuus pysyä työelämässä ja toimia aktiivisena kansalaisena pidempään. Se hyödyttäisi sekä yhteiskuntaa että ihmistä itseään, jotta ikääntyvissä olevat voimavarat saadaan käyttöön ja samalla heidän elämänlaatunsa voi parantua. (Euroopan komissio 2012e, 4.)

Tärkeää olisi myös suunnitella kaupungit, palvelut ja rakennukset ikämyönteisemmiksi ja siihen työhön ei ole parempaa yhteistyökumppania saatavilla kuin ikääntyvät asukkaat itse.

He kuitenkin ovat ensisijaisesti oman tilanteensa parhaita asiantuntijoita. Koska kotihoidon määrää pyritään aktiivisesti lisäämään ja laitoshoidon vähentämään, on väistämättä ympäristön ja asukkaiden oltava valmiita mukautumaan ikääntyvän tarpeisiin ja luomaan riittäviä arjen tukimuotoja hyvän elämänlaadun ylläpitämiseksi. Tärkeää on arjen pärjäämisen lisäksi tarjota riittävästi toimintakykyä ylläpitäviä aktiviteetteja, urheilumahdollisuuksia ja sosiaalisia yhteisöjä myös ikäihmisille. Esimerkkinä Ruotsissa pidetään senioreille urheilukoulua, jossa pyritään ylläpitämään ikääntyvien tasapainoa, liikkuvuutta ja yleiskuntoa. (Euroopan komissio 2012e, 7,32.)

Tärkeää osallisuuden ja aktiivisuuden ylläpitämiseksi on yleiskunnosta huolehtiminen ja elintavoista johtuvien sairauksien ehkäiseminen terveillä elämäntapavalinnoilla. Sairastuminen, kaatuminen tai laitoshoidon joutuminen voi rajoittaa ihmisen ulospääsyä ja sosiaalisten kontaktien ylläpitämistä. Ihminen masentuu ja ahdistuu. Esimerkiksi kaatumisen takia pidemmän aikaan kotona tai sairaalassa olleella saattaa kaatumisen seurauksena ilmaantua julkisten paikkojen ja ulkoilun pelkoa. Se voi rajoittaa ihmisen osallisuutta ja aktiivisuutta merkittävästi ja lisätä lääkkeitä, terveys- ja sosiaalipalveluiden käyttöastetta sekä vähentää elämänlaatua merkittävästi. Tämä tuottaa tietenkin lisää kustannuksia, jotka olisivat vältettävissä ennaltaehkäisevin keinoin, mutta ennen kaikkea vähentää osallisuutta ja aktiivisuutta. (Euroopan komissio 2013a, 5.)

Ihmisten halutaan osallistuvan aktiivisesti omaan elämäänsä niin osana yhteisöään kuin vastuullisena osana omaa terveydenhoitoa. Tavoitteena on, että ihminen itse olisi oman sairautensa ja oman tilanteensa asiantuntija. Tätä osallisuutta pyritään vahvistamaan tarjoamalla ihmisille laajempaa terveystietoa koulutuksen ja kampanjoiden avulla. Toivotaan, että tieto lisää ymmärrystä ja halua osallistua omaan terveydenhoitoon yhdessä lääkärin ja muun hoitohenkilökunnan kanssa. Potilaille voitaisiin mahdollistaa helpompi pääsy omiin terveystietoihin. Tämän avulla pystytään tukemaan lääkärin ja potilaan tasa-arvoisuutta ja antamaan potilaalle parempi mahdollisuus osallistua oman terveydenhoidon päätöksiin ja seurantaan. (Euroopan komissio 2012c, 4,16.)

## 8.2 Aktiivisuuden tukeminen

Sosiaalisesta eristäytymisestä ollaan huolissaan eurooppalaisten keskuudessa etenkin ikääntyvien parissa. Työryhmät pyrkivät tutkimaan ystäväpalveluiden ja vapaaehtoistyön merkitystä hyvinvoinnin tuottajina sekä osallisuuden ja aktiivisuuden vahvistajina. Myös erilaiset ruokailukaverit, lenkkeilykaverit ja muut voivat tuoda hyvinvointia ja auttaa ihmistä sekä saamaan sosiaalista verkostoa, mutta myös esimerkiksi liikkumaan säännöllisesti tai syömään oikein kun saa jonkun seuraksi. (Euroopan komissio 2013a, 13,17.)

Innovaatiokumppanuuden aikana on käynnistetty The Walking program -hanke, jonka tavoitteena on kannustaa ihmisiä kävelemään aktiivisemmin. Tarkoituksena on luoda paikallisia ryhmiä, jossa joukko ihmisiä kävelee yhdessä useita kertoja viikossa. Kohderyhmänä hankkeella on kaikki yli 50-vuotiaat, mutta erityisesti pitkäaikaissairaiden osuutta kävelevien ryhmässä pyritään lisäämään, koska heille toiminnasta olisi paljon hyötyä. Hanke on nostettu hyväksi käytänteeksi eli Euroopan komissio on huomionnut hankkeen hyväksi ja se on kirjattu hyvien käytänteiden - esitteeseen, josta muiden jäsenmaiden on helppo kopioida toimintaa omaan käyttöön. (Euroopan komissio 2013d. 183-184.)

Hankkeella on kaksi tavoitetta. Tietenkin selvä päätavoite on fyysisen aktiivisuuden lisääminen lenkkeilyn avulla, mutta myös yksinäisyyden ehkäisy ja sosiaalisten kontaktien luominen ovat tärkeitä. The Walking program pyrkii myös vahvasti ylläpitämään ryhmähenkeä ja tukee kokemuksenvaihtoa ja ystävystymistä. Hanke vaikuttaa yleiseen terveyteen ja hyvinvointiin. Toimintaa pyritään mainostamaan esimerkiksi niille, joille lääkäri on määrännyt fyysisen liikunnan lisäämistä yhdessä terveen ruokavalion ja lääkityksen kanssa. Suurta hyötyä toiminnasta on esimerkiksi diabeetikoille, mielenterveysongelmallisille, korkeasta verenpaineesta tai lihas- ja verisuonitaudeista kärsiville ihmisille. (Euroopan komissio 2013d. 183-184.)

## 9 Sairaudet, lääkitys ja niiden hallinta

### 9.1 Lääkitys ja hoitosuunnitelmat

Terveydenhoidon kannalta tärkeä tavoite on kroonisten sairauksien ja niiden aiheuttamien seurauksien ehkäiseminen. Kroonisuuden on todettu vähentävän merkittävästi elämänlaatua, tuottavuutta ja yksilön toiminnallisuutta. On myös todettu, että pitkäaikaisista kroonisten sairauksien hoitosuunnitelmista toteutuu vain n. 50 %. Potilailla on usein vaikeuksia pitäytyä sovitussa hoitosuunnitelmassa tai eivät noudata annettuja lääkemääräyksiä. On lähdetty pohtimaan syitä tähän lääkehoitoon sitouttamattomuuteen ja hankkimaan lisää tietoa, jotta syitä taustalla voitaisiin ymmärtää paremmin. (Euroopan komissio 2012a, 5-6.)

Yli 65-vuotiaita on n. 14 % koko teollistuneiden maiden väestöstä. He käyttävät liki kolmanneksen lääkkeitä. Kuitenkin tästä joukosta moni noudattaa väärin annettuja lääkemääräyksiä tai jättävät lääkkeet kokonaan ottamatta. Tarkoituksena olisi keksiä ratkaisuja lääkehoidossa pysymisen tukemiseksi ja luomalla yksinkertaisempia ja selvempiä ohjeistuksia ja uusimalla reseptien ulkoasua. Lääkkeiden otosta ja annostelusta sekä pakkauksista

tehdään selkeämpiä. Kuitenkin tavoitteena on lisätä myös potilaan omaa vastuuta ja osallisuutta oman lääkehoidon seuraamisessa. (Euroopan komissio 2012a, 5-6.)

Terveydenhoidon kannalta parannettavaa on myös kotiuttamisen toteutumisessa. Henkilökunnan tulisi olla koulutetumpaa ja keskittyä ehkäisemään toiminnallaan potilaiden uudelleenromahtamista tai kunnon heikkenemistä. Kotihoitoon siirtyminen vaatii hyvää lääkinnällistä hallinnointia ja lääkemääräysten noudattamisen seuranta. Siirtymisen sairaalasta kotiin pitäisi olla entistä saumattomampaa ja tukipalveluja tulisi olla tarjolla kotiin enemmän ja pitkäaikaisemmin. Yhteiskunnalle muodostuu turhia kustannuksia potilaan uudelleen joutumisesta sairaalaan vain epäonnistuneen kotiuttamisen takia. (Euroopan komissio 2012a, 9.)

Hyvinvointiteknologian kannalta olennaisia innovaatioita ovat omavalvonnan ja lääkkeenoton seurannan laitteistot, jotka palvelevat asiakasta kotona. Myös lääkärikäyttöön luodaan hälytyslaitteita, jotka analysoivat potilaalle määrättyjen useamman lääkkeen yhteisvaikutusta ja tunnistaa haitalliset yhdistelmät ja varoittaa niistä. Tämä vähentäisi vääristä lääkityksestä johtuvia seurauksia ja pienentäisi kustannuksia turhien sairaalassaolojaksojen vähenemisellä. Samalla pyritään vähentämään niiden potilaiden määrää, jotka luokitellaan väärin lääkityiksi. (Euroopan komissio 2012a, 11.)

## 9.2 Oman terveyden ylläpitäminen ja yksilönvastuu

Pitkäaikaissairaudet lisääntyvät väestön ikääntymisen myötä. Terveyspalveluiden tehostamisen lisäksi korostetaan jatkuvasti entistä tehokkaampaa terveydenhoitoa, jossa painotus olisi ensisijaisesti ennaltaehkäisevällä toiminnalla ja varhaisen diagnosoinnin tärkeydellä. Tärkeää tulevaisuuden kannalta on yksilöiden vastuun lisääminen omasta terveydestä ja elintapa- valinnoista. Diabetes, sydän- ja verisuonitaudit, syöpä ja muut taudit lisääntyvät merkittävästi. Suurin osa sairauksista olisi ehkäistävissä terveillä elintavoilla. Tautien riskiä lisää muun muassa runsas alkoholinkäyttö, liikunnan puute, tupakointi sekä epäterveellinen ruokavalio ja ylipaino.

Sen lisäksi, että sairauksien ennaltaehkäiseminen on hyödyllistä yksilöille, on se myös hyödyllistä koko palvelurakenteelle kustannussyistä, kun kalliiden hoitojen ja sairaalassa- olojaksojen tarve vähenee. Ihmiset sairastuisivat elintapasairauksiin vähemmän ja pysyisivät terveempinä pidempään, jos pitäisivät itse parempaa huolta terveydestään. Kuitenkin on selvää, että asenteiden ja koko järjestelmän uudelleenrakentaminen ennalta ehkäisevään hoitoon keskittyväksi on vaikeaa, kun tällä hetkellä terveydenhoidon kustannuksista Euroopassa ehkäisevään julkiseen terveydenhoitoon käytetään vain noin kolme prosenttia budjetista. (Euroopan komissio 2011b, 11.)

Vaikka ennaltaehkäiseminen ja varhaiset terveisiin elintapoihin puuttuminen olisikin tärkeää, voi olla vaikea saada nuoria ikääntyviä mukaan prosessiin. Monelle yli 55-vuotiaalle ikääntyminen voi olla herkkä kohta, josta ei mielellään puhuta eikä informaatiota ikääntymisestä vastaanoteta mielellään. Monikaan ei miellä itseään vielä ikääntyväksi tai vanhaksi tässä vaiheessa, jolloin varhainen diagnosointi ja ennaltaehkäisevät toimet olisivat hyödyllisimpiä ja tehokkaimpia. (EuroHealthNet 2012, 4.)

## 10 Palvelujärjestelmä

### 10.1 Uudistuksen tavoitteet

Yli 100 miljoonaa Euroopan kansalaista tai noin 40 % yli 15-vuotiaista koko väestöstä on diagnosoitu joku pitkäaikaissairaus esimerkiksi diabetes, sydänvika tai mielenterveyden häiriö. Kahdella kolmesta eläkeiän saavuttaneesta kansalaisesta on vähintään kaksi pitkäaikaissairautta. Ennen kaikkea arviolta 70 % tai enemmän koko terveydenhuollon budjetista käytetään pitkäaikaissairaiden hoitoon. Tämä tarkoittaisi siis n. 700 miljoonan euron kuluja Euroopan unionin alueella ja kulujen ennakoitaan nousevan entisestään. Ymmärrettävästi nousevat kulut asettavat paineita palvelujärjestelmän kestävyydelle ja palveluiden riittävyydelle. Suuren organisaatiomuutoksen saavuttaminen voi olla lyhyellä aikavälillä liian suuri haaste. Onkin tärkeää ensisijaisesti löytää kustannustehokkaampia mutta laadukkaita innovatiivisia ratkaisuja, telepalveluita, hyvinvointiteknologisia ratkaisuja ja laitteita, jotka auttaisivat saamaan osan palveluista potilaille kotiin ja tukemaan itsenäistä elämää, kotihoitoa ja laitostumisen vähenemistä. (Euroopan komissio 2011, 12.)

Koska pitkäaikaissairaat ja monisairaat ovat lisääntyneet koko Euroopan alueella, vaatii palvelujärjestelmämme uudistusta. Samat potilaat kaipaavat monen tasoista ja monenlaista palvelua ja hoitoa. On tarve kehittää entistä saumattomampia ja yhdistetympiä moniammatillisia palveluita ja hoitopolkua sosiaali- ja terveyspalveluiden välille. Eri palveluiden väliin ei saisi jäädä kuiluja, joihin potilaat voivat pudota tai tulla tilannetta, että jonkun palvelun piirissä oleminen karsisi toisen palvelun saantia. Hoidon tulisi olla tehokasta, laadukasta ja hyvin koordinoitua. Kustannusten pienentämiseksi tärkeää olisi ennaltaehkäisevien palveluiden korostaminen ja kotihoitoon keskittyvät palvelut niin, että laitoshoidon tarve vähenisi merkittävästi. (Euroopan komissio 2012c, 3-4.)

Varhainen diagnosointi ja riskitekijöiden tunnistaminen ovat myös merkittäviä edistysaskelia, jotta ehkäisevistä palveluista ja varhaisesta puuttumisesta on todellista apua. Esimerkiksi sydän- ja verisuonitautia, diabetesta, dementiaa tai osteoporoosia sairastavalla potilaalla on merkittävä kohonnut riski toiminnalliseen ja fyysiseen heikkenemiseen. Näissä

tapauksissa hyvinvointia ja pidempää terveyttä sekä taudin hitaampaa etenemistä voitaisiin edistää ehkäisevien palveluiden ja varhaisen tukemisen avulla. (Euroopan komissio 2012b, 3.)

## 10.2 Israelin malli

Israelissa on perustettu Maccabin moniammatillinen pitkäaikaissairauksien hoitoon ja hallintaan keskittynyt keskus. Toimipaikan alueella asuu jopa kaksi miljoonaa ihmistä, joista varsinaisia potilaita on n. 10 000. Terveyskeskuksen tiedonkäsittely on täysin tietokoneistettua palvelun sujuvuuden ja saumattomuuden takaamiseksi. Tämä keskus on monessa mielessä edelläkävijä entistä yhteentoimivamman ja saumattomamman moniammatillisen palveluverkoston luomiseksi. (Euroopan komissio 2013e, 48-49.)

Keskus on keskittynyt pitkäaikaissairaiden kokonaisvaltaiseen hoitoon. Heillä on asiakkaina n. 6000 akuutimpaa tapausta, joista suurin osa on monista sairauksista kärsiviä pitkäaikaissairaita potilaita, kotiin jääneitä vanhuksia sekä 4000 potilasta, joiden sairaudet ovat vakaita ja hyvin hallinnassa. Hoidon malli onkin luotu nimenomaan ratkaisuksi suurien ihmismäärien hoitoon. (Euroopan komissio 2013e, 48-49.)

Käytössä keskuksessa on kattavat tietokonepohjaiset arkistot. Kaikki työntekijät, hoitajat ja lääkärit käyttävät samaa tietokantaa ja pääsevät potilaan tietoihin, jolloin palvelu on tehokkaampaa ja saumattomampaa. Potilas saa parempaa hoitoa nopeammin, kun kaikilla terveyden ammattilaisilla on heti kattava hoitohistoria saatavilla. Poikkeuksellista potilastiedoissa on myös se, että potilaalla itsellään sekä hänelle mahdollisesti määrättyllä omahoitajalla tai edunvalvojalla on mahdollistettu helppo pääsy hoitotietoihin. Ohjelma on myös siitä erityinen, että se voi lähettää viestejä lääkärille ja potilaalle esimerkiksi muistutuksena käynnin tarpeesta tai ilmoittaa kun joku hoitava taho on kirjannut hoitosuunnitelmaan jotain uutta ja tärkeää. (Euroopan komissio 2013e, 48-49.)

Maccabin keskuksessa tarjolla on neuvontaa, ennaltaehkäisevää hoitoa ja perinteistä sairauden hoitoa. Palveluita on saatavilla lääkäreiltä, sairaanhoitajilta, sosiaalityöntekijöiltä, farmaseutilta, ravitsemusterapeutilta, fysio-, toiminta- tai puheterapeutilta. Kyseessä on siis todella moniammatillinen tiimi. Kaikki toimijat käyttävät samaa tietokantaa ja toimivat saman keskuksen alla. Potilaalle on helppoa, kun kaikki palvelut on saatavilla saman katon alta ja potilastiedot kulkevat talon sisällä ammattilaiselta toiselle ongelmitta. Palvelu on hyvin käyttäjälähtöinen. (Euroopan komissio 2013e, 48-49.)

Tietenkään näin suuri potilasjoukko ei käytä kaikkia palveluita ja Maccabissa kaikki potilaat eivät käy itse paikan päällä. Pystyäkseen hoitamaan näin suurta potilasjoukkoa on keskuksessa



luotu uusia keinoja terveydenhoitoon. Yhtenä keskeisenä palveluna on etähoidon ja tuen tarjoaminen puhelinpalvelun avulla. Puhelinpalvelussa tarjolla on myös moniammatillista henkilökuntaa. Ydintyöntekijöiltä vaaditaan hyvää koulutusta sekä vähintään kolmen vuoden kokemusta pitkäaikaissairaiden hoidosta. Puhelinpalvelu on auki ympäri vuorokauden joka päivä. Käytössä on myös videokonferenssilaitteet, jolloin voidaan myös kameran välityksellä nähdä potilas ja keskustella interaktiivisesti. Puhelinpalvelulla ja etähoidolla on suuri merkitys hoidon tehostamisessa. Etähoidon avulla voidaan myös määrätä lääkkeitä ja apu saadaan kauempanakin asuville ja ikääntyville, jotka eivät pääse liikkumaan kotoaan. (Euroopan komissio 2013e, 48-49.)

Mielestäni tämä kuulostaa hienolta ollakseen totta, mutta voi kestää vielä pitkään ennen kuin vastaavaa toimintaa nähdään täällä Suomessa. Ehkä puhelinkeskuksista saadaan tulevaisuudessa toimivia palveluita laajempaan käyttöön. Kustannustehokkaammalta tavalta se ainakin kuulostaa ja se mahdollistaa hoidon pidemmän matkan päästäkin. Tämä hanke voi kuitenkin olla palvelujärjestelmän uusi tulevaisuus jos näytöt antavat tukea hankkeelle jatkossa. Euroopan komissio oli kuitenkin nostanut hankkeen esille hyvien käytänteiden esitteessään. Hanke ja keskus ovat olleet toiminnassa vasta vuoden, joten pitkäaikaistuloksia tai näyttöä ei vielä ole toiminnasta saatavilla. Haastattelujen ja alustavien tutkimusten perusteella potilaat ovat olleet tyytyväisiä saamaansa palveluun, diabeetikoiden hoidossa on saavutettu tuloksia ja esimerkiksi rokotteiden ottaneiden määrä on lisääntynyt. (Euroopan komissio 2013e, 49.)

## 11 Itsenäinen asuminen

### 11.1 Itsenäisen asumisen tukeminen

WHO:n mukaan ihminen pysyy terveenä, aktiivisena ja itsenäisenä pidempään, kun suunnittelussa otetaan huomioon sekä fyysinen että sosiaalinen ympäristö. Euroopassa halutaan panostaa ihmisten itsenäiseen asumiseen ja innovaatiokumppanuuden yhtenä tavoitteena onkin hyvinvointiteknologian avustaman asumisen lisääminen, laitteistojen ja toiminnan arviointi sekä kopiointi mahdollisimman moneen maahan. Tärkeänä pidetään esimerkiksi dementikkoja tukevan ohjelman luomista, jotta he pystyisivät toimimaan itsenäisempinä ja aktiivisempinä pidempään. (Euroopan komissio 2012e, 4,9.)

Tällä hetkellä laitoshoidossa Euroopassa on liian paljon ikääntyviä ja palveluihin kohdistuu painetta. Budjetti ei riitä luomaan riittävästi kalliita laitospalveluita lisääntyvään tarpeeseen, vaan avainasemassa tulevaisuuden hoidossa on palvelujen saattaminen kotiin niin, että ihmiset pystyisivät asumaan pidempään itsenäisesti. Tavoitteena olisi panostaa ennaltaehkäisevään

hoitoon, mutta myös selvästi kohdistaa hoitoa entistä enemmän kotihoitoon. Tavoitteena on, että 2020 vuoteen mennessä 15 Euroopan valtiossa pitkäaikaissairailta on saatavilla ohjelmia, sovellutuksia, sensoreita sekä sairauden valvonnan ja hallinnan apuvälineitä omaan kotiin. Halutaan myös, että vuosien 2015-2020 aikana ikääntyviä palvelevista ohjelmista on selvästi tukevaa näyttöä, kokeiluja ja tuloksia. (Euroopan komissio 2012e, 3-4.)

## 11.2 FEARLESS -hanke

FEARLESS -hanke on luotu tukemaan ikääntyvien itsenäistä asumista. Tavoitteena on ensisijaisesti pelkojen poistaminen. Monella yksin asuvalla saattaa olla pelkoja itsenäisen asumisen ja arkirutiineista selviämisen suhteen. Hankkeen avulla pyritään takaamaan ihmisen asumisen turvallisuus ja parantaa viihtyvyyttä kotona. Hanke on kohdistettu etenkin dementiaa ja toiminnallisesta ja muistin heikentymisestä kärsiville ihmisille. (Euroopan komissio 2013d. 21-23.)

Hankkeessa on osallistettu vahvasti ikääntyviä itseään ja kuunneltu heidän tarpeitaan ja vaatimuksiaan laitteiston varalle. Laitteistoa on myös tutkittu testiryhmien avulla. Kyseessä on siis sarja teknologisia laitteita, sensoreita, joiden avulla asunnossa tapahtuvia muutoksia voidaan tarkkailla. Laitteistona käytössä on kamera, mikrofoni ja muita tunnistimia, joilla voidaan havainnoida esimerkiksi savua tai tulta, vesivahinkoja, kaatumista tai huomata jos arjessa tapahtuu suuria muutoksia, jotka johtuvat terveyden heikentymisestä. Kaatumisen tai laitteiden päälle jättämisen pelot voivat rajoittaa ihmisen omaa toiminnallisuutta paljon. (Euroopan komissio 2013d. 21-23.)

Asiakkaissa eniten vastustusta herätti yksityisyyden menettämisen pelko. Tavoitteena on kuitenkin luoda häiritsemätön ja huomaamaton laitteisto, joka ei näy arjessa millään tavalla, jos ei ole hätätilannetta ja sensorit aktivoituvat. Kuitenkin dementiaa sairastavan hyöty on suuri ja laitteisto voi lisätä uskallusta aktivoitua enemmän, liikkua enemmän ja osallistua arjen askareisiin. Hätä on saatavilla helposti ja tuntuu turvallisemmalta. (Euroopan komissio 2013d. 21-23.)

Kohderyhmänä ovat yli 65-vuotiaat yksinasuvat dementikot ja kognitiivisesti heikentyneet ihmiset. Heillä tulee olla jonkinlaisia rajoitteita arjen aktiivisuudessa sekä todettu lievää toiminnallista taantumista. Myös käyttäjällä tulisi olla selvästi riski johonkin kodin tapaturmaan esimerkiksi kaatumiseen tai unohteluun, jotka voivat aiheuttaa vaaratilanteita. Nämä ovat suosituksia ihmisistä, joille laitteistosta olisi selvästi hyötyä ja joille hanke on ensisijaisesti kohdennettu suunnittelutyön aikana. (Euroopan komissio 2013d. 21-23.)

Laitteiston uskotaan olevan hyvä tulevaisuuden turvatuote luomaan nimenomaan luottamusta ihmisen omaan pärjäämiseen ja luomaan uskallusta osallistua aktiivisemmin arjen askareisiin. Pelkääminen omassa kodissa heikentää selvästi yksilön elämänlaatua ja siksi siihen tuleekin panostaa. On tärkeää tuntea omassa kotona olonsa mukavaksi ja turvalliseksi. Haasteena hankkeella on parantaa teknologisia asenteita niin, että se hyväksytään paremmin kotiin ja otetaan käyttöön. Kustannukset ovat tällä hetkellä vielä kalliita laitteiston hankkimiseksi ja palvelun saamiseksi, mutta tarjonnan levitessään ja päästessään kunnolla jakeluun on tavoitteena halventaa hintoja. Tällöin laitteiston hankkiminen yksityiskoteihin ja laitoksiin olisi kannattavampaa. (Euroopan komissio 2013d. 21-23.)

## 12 Haasteita

Arvioidessaan omaa kehittämistyötään toimintaryhmät olivat löytäneet myös monia kompastuskiviä ja puutteita, jotka estävät ja hidastavat toiminnan kehittämistä ja jotka ovat vielä tulevaisuuden haasteita EU-kansalaisten hyvinvoinnin ja terveen ikääntymisen lisäämisessä. Uskon, että osa puutteista on vielä korjattavissa ja ratkaistavissa ennen vuotta 2020, joka on tavoitteiden onnistumisen kannalta merkittävä vuosi, jos vaan resurssit riittävät ja kehittämistyötä jatketaan. (Euroopan komissio 2012a, 21.)

Suurimpana haasteena oli ihmisten yleinen terveystiedon puute osana omaa vastuuta pitää itsestään huolta. Ihmisillä ei ole tarpeeksi vahvaa tietopohjaa terveellisten elämäntapojen ja -valintojen tueksi. Valitettavan harva potilas oikeasti tietää, miten hidastaa ja ehkäistä sairauksiaan. Ei ole riittävästi dokumentoituja ja toimivia keinoja, joilla ihminen voitaisiin saada oman sairautensa asiantuntijoiksi. Lääkäreillä ei ole aikaa eikä osaamista potilaan hoidossa pysymisen tukemiseen tai potilaiden motivoimiseen hoidon ja oman valvonnan lisäämiseksi. (Euroopan komissio 2012a, 21.) Vielä puuttuu myös paljon seurantavälineitä ja konkreettisia apuvälineitä ja teknologiaratkaisuja, joilla ihmisten olisi mahdollista seurata ja valvoa omaa sairautta tai lääkkeidenottoa. Jos laitteita on saatavilla, niin usein potilailta puuttuu riittävä it-osaaminen internetpohjaisten sovellutusten käyttöön. (Euroopan komissio 2012a, 21.)

Monen toiminnallista, fyysistä ja kognitiivista heikkenemistä ja haurastumista edistävän sairauden taustalta ei ole tarpeeksi tietoa geneettisesti, jotta voitaisiin tunnistaa esimerkiksi selkeitä merkkejä tai biomarkkereita ihmisistä, jotta varhainen diagnosointi helpottuisi. Varhainen diagnosointi mahdollistaisi puuttumisen ajoissa ja hoitoon pääsemisen varhaisessa vaiheessa, jolloin sairauden hallinta on todennäköisemmin helpompaa. Muutenkin monen kroonisen sairauden tutkimiseksi puuttuu moniammatillisia työryhmiä uuden tiedon hankkimiseksi. (Euroopan komissio 2012a, 21.)

Toimintaryhmissä koetaan myös, että useinkaan ammattilaiset eivät ole tarpeeksi koulutettuja kohtaamaan ikääntymisen haasteita. Euroopassa olisi tilaa luoda uusia erikoistuneempia koulutusohjelmia ammattitaitoisen henkilökunnan saamiseksi. Myöskin jo olemassa olevan henkilökunnan kouluttamisen ja tietojen päivittämisen pitäisi olla jatkuvaa toimintaa. Lisäksi usein ammattilaisten omaava tietotaito jää oman tiimin sisäiseksi eikä eri ammattialojen tai eri maiden välillä riittävää yhteistyötä ja tiedonjakoa ole. (Euroopan komissio 2013a, 40.)

Toimintaryhmät ovat siis tehneet suuren työn kartuttaessaan lisää tietoutta ja kehittämällä innovaatioita yhteistyökumppaneidensa kanssa. Mielestäni eteenpäin on otettu pitkä harppaus, mutta samalla on selvää, että vielä paljon on tehtävää edessä. Toimintaryhmillä on vielä vajaa kaksi vuotta aikaa tuottaa lisää materiaalia, pilotteja ja hankkeita aktiivisen ja terveen ikääntymisen tukemiseksi.

## 13 Arviointia

### 13.1 Aineiston käsittely

Aineisto oli mielenkiintoinen ja melko haastava kokonaisuus koota yhteiseksi tekstiksi, koska kuitenkin materiaali koostui pääosin pienistä maakohtaisista hankkeista, pienistä aluekohtaisista piloteista ja kokeiluista. Kuitenkin aineistojen keskeiset sisällöt ja tavoitteiden tausta-ajatukset olivat tärkeitä ja niiden esittämät haasteet olivat ajankohtaisia ja akuutteja. Paljon listauksia, pieniä yksityiskohtia ja eri maiden omia tavoitteita en kokenut tarpeelliseksi tiivistää tähän tuotokseen, koska kokonaissisältö olisi kärsinyt liian paljosta nippelitiedosta ja paikallisten hankkeiden listoista.

Haasteena oli luoda toisistaan irrallisista dokumenteista yhtenäistä kokoelmaa, jonka informaatioarvo säilyisi tarpeeksi arvokkaana ja luotettavana. Lisäksi haasteita toi oikeiden termien löytäminen suomenkielisinä, jotta teksti ei vääristyisi kovin paljon vain siksi, että jonkin englanninkielisen sanan vastinetta ei olisi löytynyt. Tavoitteena oli myös välttää pelkkää tekstin sanasta sanaan suomentamista vaan keskeiset asiat on pyritty kuvailemaan omin sanoin.

Sisällönanalyysin keinoin esiin on nostettu muutamia tavoitteiden kannalta tärkeitä teemoja, joiden taustalle löytyi paljon ajatuksia, suunnitelmia, mutta myös perusteluja. Jokainen nostetuista teemoista olivat ajankohtaisia ja Eurooppa 2020 -strategian tavoitteiden saavuttamisen kannalta tärkeitä. Päällekkäisyydet eri työryhmien välillä sekä

erilainen asioiden painottaminen antoivat kullekin teemalle monia näkökulmia. Kuitenkin sisällönanalyysin ja dokumenttianalyysin menetelmät valintana olivat onnistuneita ja opinnäytetyö kohtuullisesti tiivistää raporttien sisällön ymmärrettäväksi, mutta informaatioarvoltaan kiitettäväksi kokonaisuudeksi.

### 13.2 Lähdekritiikki

Pääasiallisina lähteinä on käytetty vain Euroopan komission omia raportteja ja internet-sivustoja, koska silloin pystytään varmasti takaamaan kerätyn aineiston tietojen oikeellisuuden ja luotettavuuden. Lisäksi on helpompaa lukea lähes kaikki materiaali samalla kielellä, tässä tapauksessa englanninkielisenä, koska käytetyt termit ovat silloin jokaisessa raportissa samat. On helpompaa yhdistellä tietoa ja löytää yhteneväisyyksiä teksteistä ja etsiä samoja teemoja kun asioista puhuttiin samoilla sanoilla. Käännytyssä tekstissä kuitenkin sanamuodot muotoutuvat suomentajan käyttämän termistön mukaan. Olisi voinut käydä niin, että eri suomentajien teksteissä olisi valittu hieman eri sanoja kuvaamaan eri teemoja ja näin tulkitseminen olisi ollut haastavampaa.

Lähteet ovat luotettavia ja niiden pohjalta tuotettu informaatio on myös luotettavaa. Ainoa mikä luotettavuutta heikentää on mahdollisuus väärinymmärryksille, kun raportit on luettu englanninkielellä. Raportit olivat onneksi melko selväsanaisia, eikä vaikeita poliittisia termejä ollut käytetty, mikä tietenkin helpotti lukemista ja ymmärtämistä.

### 13.3 Eettiset kysymykset ja luotettavuus

Hyvä tieteellinen käytäntö on hyvän tutkimuksen edellytys. Tärkeitä tieteellisiä käytänteitä ovat huolellisuus, rehellisyys, eettisesti kestävä tiedonhankinta sekä avoimuus. Raportoinnin merkitys on myös ensisijaisessa asemassa. Yksityiskohtainen raportointi luo varmuutta ja osoittaa, että tutkimus on laadukkaasti suunniteltu ja toteutettu. Siksi tutkijan on tärkeä kirjata toimiaan tarpeeksi kattavasti ylös koko tutkimustyön ajan. Tutkijan tulisi perustella riittävästi tekemiään päätelmiä ja tulkintoja käyttämästään aineistosta. (Hirsjärvi & Remes 2009, 23-25, 232-233.)

Sisällönanalyysi ja dokumenttianalyysi ylipäätään ei ole tutkimuksena eettisesti kovinkaan haasteellinen verrattuna tutkimuksiin, joissa aineisto kerätään yksityishenkilöiden haastatteluilla. Aineisto on valmiiksi saatavilla ja julkista kaikille, joten aineiston arkaluonteisuutta tai henkilökohtaisuutta ei tarvinnut miettiä. Myöskään aineiston hankinnassa ei tarvinnut pohtia eettisyyttä, hienotunteisuutta tai lähteen luotettavuutta. Tutkimukseni ei vaatinut tutkimuslupia eikä aineiston käyttö yksityishenkilöiden hyväksyntää.

Englanninkielisyyden mahdolliset väärinymmärrykset sekä aineiston kunnioittaminen olivat eettisinä ajatuksina opinnäytetyön teossa. Tavoitteena kuitenkin on luoda kokonaisuus, jonka tuottama tieto on arvokasta ja informaatioarvoltaan laadukasta. Laadukkaana informaatio pyrittiin säilyttämään jättämällä käsitellyt kokonaisuudet riittävät laajoiksi. Aineisto ei pilkottu liian pieniin irrallisiin osiin, ettei tietoa kootessa käyttäisi aineistoa väärissä yhteyksissä. Pyrkimyksenä on välttää asioiden turhaa oikaisemista, vääristelyä tai irrottamista kontekstistaan.

Englanninkielisyyden haasteeseen suhtaudun inhimillisen hyväksyvästi. Tekstin lukeminen ei tuottanut suuria haasteita, mutta oikeiden termien käyttäminen vaati sanakirjojen käyttöä, jotta käytetyt termit olisivat varmasti vastaavia. Lisäksi termien löytämiseksi on käytetty suomenkielisiä Terveenä ja aktiivisena ikääntymistä koskeviin Euroopan komission internetsivustoihin, jotta käytössä on varmasti viralliset termit hankkeelle, ohjausryhmälle ja toimintaryhmille. Oikeiden termien käyttäminen on tärkeää, jotta eri yhteyksissä innovaatiokumppanuudesta lukiessaan lukija ymmärtää asioiden yhteydet ja tietää, että puhutaan samasta asiasta.

#### 13.4 Opinnäytetyön arviointia

Tavoitteet opinnäytetyön kohdalta täyttyivät. Luotu dokumenttianalyysi sisältää keskeisimmät innovaatiokumppanuuden toimet ja haasteet sekä esittelee näkökulmat yhteiskunnallisessa kontekstissaan. Lopullinen tuotos pysyi kokonaisuutena ja on lukijajäystävällinen sekä kuitenkin selvästi informatiivinen ja kattava kokonaisuus.

Dokumenttianalyysin tuottama tieto säilyi luotettavana ja informaatioarvo hyvänä. Aineisto on käsitelty riittävän suurina kokonaisuuksina, jotta yksittäiset ajatukset eivät irtoa kontekstistaan. Näin on pyritty välttämään vääristymisen mahdollisuus. Informaatio on myös pyritty saattamaan lukijajäystävälliseen muotoon, jota tekstiä olisi helppo ymmärtää, mutta joka antaisi riittävän laajan ja kattavan käsityksen Aktiivisena ja terveenä ikääntymistä koskevasta eurooppalaisesta innovaatiokumppanuudesta.

Onnistunutta oli keskeisten teemojen löytäminen sekä itse aineistoihin perehtyminen sekä innostuneisuuden säilyttäminen työn loppuun asti. Keskeiset teemat löytyivät melko helposti sen jälkeen kun koko aineisto oli luettu ja sisäistetty. Aineiston käsittelyssä ensimmäinen lukukerta oli pelkkää kokonaiskuvan luomista, mutta toinen lukukerta tarjosi jo mahdollisuuden alleviivauksille ja teemoittelulle. Kokonaisuus alkoi hahmottua melko pian.

Haastavaa oli kokoamisvaiheessa hyvin hajanaisten aineistojen ja etenkin pienempien yksittäisten hankkeiden ja paikallisten kokeilujen istuttaminen tekstiin niin, että tekstissä ei

olisi liikaa pientä nippelitietojen kirjausta ja liiallista listamaisuutta. Valitettavan paljon dokumentit kuitenkin itsessään sisälsivät maakohtaisia pieniä hankkeita ja listoja, joten niiden käsittely ja saattaminen järkevään muotoon oli välillä hankalaa. Usein tiedon tarpeellisuutta joutui punnitsemaan suhteessa kokonaiskuvaan sekä nostamaan keskeisimpiä toimintamuotoja listoista esiin esimerkeiksi toiminnasta.

Liian hajanaiset pilotit ja niihin liika keskittyminen olisi vienyt opinnäytetyöstä pois paljon tiedon yhtenäisyyttä sekä vähentänyt yleistettävyyttä. Kuitenkin yksittäisiä hankkeita ja toimintoja jätettiin tekstiin konkreettisuuden lisäämiseksi, jotta teksti itsessään ei olisi jäänyt liian korkealle tasolle, vaan näyttäytyisi myös konkreettisina toimina. Tasapainoileminen sekä yleistiedon että tarkemman tiedon välillä oli haaste.

Opinnäytetyö lähti etenemään niin nopeasti, että yhteistyökumppanilta saatu tuki jäi vähäiseksi. Opinnäytetyöstä olisi voinut tulla vielä kattavampi ja monipuolisempi, jos kaikki mahdollinen tuki ja apu olisi käytetty paremmin ja pyydetty enemmän ohjeistusta. Näin myös työelämätahon saama hyöty opinnäytetyön sisällöstä olisi ollut vielä suurempi, jos näkökulmia ja teemoja olisi mietitty enemmän yhdessä. Analyysiä tehdessä teemat syntyivät helposti, mutta mahdollisuus olisi ollut myös vielä pelkistetyemmin ja kattavammin perehtyä vain yhteen tai kahteen yksittäiseen teemaan.

### 13.5 Jatkoa opinnäytetyölle

Aktiivisena ja terveenä ikääntymistä koskeva innovaatiokumppanuus on vielä käynnissä ja työryhmillä on hyvin aikaa luoda uusia pilotteja, kokeiluja ja hankkia paljon uutta tietoa, joten tätä aihetta ei varmasti ole vielä loppuun koluttu. Jatkossa olisi myös mielenkiintoista seurata miten tavoitteet todellisuudessa saavutettiin ja onko innovaatiokumppanuudelle jonkinlaisia jatkosuunnitelmia. Myös Eurooppa 2020 -strategian vaiheita ja onnistumista olisi hyvä pitää silmällä.

Tämän opinnäytetyön pohjalta voisi myös haastatella suomalaisia vanhustyön työntekijöitä ja tutkia miten eurooppalaiset suuntaukset näkyvät heidän työssään ja esimerkiksi miten he suhtautuvat hyvinvointiteknologiaan ja onko heillä riittävä koulutusta hyvinvointiteknologian käyttöön ja käytön tukemiseen. Myös mielenkiintoista olisi tutkia, miten hyvin he ovat tietoisia näistä muutoksista ja meneillään olevista strategioista ja hankkeista.

Ikääntyviä voisi haastatella näistä opinnäytetyössä nousseista teemoista ja hankkia suomalaisten ikääntyvien omaa näkemystä ja mielipiteitä tavoitteista ja näkykö se heidän arjessaan. Ja koska työssä painotettiin henkilökohtaisen vastuun lisäämistä oman terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä niin opinnäytetyö perustelee myös sen, miksi on aina hyödyksi

järjestää toiminnallisia tempauksia, työpajoja, koulutustilaisuuksia, terveysteemaisia keskusteluryhmiä, liikuntaryhmiä tai muita terveellisiä elämäntapoja edistäviä aktiviteetteja ikääntyville, nuorille ikääntyville ja miksei keski-ikäisillekin ennaltaehkäisevästä näkökulmasta.

#### 14 Pohdinta

Kokonaiskuvaksi aineistosta jää yhteiskunnan tuleva haaste vastata melko radikaalisti muuttuvaan väestörakenteeseen ja lisääntyvään palveluntarpeeseen. Valitut näkökulmat ja teemat olivat monipuolisia ja eri tahot tasapuolisesti huomioivia. Luodut työryhmät olivat kattavia ja aiheisiin oli selvästi panostettu tekemällä tutkimuksia ja luomalla verkostoja tiedon jakamiseksi. Raportit antoivat kattavasti tietoa ryhmien toiminnasta ja saavutuksista ja niitä lukiessa tietämys tulevaisuuden suunnitelmista ja ymmärrys väestön ikääntymisen monitahoisesta haasteesta karttui merkittävästi. Toivottavasti opinnäytetyö pystyy tiivistämään opitun informatiiviseksi kokonaisuudeksi myös ulkopuoliselle lukijalle ja valottamaan keskeisiä ratkaisuja ja ajatuksia, joita aineisto käsitteli.

Vanhustyön monipuolisuus ja haasteellisuus herättää paljon ajatuksia. Lukiessani näitä raportteja innostuin uudestaan vanhustyön koko alueesta ja jäin miettimään kaikkia kehittämismahdollisuuksia. Itseäni kiehtoo mahdollisuus työskennellä projekteissa, kehittämistyössä ja toimia uuden toiminnan käynnistäjänä. Vanhustyössä tulee eteen varmasti paljon muutoksia lähivuosina ja alalla kaivataan varmasti paljon uusia innovaatioita ja innostuneita ihmisiä.

Sosiaalialan tulevaisuuden ammattilaisena olen hyvin toiveikas, että työtä on tarjolla alalla niin paljon kuin jaksaa tehdä. Samaan aikaan pelottaa työn raskaus ja paineet jatkuvien leikkausten ja kustannuskeskeisen ajattelun keskellä. Kuitenkin koen vastuuta ja tarvetta olla mukana tulevaisuuden muutoksissa, koska ennemmin tai myöhemmin olen itse se, joka palveluita tarvitsee. Minulle tärkeimpänä sanomana kuitenkin tästä opinnäytetyöstä jäi se, että vanhuus on yksi elämänkaaren vaihe ja meidän yhteiskunnan vastuu on osoittaa arvostusta ja mahdollistaa kunniallinen loppuelämä myös niille, jotka ovat jo suuren panoksensa yhteiskuntaan antaneet.

Nähtäväksi jää, miten Eurooppa 2020 -strategian tavoitteeseen kahdesta terveestä elinvuodesta lisää pystytään vastaamaan. Edelleen kuitenkin on paljon työsarkaa terveen ikääntymisen ja terveiden elintapojen edistämiseksi. Etenkin tärkeimpänä haasteena on väestön tiedottaminen demografisesta muutoksesta ja siitä, että ihmiset aidosti ymmärtävät yhteiskuntamme taloudelliset haasteet palveluntarpeen kattamiseksi laadukkaasti ja tasokkaasti. Ymmärtämällä miten mahdoton tehtävä on jatkaa palveluiden



ylläpitämistä totuttuun malliin, voitaisiin mahdollisesti saada väestö heräämään, vaikuttamaan ja tekemään työtä paremman tulevaisuuden eteen.

Monessa asiassa esiin nousivat väestön asenteet ja asennemuutokset sekä tiedon lisäämisen tärkeys. Hyvinvointiteknologiaa pidetään tärkeänä tapana luoda uudenaikaisia palveluita, monipuolisena työkaluna hyvinvoinnin lisäämiseksi sekä ennen kaikkea kustannustehokkaana tapana saada apuvälineitä ja tukea ihmiselle kotioloihin ja arkeen. Kuitenkin sekä ammatti-ihmisten että väestön - niin asiakkaiden kuin omaisten - asenne voi olla ratkaisevassa osassa siinä, tuleeko koskaan laitteista oikeasti käyttöesineitä ja pääsevätkö ne jalkautumaan arkeen. Jos ihmiset pelkäävät elektroniikkaa, uusia sovellutuksia ja laitteita ja epäilevät niiden luotettavuutta, yksityisyyttä ja turvallisuutta, ei niistä koskaan tule osa arkipäivää ja suuret investoinnit innovaatiotyöhön menevät hukkaan ja tavoitellut säästöt ja palvelut jäävät toteutumatta.

Väestön oman asenteen merkitys tulee esiin myös terveyden ylläpitämisen haasteissa. Moneen sairauteen paras ehkäisykeino olisi varhainen itsestään huolehtiminen. Jo nuoresta alkaen ja keski-iässä pitäisi panostaa toimintakyvyn ylläpitämiseen, kiinnittää huomiota varhaisiin varoitusmerkkeihin ja panostaa laadukkaaseen ruokavalioon. Mikään ei olisi kustannustehokkaampaa kuin hoidon ja palvelujen tarpeen vähentäminen ennaltaehkäisyn avulla lisäämällä yleistä terveyttä. Itse tuotettu terveys ja hyvinvointi sekä toisi mielekkyyttä yksilön arkeen että vähentäisi palveluiden tarvetta, joten hyöty olisi molemminpuolinen. Kuitenkin asenteissa ja ihmisten suhtautumisessa on vielä parantamisen varaa. Tässäkin tapauksessa toimintaryhmien ainoa keino on yrittää kampanjoilla, luomalla verkkosivuja ja edistämällä keskustelua lisäämään väestön tietoutta elämäntapavalinnoista ja toivoa, että tieto johtaisi toimintaan.

Oli kaikin puolin iloinen yllätys se, miten loppupeleissä kansantajuisesti ja selvästi raportit oli kirjoitettu. Päätäjät ja asiakirjojen laatijat eivät olleet sortuneet liian vaikeisiin poliittisiin termeihin tai kiertelyihin, vaan aineisto oli selkokielistä ja suoraan asiaan menevää. Lukijan on helppo ymmärtää ajankohtaisten haasteiden konkreettiset merkitykset yhteiskunnallisessa viitteessään ja selvästi ymmärtää toimet, joihin ryhdytään ja on jo ryhdytty ongelmien ratkaisemiseksi. Oli ainakin avaavaa lukea Euroopan komission tekstejä. Pelko raportteja ja byrokraattista kieltä kohtaan katosi ja tilalle astui uusi käyttökelpoinen keino saada ajankohtaista ja luotettavaa tietoa.

Kuitenkin Euroopan kansalaisena haluaa uskoa päätöksentekijöiden riittävän varhaiseen heräämiseen tämän ikääntymisen haasteen suhteen ja että kovalla panoksella ja kansainvälisellä yhteistyöllä löydetään kestäviä ja tehokkaita ratkaisuja koko Euroopan väestön hyvinvoinnin ylläpitämiseksi. Toki voi olla, että joistain palveluista, joita nyt

pidämme itsestäänselvyytenä voimme kansalaisina joutua luopumaan, mutta pääasiallisesti perushyvinvointia edellyttävien terveyspalveluiden ja riittävän hoitoon pääsyn uskotaan olevan taattua meille tulevaisuudessakin.

## Lähteet

Anttila, Pirkko 1998. Tutkimisen taito ja tiedonhankinta. Viitattu 8.3.2014.  
[http://www.metodix.com/fi/sisallys/01\\_menetelmat/01\\_tutkimusprosessi/02\\_tutkimisen\\_taito\\_ja\\_tiedon\\_hankinta/09\\_tutkimusmenetelmat/40\\_dokumenttianalyysi](http://www.metodix.com/fi/sisallys/01_menetelmat/01_tutkimusprosessi/02_tutkimisen_taito_ja_tiedon_hankinta/09_tutkimusmenetelmat/40_dokumenttianalyysi)

EuroHealthNet. 2012. Healthy and active ageing. Viitattu 27.3.2014.  
<http://www.healthyageing.eu/sites/www.healthyageing.eu/files/resources/Healthy%20and%20Active%20Ageing.pdf>

Euroopan unioni. 2013a. Euroopan komissio. Viitattu 17.4.2014. [http://europa.eu/about-eu/institutions-bodies/european-commission/index\\_fi.htm](http://europa.eu/about-eu/institutions-bodies/european-commission/index_fi.htm)

Euroopan unioni. 2013b. Euroopan komission jäsenten rooli - Euroopan komissio. Viitattu 17.4.2014. [http://ec.europa.eu/commission\\_2010-2014/how-we-work/index\\_fi.htm](http://ec.europa.eu/commission_2010-2014/how-we-work/index_fi.htm)

Euroopan unioni. 2013c. Euroopan parlamentti. Viitattu 17.4.2014. [http://europa.eu/about-eu/institutions-bodies/european-parliament/index\\_fi.htm](http://europa.eu/about-eu/institutions-bodies/european-parliament/index_fi.htm)

Euroopan komissio. 2011a. Strategic impementation plan. Viitattu 03/2014.  
[http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/steering-group/implementation\\_plan.pdf#view=fit&pagemode=none](http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/steering-group/implementation_plan.pdf#view=fit&pagemode=none)

Euroopan komissio. 2011b. Operational plan. Viitattu 03/2014.  
[http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/steering-group/operational\\_plan.pdf#view=fit&pagemode=none](http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/steering-group/operational_plan.pdf#view=fit&pagemode=none)

Euroopan komissio. 2012a. Action plan on 'Prescription and adherence to treatment'. Viitattu 02/2014.  
[http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/a1\\_action\\_plan.pdf#view=fit&pagemode=none](http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/a1_action_plan.pdf#view=fit&pagemode=none)

Euroopan komissio. 2012b. Action plan on 'Prevention and early diagnosis of frailty and functional decline, both physical and cognitive, in older people'. Viitattu 02/2014.  
[http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/a3\\_action\\_plan.pdf#view=fit&pagemode=none](http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/a3_action_plan.pdf#view=fit&pagemode=none)

Euroopan komissio. 2012c. Action plan on 'Replicating and tutoring integrated care for chronic diseases, including remote monitoring at regional levels'. Viitattu 02/2014.  
[http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/b3\\_action\\_plan.pdf#view=fit&pagemode=none](http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/b3_action_plan.pdf#view=fit&pagemode=none)

Euroopan komissio. 2012d. Action plan on 'Development of interoperable independent living solutions, including guidelines for business models'. Viitattu 02/2014.  
[http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/c2\\_action\\_plan.pdf#view=fit&pagemode=none](http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/c2_action_plan.pdf#view=fit&pagemode=none)

Euroopan komissio. 2012e. Action plan on 'Innovation for Age-friendly buildings, cities and environment'. Viitattu 02/2014.  
[http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/d4\\_action\\_plan.pdf#view=fit&pagemode=none](http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/d4_action_plan.pdf#view=fit&pagemode=none)

Euroopan komissio. 2013a. Action plan on Specific Action on innovation in support of 'Personalized health management, starting with a Falls prevention Initiative'. Viitattu 02/2014.  
[http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/a2\\_action\\_plan.pdf#view=fit&pagemode=none](http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/a2_action_plan.pdf#view=fit&pagemode=none)

Euroopan komissio. 2013b. Europe 2020 in Finland. Viitattu 8.3.2014.  
[http://ec.europa.eu/europe2020/europe-2020-in-your-country/finland/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/europe2020/europe-2020-in-your-country/finland/index_en.htm)

Euroopan komissio. 2013c. Strategic Implementation Plan of the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing. Viitattu 03/2014.  
[http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index\\_en.cfm?section=active-healthy-ageing&pg=implementation-plan](http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?section=active-healthy-ageing&pg=implementation-plan)

Euroopan komissio. 2013d. A compilation of good practises. Innovation for Age-Friendly Buildings and Environments. Viitattu 1.4.2014. [http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/gp\\_d4.pdf](http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/gp_d4.pdf)

Euroopan komissio. 2013e. A compilation of good practises. Replicating and Tutoring Integrated Care for Chronic Diseases, Including Remote Monitoring at Regional Level. Second edition. Viitattu 1.4.2014. [http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/gp\\_b3.pdf](http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/gp_b3.pdf)

Finne-Soveri, Harriet. Vanhenemiseen varautuva kaupunki. Esimerkkinä Helsinki. 2012. Juvenes Print - Tampereen Yliopistopaino Oy. Tampere 2012. Viitattu 20.5.2014.  
<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80409/b4046c29-61fe-497c-a226-f517bd40f2bb.pdf?sequence=1>

Heikkilä, Rauha ym. Ikäihmisten palvelut yli palvelurakenteen. Yhtenäisellä RUG-III/18-luokituksella palvelut ja kustannusarviointi samalle viivalle. 2012. Juvenes Print - Tampereen yliopistopaino Oy. Tampere. Viitattu 20.5.2014.  
[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103034/URN\\_ISBN\\_978-952-245-730-1.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103034/URN_ISBN_978-952-245-730-1.pdf?sequence=1)

Hirsjärvi, Sirkka. Remes, Pirkko. & Sajavaara, Paula. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi

Laurea. 2013. mHealth Booster. Viitattu 16.4.2014.  
<http://www.laurea.fi/fi/mHealthboosteri/mhealthbooster/Sivut/default.aspx>

mHealthBooster - hankkeen esittely diat. 2013. Viitattu 10.4.2014.

Noro, Anja & Alastalo, Hanna. Vanhuspalvelulain 980/2012 toimeenpanon seuranta. Tilanne ennen lain voimaantuloa vuonna 2013. 2014. Juvenes Print - Tampereen Yliopistopaino Oy. Tampere. 2014. Viitattu 21.5.2014.  
[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116151/URN\\_ISBN\\_978-952-302-169-3.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116151/URN_ISBN_978-952-302-169-3.pdf?sequence=1)

Ojala, Outi. Kenen Eurooppa? Sosiaalisia Näkökulmia ihmisten eurooppaan. Harmaantuva Eurooppa haastaa. 2009. Kuriiri Oy. Helsinki. Viitattu 20.5.2014.  
[http://www.eurooppa-paiva.fi/assets/publications/ES\\_Raportti\\_0109\\_netti.pdf](http://www.eurooppa-paiva.fi/assets/publications/ES_Raportti_0109_netti.pdf)

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyö menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: WSOYpro

Palola, Elina ja Karjalainen, Vappu. Sosiaalipolitiikka - Hukassa vai uuden jäljillä?. 2011. Unigrafia Oy. Helsinki. Viitattu 20.5.2014. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/970d363e-9edf-4b54-a76e-446b81ed34b5>

STM. Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020 - Sosiaali- ja terveystieteiden strategia. 2010. Helsinki.

Terveys-EU-uutiskirje. 2011. Lukijalle. Viitattu 03/2014.  
[http://ec.europa.eu/health/newsletter/77/newsletter\\_fi.htm](http://ec.europa.eu/health/newsletter/77/newsletter_fi.htm)

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 9. uudistettu laitos. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vaarama. Kaikenikäisille Hyvä Suomi. Sukupolvipolitiikalla sosiaalisesti ja taloudellisesti kestävään hyvinvointiyhteiskuntaan. 2013. Viitattu 21.5.2014.  
[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110167/THL\\_TY%C3%96018\\_2013web.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110167/THL_TY%C3%96018_2013web.pdf?sequence=1)

Virnes, Eevaliisa. Kunnat.net. Vanhusneuvostot. 2013. Viitattu 22.5.2014  
<http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sosiaalipalvelut/ikaantyneet/vanhusneuvostot/Sivut/default.aspx>

## Kuvat

Kuva 1: Kuvaus toiminnasta ja vaiheista.....	27
----------------------------------------------	----