

1. IKÄÄNTYMISEN MONITIETEINEN TARKASTELU

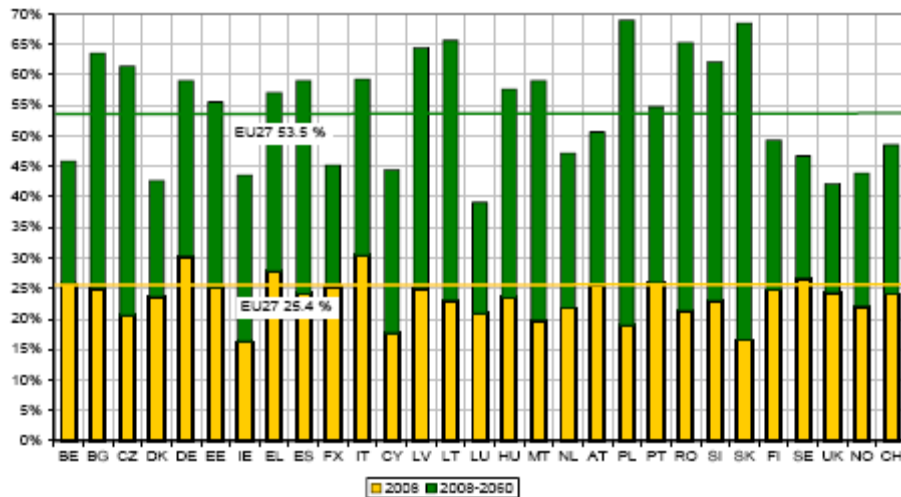
1.1 Ikääntyminen demografisena ja yhteiskunnallisena kehityssuuntana - mitä priorisointeja tarvitaan jo nyt?

Ikääntyminen demografisena kehityssuuntana ja siihen liittyvät yhteiskunnalliset muutostarpeet kohtaavat lähivuosikymmeninä yhä lisääntyvässä määrin eurooppalaiset yhteiskunnat. Väestöennusteiden (Eurostat, 2010) perusteella vuonna 2030 yli 65-vuotiaiden osuus Euroopan väestöstä on alimmillaan 10.4 % ja ylimmillään 37.3 %:a toteutuneen kehityssuunnan ollessa 9.1 % ja 26.8 %:a vuonna 2008. Pohjoismaissa ikääntymisen kehityssuunta ei ole millään tavalla ainutlaatuinen yleisessä eurooppalaisessa kehityksessä. Vuoteen 2050 mennessä ikääntyneiden määrä kasvaa Pohjoismaissa jäaden kuitenkin mm. Espanjan, Italian ja Kreikan ikääntymiskehityksen vaikutuksesta EU:n keskitason alapuolelle (Nososco, 2008).

Ikääntymiseen vaikuttaa olemassa oleva ikärakenne ja sen kehitykseen puolestaan alhainen syntyvyys, pidentyvä elinikä ja muuttoliike. Väestön ikääntymisen yhteiskunnallisia haasteita ennakoidaan tilastotieteessä usein elinikäodotusten ja huoltosuhteen muutosta kuvaavien lukujen kautta. Pohjoismaista alhaisin keskimääräinen eliniänodote on Tanskassa (78, 2 vuotta), Islannissa, Norjassa ja Ruotsissa arvio on 2-3 vuotta enemmän Suomen sijoittuessa näiden väliin. Kuolleisuuden ennakoidaan laskevan yleisesti, mutta arviot elinikäodotteen muutosasteesta vaihtelevat kansallisten ennusteiden perusteella. Suurinta muutosta eliniän pidentymisessä indikoi Suomen ennuste, jonka mukaan odotettavissa oleva elinikä nousee vuoteen 2050 mennessä 8,4 vuotta eli noin kaksi kuukautta vuodessa (Nososco, 2008).

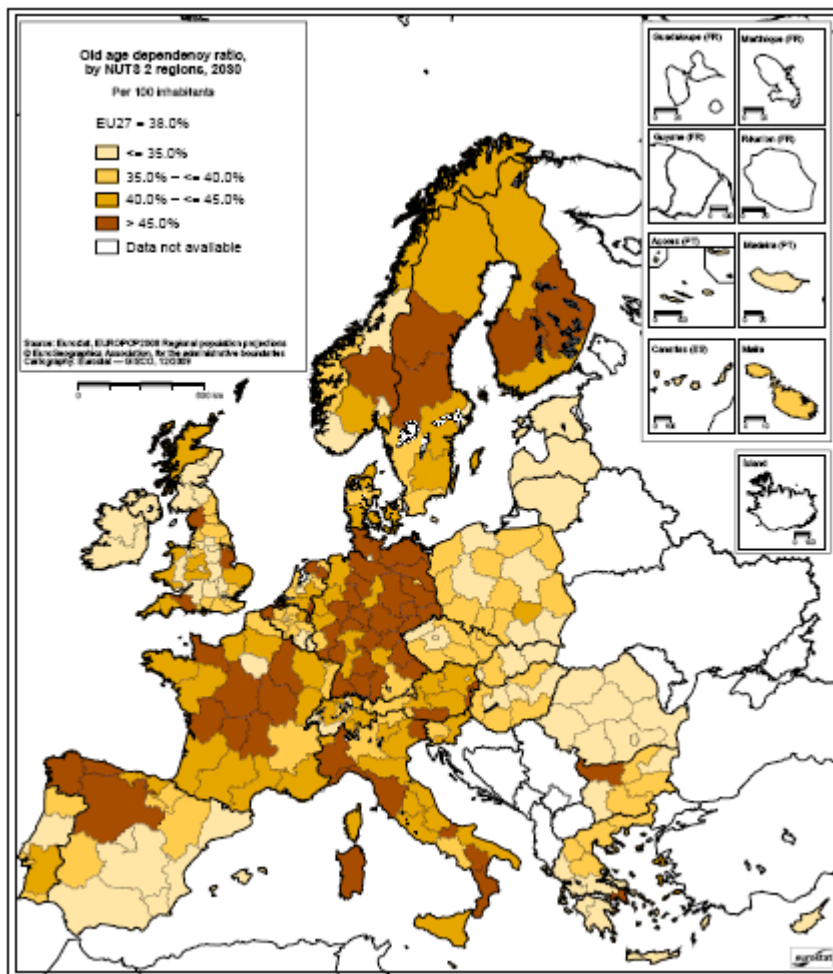
Ikääntymisen vaikutuksia ennakoidaan väestöllisen ja taloudellisen huoltosuhteen muutosennusteilla. Väestöllinen huoltosuhde ennakoi huolettavien vanhusten määrän suhteessa työikäisen väestön määrään ja jälkimmäinen puolestaan kuvaa tarkemmin ilmiön yhteiskunnallista haastetta ilmoittaen eläkeikäisten määrän suhteessa työllisiin. Alla olevasta taulukosta ilmenee, että väestöllinen huoltosuhde tulee useissa maissa kaksin-, kolmin – tai nelinkertaistumaan vuoteen 2030 mennessä. Suomessa huoltosuhde jää tällä hetkellä sekä vuoteen 2060 ulottuvassa arviossa EU:n keskiarvon alle.

Taulukko 1 Huoltosuhteen muutos 2008 ja 2008-2060



Lähde: Eurostat 2010

Huoltosuhteen kuitenkin ennakoidaan vaihtelevan alueellisesti Suomessakin mikä ilmenee alla olevasta kartasta. Arvioitu huoltosuhde vuonna 2030 on alhaisin Etelä-Suomessa ja korkein Itä-Suomessa. Pohjanmaa kuuluu myös kokonaisuudessaan vyöhykkeeseen, jossa huoltosuhde arvioituna suhteessa 100 asukasta kohden on yli 45 %:a.



Lähde: Eurostat 1/2010 Statistics in focus

Tämä kehityssuunta lisää tarvetta tarkastella pohjoismaisen hyvinvointiyhteiskunnan ja siihen läheisesti liittyvän palvelujärjestelmän toimivuutta suhteessa ikääntyvien tarpeisiin. Palvelujen kohdentuminen, laatu, saatavuus ja yhteensovittaminen tulevat edellyttämään sekä palvelujen järjestämisessä että sen resursoinnissa toimivaa paikallista ja alueellista yhteistyötä, jossa erityisesti kuntien ja sen toimijoiden vastuu yhdessä kuntalaisten kanssa on ratkaisevaa tavoitteiden saavuttamiseksi.

Kiistattomasti tarpeellinen huoltosuhteen käsite on harhaanjohtava suhteessa ikääntyneiden toimintakykyyn ja toimijuuteen, sillä se viittaa yksiselitteisesti ikääntyvien kuuluvan huolettavien ryhmään. Erityisen problemaattiseksi käsitteen tekee se, että kolme neljästä 75v täyttäneestä ei lainkaan käytä varsinaisia vanhuspalveluja. (Helander, 2006). Ikäihmiset tuottavat yhteiskunnallisia palveluja järjestötoiminnan ja omaishoidon muodossa. Ikääntyvien yhteiskunnallisen aseman, hyvinvointiyhteiskunnan ja sen palvelujärjestelmän näkökulmasta toimijuuden ja tuottavuuden vahvistamiseen tähtäävä toiminta on toistaiseksi melko hyödyntämätön resurssi. Kuntia onkin vaadittu (HS 23.5.10, Kananaja, Taipale, Tilvis) panostamaan myös ikääntymisen hyviin puoliin, luomaan uutta tulevaisuutta, jossa hyödynnetään vanhojen ihmisten elämäkokemusta, kulttuurista ja sosiaalista pääomaa pirstaloituvan yhteiskunnan eheyttämiseksi.

Harmaatuvassa Suomessa ja Pohjanmaalla vanhuspalveluilla on edessään mittavia haasteita: ikääntyvän väestönosan kasvu, palvelujen saatavuus, kohdentuminen ja laatu, riittävät resurssit ja osaaminen, hyvä johtaminen, valvonta ja riittävä ennakointi sekä palvelutarpeen arviointi ja sen edellyttämä palvelujen ja hoidon räätälöinti. Onko kuntien vanhuspalveluissa resursseja ja tilaa kehittää uusia toimintamalleja ja palvelukonsepteja, joilla tuetaan ikääntyvien omatoimisuutta ja aktiivisen toimijuuden edellytyksiä? Väestön ikääntyessä joudutaan pohtimaan, miten muuttaa ja muuttaako esimerkiksi ikääntyneiden palveluissa suhteellisen lyhyen aikavälin varmat kustannukset pitkántähtäimen epävarmoihin voittoihin, joita ehkäisevän ja edistävän työn tuloksena syntyy? Palvelujärjestelmä on muutoshasteiden edessä toiminnan tavoitteiden siirtyessä edistävään ja ehkäisevään toimintaan:

Muutos ja gerontologinen sosiaalityö ikääntyvien palveluissa



Pohja: http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hd/prm/2004/0058/ddd/ppt/219981-senior_2005_oh-bilder.ppt#257

Ikääntymisen yhteiskunnallisia haasteita on perinteisesti tarkasteltu väestö- ja tilastotieteellisenä sekä sosiaalipoliittisena että lääketieteellisenä ilmiönä. Näiden haasteiden peilaaminen tuleviin terveys- ja yhteiskuntapoliittisiin muutostarpeisiin on osaltaan kaventanut ikääntymisen ja sen seurausten ymmärtämistä ja käsittelyä yhteiskunnassa. Ikääntyminen ja vanhuus liitetään usein sairauteen, toimintakyvyn puutteeseen, taloudelliseen laskentaan, oikeusturvaan ja teknologisiin kehittämiskokonaisuuksiin (Salonen 2008). Ikääntymiseen liittyy tässä kontekstissa yhteiskunnallinen pelko ja huoli vanhusten kasvavasta määrästä ja resurssien riittävyydestä. Tätä näkemystä vahvistaa se, että nuoruus ja ikä myös normittavat yhteiskuntaamme monin tavoin. Yksinkertaistettu esimerkki, mutta yhteiskunnan todellisuutta osaltaan peilaa ja konkretisoi Google-haun tulos hakusannalle ”nuoret”, jolle osumia löytyy 4,7 miljoonaa ja vastaavasti sanalle ”vanhukset” 417 000 osumaa. Kielteiset stereotyyppiset käsitykset ja siihen liittyvä syrjintä vaikuttavat edelleen ikääntyvien hyvinvointia ja osallisuutta heikentävästi. Ikääntyneiden syrjimättömyyden ja osallistamisen mekanismien tunnistaminen, niihin puuttuminen ja vaikuttaminen ovat keskeisiä tulevaisuuden, dialogia ja toimintaa edellyttäviä yhteiskunnallisia arvohaasteita.

Ikääntyvien palveluja ja palvelujärjestelmää koskevan yhteiskunnallisen tarkastelukulman rinnalle on nousemassa ikääntymisen haasteiden tunnistaminen ja ymmärtäminen yksilö- ja yhteisötasolla. Ikääntymisen kokemuksellinen ulottuvuus ja asiakaslähtöisen tiedon tarve on edellytys vanhenemisprosessin ymmärtämiselle ja palvelutarpeisiin vastaamiselle. Terveiden ja hyvinvoinnin edistämisen ja ehkäisevän työn näkökulmasta ikääntyvien hyvinvointiin, elämän laatuun ja itsenäiseen selviämiseen liittyvä arvokas ja hyvä ikääntyminen ovat hyvinvointiyhteiskunnan keskeisiä tavoitteita. Liikunnan, sosiaalisten suhteiden ja kulttuurin merkitys mielenterveyden ja hyvinvoinnin edistäjinä korostaa ikääntymisen yhteisöllistä

ulottuvuutta. Erityisenä huomion kohteena ovat tukea antavat toiminta- ja asuinympäristöt palveluineen sekä teknologian hyödyntäminen ikääntyvien toimintakyvyn ja itsenäisyyden tukemisessa.

Kuntien ehkäisevän ja edistävän työn resursointi on perusteltua ikääntyvien määrän kasvaessa, mutta myös hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamiseksi. Terveiden elämäntapojen edistäminen ja vastaavasti epäterveellisten ehkäiseminen, ei koskaan ole liian myöhäistä. Tutkimusten mukaan hyvään vanhenemiseen vaikuttavat sosiaalinen kanssakäyminen, oman elämän merkityksellisyyden kokemus, liikunta ja terveelliset ruokatottumukset. (Statens folkhälsoinstitut, 2010). Näihin hyvän vanhenemisen osa-alueisiin vaikuttaminen tuottaa tasa-arvoa ja osallisuutta, mutta edellyttää ehkäisevässä ja edistävässä toimintakontekstissa eri toimijoilta saumatonta ja innovatiivista yhteistyötä sekä tehokkaampaa tiedonvälitystä. Samoin edistävä ja ehkäisevä työ haastaa kunnat pohtimaan ja tarkentamaan perusarvoja, joiden varassa toimintaa priorisoidaan ja palveluja tuotetaan. Muutostarve ilmenee myös monien, aiemmin hyviksi todettujen rakenteiden, asenteiden ja käsitteiden kriittisenä pohdintana ja uusien vaihtoehtojen rinnakkaiskäsitteiden luomisena. Parhaimmillaan tämä tarkoittaa toisaalta ikääntymistä kielteisesti normittavien toimintamallien ja toisaalta ikääntyneiden voimavarojen tunnistamista.

Viime vuosina on voimistunut ikääntymisen monitieteinen ja laaja-alainen eri politiikka- ja hallintoalat läpäisevä tarkastelu. Ikääntymisen haasteet ovat sosiaali- ja terveyspolitiikan ohella koulutus-, kulttuuri- ja liikunta- sekä asunto- ja ympäristö- että kuluttajapolitiittisia kysymyksiä (Helander, 2006). Uudet ikäkäsitteet, ikääntyvien voimavarojen ja toimijuuden tunnustaminen ovat muokanneet käsitystä vanhuudesta myönteisemmäksi ja rikkaammaksi. Ikääntyneiden osallisuus yhteiskunnassa edellyttää ennen kaikkea yhdenvertaista kohtaamista, samanlaisia osallistumismahdollisuuksia ja dialogia ikääntyvien kanssa heidän arjessaan. Vaikka kehitys on viime vuosina ollut myönteistä, on edelleen ajankohtaista pohtia, miten voimme tulla yhtenäisemmäksi kansaksi ja yhteiskunnaksi, joka ei jaa tai poissulje ihmisiä tarpeettomasti iän ja ikäryhmitysten perusteella? Miten päästään käytännössä yhtenäiseen hyvinvointi- ja yhteiskuntapolitiikkaan ja sellaisiin toimintakäytäntöihin, jotka tukevat erilaisten yksilöiden ja väestöryhmien sosiaalista, kulttuurista ja yhteiskunnallista osallisuutta sekä keskinäistä dialogia vahvistaa sosiaalista koheesiota ja sosiaalista pääomaa?

Halutaanko Vaasassa entisestään vahvistaa ehkäisevää ja edistävää asiakkaiden voimavaroista lähtevää kehittämissuuntaa ja jos niin miten tässä hankkeessa halutaan näihin asioihin tartuttavan?

1.2 Holistinen ihmiskäsitys ikääntymisen viitekehyksenä

Gerontologia tarkastelee ikääntymistä ja vanhenemisprosessia monitieteisesti kytkeytyen erityisesti biologiaan, psykologiaan ja sosiologiaan sekä sosiaali- että terveystieteisiin. Tällöin ikääntyminen ymmärretään kokonaisuutena, jossa sosiaaliset, biologiset, psykologiset, kulttuuriset ja yhteiskunnalliset tekijät limittyvät toisiinsa yksilöllisesti kunkin ikääntyvän ihmisen elämässä ja hänen tarpeissaan.

Tässä hankkeessa keskitytään erityisesti sosiaaligerontologiaan tukeutuvaan gerontologiseen sosiaalityöhön. Salosen (2008) mukaan sosiaaligerontologian tietoperusta ja ammatillinen osaaminen rakentuu holistiseen ja sosiokulttuuriseen vanhuskäsitykseen

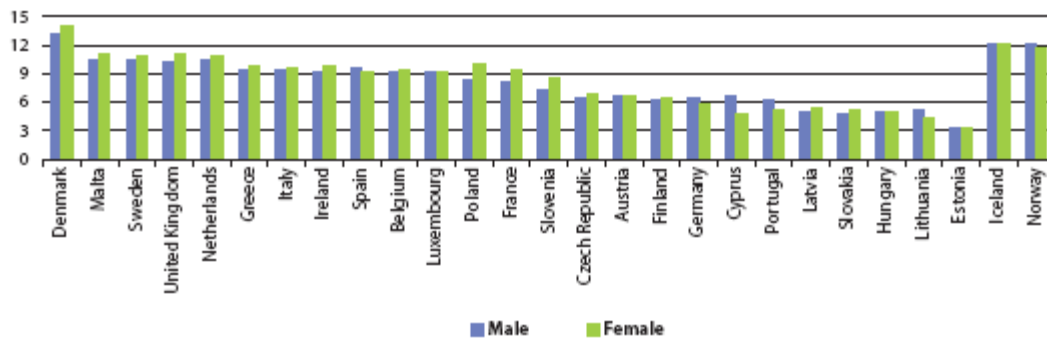
historiallisyhteiskunnallisessa yhteydessä. Sosiaalinen vanhuudessa on yksilöllisesti muotoutunut ja muotoutuva elämäkokonaisuus, jolla on sidoksensa aikaan, paikkaan, kulttuuriin ja rakenteisiin. Sosiokulttuurinen tarkastelutapa auttaa ymmärtämään vanhenemista ja vanhojen ihmisten elämää monitasoisesti huomioiden myös mitattavissa olevien tekijöiden lisäksi kokemuksellisuuden ja merkitysten ulottuvuudet. Asiakkuus erityisine ympäristöineen, elämäkulttuureineen, tilanteineen, avuntarpeineen ja palveluineen rakentuu holistiselle vanhuskäsitteelle ja laaja-alaiselle vanhusspesifisyyden ymmärtämiselle.

Kunta- ja palvelurakenneuudistuksen sekä vanhuspalvelulain muutoksen kontekstina on ikääntymisen, vanhenemisprosessin sekä siihen vaikuttavien tekijöiden tunnistaminen ja ymmärtäminen yksilön, yhteiskunnan ja yhteisöjen näkökulmasta. Laaja-alainen vanhuusspesifisyyden ymmärtäminen täydentyy uudella tavalla kokonaisuudeksi sosiaalisessa, kulttuurisessa ja yhteiskunnallisessa viitekehyksessään toimien hyvänä lähtökohtana myös eri tieteiden tuottaman tiedon hyödyntämiselle ja käyttöönottamiselle. Vanhuspalvelujen kehittämisessä ja suunnittelussa ikääntymisen sosiaalinen ulottuvuus on vahvasti sidoksissa ihmisen arkeen, hänen osallisuuteensa ja toimijuuteensa elämän eri foorumeilla, niin julkisissa kuin yksityisissä tiloissa, paikoissa ja rooleissa. Ikääntyneiden mielenterveyden ja hyvinvoinnin edistämässä sosiaalisen ulottuvuus on keskeinen tutkimus- ja kehittämisalue.

Arjen sujuminen on pitkälti sidoksissa toimintakykyyn, jota voidaan tarkastella terveyden ja hyvinvoinnin kokonaisuutena, itsenäisen selviytymisen ja elämäntilanteen kontekstissa. Hyvä fyysinen, psyykkinen, kognitiivinen ja sosiaalinen toimintakyky lisää turvallisuuden tunnetta voimauttaen ihmistä arjessaan. Ikääntyneen kuntalaisen hyvinvoinnin kannalta on tärkeää, että ehkäisevissä ja edistäväissä palveluissa säännöllisesti seurataan toimintakykyä sen eri osa-alueineen ja että tarvittaessa sen heikentymiseen voidaan ja halutaan kunnassa vaikuttaa kuntoutuksen ja muun tarvittavan tuen keinoin.

Sosiaali- ja terveystieteissä painopisteen siirtämisen tarve ehkäisevään toimintaan on kansansairautemme vaikutukset huomioidenkin ilmeinen haaste palvelujärjestelmällemme verrattaessa esim. ikääntyvien suomalaisten 65-vuotiaiden terveiden elinvuosien määrää eurooppalaisessa ja pohjoismaisessa vertailussa (Eurostat, 2009). Ikääntyvien suomalaisten terveet elinvuodet (taulukko 4) ovat selkeästi yleisen pohjoismaisen tason alapuolella jäädessä Tsekin, Itävallan, Saksan ja Portugalin tasolle. Miten 65v suomalaisten terveiden elinvuosien määrä saadaan nostettua muiden pohjoismaiden tasolle? Mitä muutoksia se edellyttää yhteiskunnalta, palvelujärjestelmältä ja kansalaisilta itseltään? Kannustaako ja tukeeko kunta palvelujärjestelmien paikallistasolla riittävästi kuntalaisiaan elämäntilanteen myötäilevään omaan terveys- ja hyvinvointivastuuseen? Miten yhteiskunta edistää järjestöjen roolia hyvinvoinnin edistäjinä tai vahvistaa kansalaisosallisuutta erilaisissa yhteisöissä?

Taulukko 4 Terveet elinvuodet 65v iässä/ 2005
(vuosia)



Lähde: Eurostat Yearbook 2009

Yksilön omaa vastuuta ja roolia terveyden ja hyvinvoinnin sekä toimintakyvyn ylläpitämisessä on vahvistettava sekä tuettava yksilöllisin että yhteisöllisin keinoin. Suomi sijoittuu elinikäisen oppimisen vertailuissa Pohjoismaiden kärkeen. Tämän resurssin ja kansalaisten tahtotilan hyödyntäminen ja talteen ottaminen edistävässä ja ehkäisevässä työssä on vasta aluillaan.

Halutaanko Vaasassa entisestään vahvistaa holistiseen ihmiskäsitykseen perustuvaa moniammatillista toimintaa vanhuspalveluissa? Mitä tämä tarkoittaa ehkäisevässä gerontologisessa sosiaalityössä ja moniammatillisessa ehkäisevän työn kokonaisuudessa? Miten ehkäisevää työtä voidaan edistää tämän hankkeen avulla?

1.3. Ikääntymisen haasteet sosiaalityössä

Sosiaalityön haasteet peilaantuvat laajempaan yhteiskuntakehitykseen, jossa palvelu- ja kuntarakennemuutos, moniammatillistuminen ja asiakaslähtöisyys vaikuttavat monitasoisesti professioon uudistaen sosiaalityön työorientaatioperustaa. Yksi keskeisimmistä sosiaalipoliittisista ja sosiaalityöhön liittyvistä perushaasteista on terveyden- ja hyvinvoinnin epätasainen jakautuminen. Yhteiskunnallista eriarvoistumista tapahtuu sukupuolen, iän, etnisen taustan ja asumiseen liittyvissä kysymyksissä. Ikääntyneiden elinolosuhteet ja elintaso, osallisuuden ja osattomuuden kysymykset ovat erilaisia myös alueellisesti. Sosiaalityön käytäntö on suhteutettava tällöin osallisten tarpeisiin ja paikallisiin olosuhteisiin.

Palvelujärjestelmän mahdollisimman varhainen mukaantulo ja riskiryhmien tunnistaminen edellyttää ehkäisevässä työssä uusien toimintamuotojen kehittämistä ja asiakaslähtöisyyden vahvistamista hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamiseksi. Terveys- ja hyvinvointi erot ovat paitsi alueellisia, myös eri sosioekonomisten ryhmien välisiä, sukupuoleen tai etniseen taustaan liittyviä. Suomessa yksinasuvien köyhyysriski on molemmilla sukupuolilla korkeampi kuin Ruotsissa, mutta erityisesti yksinasuvien naisten köyhyysaste on Suomessa selvästi miehiä korkeampi. (Ahonen & Bach-Othman, 2009). Pohjanmaalla ja Vaasassa myös maahanmuuttajataustaisten ikääntyvien määrä kasvaa lähitulevaisuudessa. Ruotsissa tehdystä selvityksestä ilmenee, että maahanmuuttajataustaiset ikääntyneet (55-75v) kuuluvat etnisiä ruotsalaisia useammin pienituloisten ryhmään ja kokevat suurempaa turvattomuutta lähiympäristössään. Liikkuminen vapaa-ajalla on vähäisempää ja ylipainoisuus yleisempää kuin muulla väestöllä. (Folkhälsoinstitut, 2008).

Mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat yleistyneet maailmanlaajuisesti ja kehitys näkyy myös ikääntyvien ryhmässä. Depression ja yksinäisyyden aiheuttamat negatiiviset seuraukset

toimintakykyyn ja sairauksista toipumiseen tiedetään, mutta huomion kiinnittäminen mielenterveyden ikäspesifisyyteen on vielä tutkimuksellisestikin vähäistä. Vaikka ikäihmisten vakavat mielenterveysongelmat eivät ole lisääntyneet Suomessa viime vuosikymmenten aikana, esiintyy lievempiä masennusoireita runsaasti. Nämä ongelmat tunnistetaan huonosti eikä ikääntyville ole tähän tarpeeseen tarjolla riittävästi asianmukaista hoitoa. (Martelin, Kuosmanen, 2007). Mielenterveyden sairauskeskeisyyden vastapainoksi tarvitaan tutkimusta ja työkäytäntöjä, jotka perustuvat holistiseen ihmiskäsitykseen ja tukevat mielenterveyden positiivisia ulottuvuuksia kuten sosiaalisia suhteita ja yhteisöllisyyttä.

Alkoholinkäytön ja juomatapojen muutos näkyy myös ikääntyvien ryhmässä haastaen asiakkaan hyvinvoinnin ja hänen tarpeistaan lähtevän moniammatillisen yhteistyön. Vanhusten alkoholin käyttö on tutkimuksellisesti herättänyt hyvin vähän kiinnostusta, joten siihen ei ole juurikaan ollut tarjolla asiantuntevaa koulutusta. Pohjoismaisesta tutkimuksesta (Zsebehely, 2008) ilmenee, että Ruotsissa kotipalvelun työntekijöistä 61% vastasi kohtaavansa työssään joitakin päihdeongelmaisia vanhuksia luvun ollessa Suomessa 82%. Tutkimuksesta ilmenee myös, että ikääntyvien alkoholinkäyttö alidiagnosoidaan usein vanhenemiseen liittyvinä muutoksina (O'Connell, 2003).

Ikääntyvät ja heidän sosiaaliset ongelmat eritellään organisatorisesti pois ikäkatgorioilla; vanhuksia ohjataan päihde- ja mielenterveyspalvelujen piiriin vähäisesti, vaikka he hyötyisivät palvelusta kuten muukin väestö. Mikäli ikääntynyt ohjataan palveluihin, ei niissä juurikaan ole tarjolla vanhusspesifiä osaamista tai palvelua. Yksilöä kohdellaan palvelujärjestelmässä joko vanhuksena tai päihteidenkäyttäjänä. Tämä käytäntö sulkee ikääntyneen päihdeongelmaisen asiakkaan eri tavoin pois palvelujen piiristä. Tilanne on ristiriitainen kaikille palveluprosessin toimijoille. Asian monimutkaisuutta lisää se, että asiakkaan itsemääräämisoikeutta tulkitaan usein oikeutena ja sääntönä, joka estää tai vaikeuttaa asiaan puuttumisen. Kääntöpuolena tälle on se, että asiakkaan alkoholin ongelmakäytöstä tulee näkymätön, yksilön oma ongelma (Gunnarsson, 2010). Sosiaalityön ammatillisen tietämyksen ja asiantuntijuuden perusteella kielteisen kehityskulun katkaiseminen asiakkaan oman vastuun ja pienenkin muutoksen tukemisella on kuitenkin työn keskeinen tavoite.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä on panostettava yhä vahvemmin hyvinvointia ja terveyttä edistäviin toimenpiteisiin ja niitä tukeviin rakenteisiin. Vanhustyön painopisteen siirtyminen ehkäisevään ja edistävään työhön edellyttää tässä tavoiteltavasti myös uusia toimintatapoja ja innovatiivisia palveluja. Tätä suuntaa tukevat myös Sosiaali- ja terveysministeriön vanhuspalveluja koskevat laatusuositukset niin palvelurakenteiden kuin palvelu- ja työprosessienkin kehittämiseksi. Sosiaalityön työmenetelmien kehittämisessä tämä kehityssuunta lisää tarvetta vahvistaa yksilökohtaisten työmenetelmien rinnalle kuntouttavaa, yhteisöllistä ja rakenteellista sosiaalityötä ja niiden menetelmäperustaa.

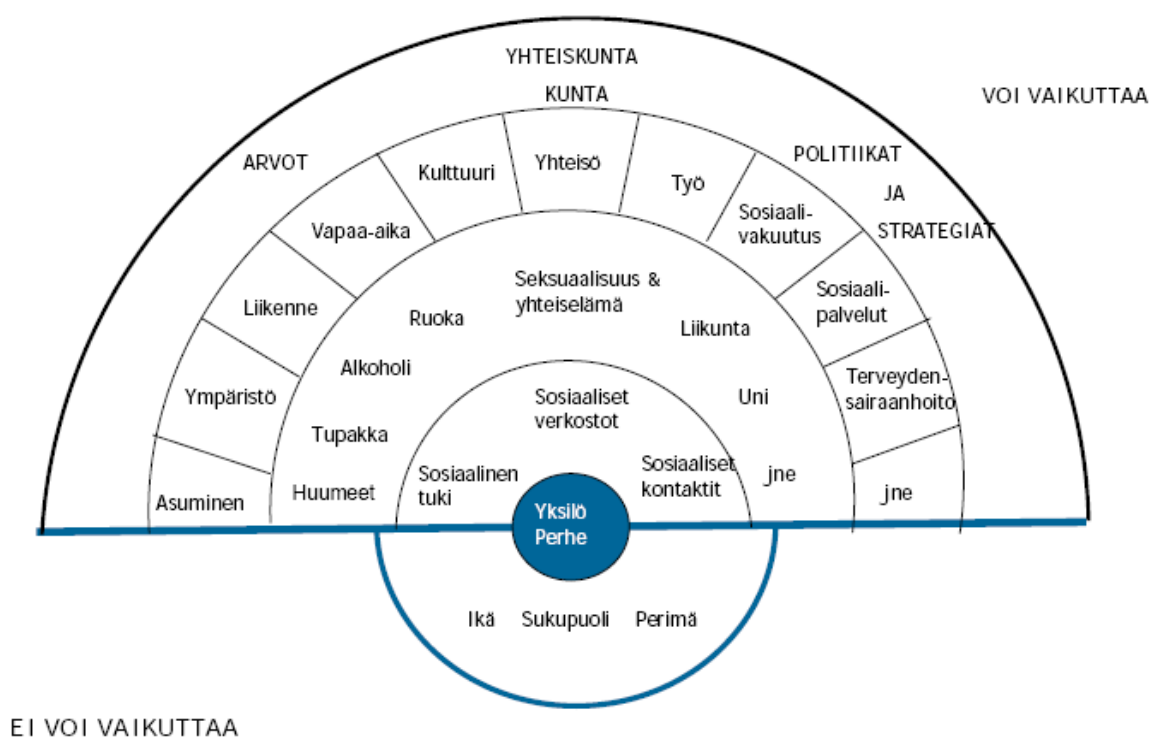
Sosiaalityön aseman ja roolin vahvistaminen moniammatillisessa toiminnassa on sidoksissa sosiaalityön organisointiin, osaamisen kehittämiseen työorientaatioiden perusteella sekä asiakkaiden osallisuuden että sosiaalityön eettisyyden painotuksiin. Työn uudelleen organisoiminen ja tehtäväkuvien selkeys sekä jaettu ymmärrys että toimintaa ohjaavien arvojen ja tavoitteiden tarkentaminen erilaisissa muutostilanteissa, on kokonaisvaltaisen riittävän laaja-alaisen sosiaalityön perusedellytys. (Karjalainen & Sarvimäki, 2005).

Sosiaalityön on tultava ennakkoluulottomasti mukaan ikä- ja väestöryhmä, sektori- tai ilmiöperustaisesti organisoiduille moniammatillisille foorumeille hyödyntämään oman tieteenalan erityisosaamista erilaisilla toiminnallisilla yhteispinnoilla asiakkaiden hyvinvoinnin edistämiseksi. Ikä ei tällöin määritä implisiittisesti palveluntarvetta, vaan asiakkaan

toimintakyky, terveys ja tarpeet, ohjaavat työtteen muuttamista esimerkiksi aikuissosiaalityöstä gerontologisempaan suuntaan. Profiiloilta se edellyttää holistista, horisontaalista näkemystä, mutta myös tahtoa ylittää tehtäväalueiden ja toimintasektoreiden rajat ja kykyä nähdä toimintakokonaisuus asiakkaan hyödyn näkökulmasta. Gerontologinen sosiaalityö vanhuspalveluissa mahdollistaa tämän tyyppisen, moniammatillisissa verkostoissa toimimisen, jossa yhdistyy niin yksilöllinen ehkäisevä ja kuntouttava kuin yhteisöllinen ja rakenteellinenkin sosiaalityö.

Ehkäisevässä ja edistävässä moniammatillisessa vanhustyössä operoivaa sosiaalityötä ja sen asiakaslähtöistä holistiseen ihmiskäsitykseen perustuvaa kokonaisuutta voidaan havainnollistaa allaolevan kaavion avulla. Se kuvaa elämän eri osa-alueiden ja elämäntavan näkökulmasta muodostuvaa kokonaisuutta, jossa sosiaalinen ulottuvuus on keskiössä, ihmisen arjen ytimessä.

Taulukko 5. Sosiaalisen konteksti yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan tasolla



Lähde: Statens folkhälsoinstitutet, 2010
mukaillen Haglund, B. & Svanström, L. (1995) Samhällsmedicin – en introduktion.

Erilaiset sosiaaliset ryhmät ja - suhteet vaikuttavat yksilön arvojen, normien ja kulttuurin muokkaamassa elämäkokonaisuudessa läpi elämänkaaren määrittäen hänen suhdettaan ja suhtautumistaan elämäänsä ja keskeisiin hyvinvointiin vaikuttaviin valintoihin. Ihmisen elämäntapa muodostuu sosiaalisessa kontekstissa ja se määrittääkin näin ollen vahvasti myös terveyttä. Havainnollistuu kuvatussa kokonaisuudessa sosiaalisen olomuotoisuus, jonka ymmärtämisen tärkeyttä vanhuksen elämässä Salonen (2008) erityisesti painottaa?

Sosiaalista voidaan pohtia kuvion pohjalta yksilön, yhteisön tai yhteiskunnan tasolta tarkentaen fokusta ikääntymiseen, gerontologiseen sosiaalityöhön sekä edistävään ja ehkäisevään moniammatilliseen vanhustyöhön. Sosiaalinen vanhuudessa on yksilöllisesti muotoutunut ja

muotoutuva elämäkokonaisuus, jolla on sidoksensa aikaan, paikkaan, kulttuuriin ja rakenteisiin (Salonen, 2008). Mitä sosiaalinen tarkoittaa ikääntyvän yksilön elämässä ja miten hyvinvointia edistävää omaehtoista toimintaa voidaan vahvistaa ja tukea yksilö-, yhteisö- ja yhteiskunta tasolla sosiaalityön keinoin? Yksilötaso korostuu gerontologisessa asiakastyössä tullen erityisen merkittäväksi vanhuudessa, koska siihen tiivistyy ja kerrostuu yhden ihmisen ajallisesti pitkä elämä (Salonen 2008). Miten gerontologista ehkäisevää ja edistävää sosiaalityötä tehdään hyvinvoinnin edistämisen peruspilareiden, asiakkaan hyvinvoinnin ja terveyden, lähisuhteiden, kodin ja palvelujen muodostamassa kokonaisuudessa?

Keskeiseksi nousee myös kysymys siitä, mitä sosiaalinen on vanhuspalveluissa sen eri tasoilla ja moniammatillisessa ehkäisevässä ja edistävässä työssä? Ikäihmisten fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen ja sosiaalisen toimintakyvyn, elämänlaadun ja hyvinvoinnin tukeminen edellyttää eri osapuolilta yhteistä näkemystä siitä, mitä voimavaroilla ja niiden tukemisella tarkoitetaan. Koskisen (2006) mukaan ikääntyneiden voimavarat ovat taloudellisia, kulttuurisia, sosiaalisia ja persoonallisia. Jyrkämä (2008) puolestaan tähdentää sosiaaligerontologista, terveyttä ja hyvinvointia edistävää toimintaa. Miten näitä voimavaroja vahvistetaan sosiaalityössä ehkäisevän ja edistävän työn keinoin?

Mikä on sosiaalisen asema, sisältö ja rooli ehkäisevissä vanhuspalveluissa Vaasassa ja miten sitä parhaimmillaan voidaan tämän hankkeen kautta vahvistaa? Miten gerontologinen sosiaalityö määritellään sisällöllisesti ja toiminnallisesti osana Vaasan kaupungin ehkäisevää ja edistävää vanhustyötä?

2. Eväitä paikalliseen kehittämistyöhön pohjoismaisesta näkökulmasta - fokuksessa hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

Pohjoismaisen hyvinvointimallin mukaisesti ikääntyvien hyvinvoinnin tavoitteena on omatoimisuus ja hyvä elämänlaatu. Useimmat näistä tavoitteista sisältyvät yleiseen, useisiin kohderyhmiin suuntautuvaan politiikka-alaan. Ruotsin ja Tanskan hallitukset toteuttavat myös erillistä vanhuspolitiikkaa, joka kattaa pääasiallisesti kunnan sosiaali- ja terveyspalvelut ja niiden lakisääteisen järjestämiseen liittyvät palvelut ja toimenpiteet. Poliittikataso on sidoksissa käytäntöön lainsäädännön kehittämistarpeiden, rakenteellisten ratkaisujen sekä työ- ja toimintakulttuurin näkökulmasta. Tavoitteiden saavuttaminen edellyttää kansalliselta poliittikatasolta paikallisiin strategioihin ja tavoitteisiin ulottuvaa toimintaa palvelujen toteuttamisessa ja niihin läheisesti sidoksissa olevia pysyviä kehittämisen rakenteita.

Ruotsin hallituksen tavoitteena on, että ikääntyville ja heidän omaisilleen voidaan taata laadukkaat vanhuspalvelut. Keskeisenä tavoitteena on inhimillisesti arvokas hoito ja huolenpito, johon panostetaan lainsäädäntöuudistuksen keinoin. Lakiehdotus on parhaillaan eduskunnan käsittelyssä sisältäen muutosehdotuksen sosiaalipalvelulakiin (SoL) vanhusten hoidon – ja palvelujen kansallisesta arvopohjasta ja paikallisesta arvotakuusta. Toisessa muutosehdotuksessa halutaan turvata yksilön oikeus vaikuttaa niin pitkälle kuin mahdollista palvelujen sisältöön ja kolmas muutos koskee laajennettua subjektiivista oikeutta saada kunnalta korvausta mikäli kunta ei kykene tarjoamaan vanhukselle oikeutettua palvelua. (Åldrande med värdighet, Regeringskansliet, 2009)

Arvopohja selkeyttää kunnissa palvelujen asiakaslähtöisyyttä uudistaen palvelutuottajien ajattelutapaa ja vahvistaen tietoista käsitystä ikääntyvien oikeudesta arvokkaaseen elämään ja

hyvinvoinnin kokemiseen. Lähestymistapa vahvistaa asiakaslähtöisten, voimaannuttavien ja resurssilähtöisten vanhuspalvelujen kehittämistä. Palvelujen laadun näkökulmasta tavoitteena on sovittaa palvelu ja päätöksenteko yksilöllisemmin ja korjata vanhuspalveluiden perusarvoissa ja suhtautumistavoissa ilmenneitä puutteita. Lääninhallituksen selvityksestä ilmeni, ettei ikääntyneelle anneta riittävästi tilaa ja vaikuttamismahdollisuuksia käyttämiensä palvelujen sisältöön (Socialstyrelsen, 2008). Arvopohja koskee sekä julkista että yksityistä sektoria, päätöksentekoa ja palvelujen tuottamista ohjaten henkilökuntaa hyvään ja arvokkaaseen asiakaskohtamiseen. Arvopohjan implementoimiseksi kuntien vanhuspalvelujen toimijoita tuetaan koulutuksella sekä järjestetään kansallinen vanhuspalvelujen johtamisen koulutus.

Paikallinen arvotakuu on kuntien vastuulla, koska päävastuu vanhuspalveluista on kunnilla. Käytännössä arvotakuu on konkreettinen kuvaus siitä, mitä ikääntyneet, heidän omaisensa ja muut kuntalaiset voivat odottaa vanhuspalveluilta sekä selvitys siitä, miten kunta toteuttaa lakisääteisiä kansallisia tavoitteita ja ohjelmia. Paikallinen arvotakuu selkeyttää toimintaa asiakkaalle että yhteistyökumppaneille. Kuntalaisille kuvataan arvotakuun soveltaminen kunnan palveluissa, yksilön valinta- ja vaikutusmahdollisuudet, yksilöllisen suunnitelman tekeminen sekä palvelujen yhteensovittaminen. Selvitys voi pitää sisällään selvityksen tarvearvioinnin välineistä, henkilökunnan osaamisesta, valitusten ja ehdotusten käsittelystä ja vaikutuksista, käsittelyajoista tai niinkin konkreettisesti asiasta kuin mahdollisuudesta ulkoiluun tai kävelyyn. Toiminnan laadun varmistamiseksi kunnallinen tai yksityinen vanhuspalvelujen tuottaja voi saada arvopohjamerkinnän. www.regeringen.se.

Paikallista arvotakuuta sivuaa myös uudistettu, Sosiaali- ja terveysministeriön, Stakesin ja Suomen Kuntaliiton yhteistyönä laatima Ikäihmisten palvelujen laatusuositus (2008). Suosituksessa korostetaan, että hyvä ikääntyminen ja sitä tukevat palvelut rakentuvat eettisesti kestäväälle perustalle. Tietoiset arvovalinnat ovat palveluiden ja elinolojen kehittämisen lähtökohta ja toiminnan arvioinnin perusta. Arvot ja eettiset periaatteet konkretisoituvat kuntien strategioissa, toimintasuunnitelmissa ja talousarvioissa sekä palveluiden määrällisissä ja laadullisissa tavoitteissa ja lopulta siinä, miten ikäihmisiä kohdellaan arjen eri tilanteissa. Ruotsin paikallinen arvopohja vie näitä lähtökohtia konkreettisemmin kunnan vanhuspalveluihin.

Kansallisen arvopohjatyöskentelyn tavoitteita tukee hallituksen Statens Folkhälsoinstitutet'lle ja Socialstyrelsen'lle asetettu tehtävä edistää aktiivista ja tervettä ikääntymistä uuden terveysvalmentaja kokeilun keinoin. Lähtökohtana on vahvat eettiset perustelut, sille, että ikääntyneille on turvattava mahdollisuus hyvään elämänlaatuun ja terveeseen ikääntymiseen. Terveysvalmennus kokeilu (2010-2013) tukee hallituksen 2007-2010 kunnissa tukemaa kehittämistyötä, joka kohdentui ehkäisevän työn kehittämiseen yhtäältä ehkäisevien kotikäyntien muodossa ja toisaalta vahvistamalla vanhuspalvelujen sosiaalista sisältöä. Ehkäisevän työtavan vahvistamiselle on tarvetta ensisijaisesti nuorempien vanhusten parissa tulevien hoitopaineiden pienentämiseksi. Kunnille jaetaan toimintaan kolmen vuoden aikana 45 000 000 SEK.

Tanska jatkaa vahvaa ehkäisevän työn linjaa vanhuspolitiikassaan tavoitteena ikääntyvien itsenäinen selviytyminen. Toimintaperiaatteena on palvelujen jatkuvuuden turvaaminen, ikääntyvien omien resurssien hyödyntäminen, itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ja mahdollisuudet vaikuttaa palvelujen sisältöön ja valinnanvapauteen. Asiakaslähtöisyyttä toteutetaan yksilöllisten, asiakkaan elämäntilanteeseen sopivien ratkaisujen avulla, yhdessä asiakkaan kanssa. Vanhussraadit ovat olleet kehittämässä palveluja yhdessä kuntien kanssa jo

vuodesta 1996. Ehkäisevät kotikäynnit ovat olleet lakisääteisiä jo vuodesta 1998 lähtien. Tanska panostaa vahvasti myös ehkäisevässä työssään kuntoutukseen, vanhusten liikuntaan ja vapaaehtoistoimintaan. www.ism.dk.

Millaisia eväitä pohjoismaisesta kehittämisestä on ammennettavissa Vaasan vanhuspalvelujen kehittämiseen? Mitä asiakaslähtöisyys vanhuspalveluissa on ja miten sitä voidaan/ halutaan vahvistaa tämän hankkeen avulla?

2.1.1 Ehkäisevät kotikäynnit – miten vaikuttavuutta mitataan tai pitäisi mitata?

Ikääntyneiden hyvinvoinnin edistämisen yhtenä strategiana ovat ehkäisevät kotikäynnit, joiden tutkimus ja kehittäminen aloitettiin Tanskassa jo yli kaksikymmentä vuotta sitten. Rödövren kunnassa aloitettiin ehkäisevät kotikäynnit, joiden todettiin vähentävän tarvetta sairaalahoitoon ja lykkäävän siirtymistä hoitokotiin (Hendriksen, 1984). Tämän tutkimuksen jälkeen on ilmestynyt useita tutkimuksia, joissa on tieteellisesti osoitettu kotikäyntien parantavan ikääntyvien elämänlaatua, hidastavan toimintakyvyn alentumista sekä vähentävän tarvetta tuettuun asumiseen (Elkan, 2001 ja Cornelius & Wånell, 2005).

Uusimmassa tutkimuksessa (Sahlén, 2009) todetaan, että ehkäisevät kotikäynnit ovat menestyksellinen ja kustannustehokas strategia edistää ikääntyvien terveyttä ja hyvinvointia. Tämä edellyttää kuitenkin, että ehkäisevät kotikäynnit (EKK) toteutetaan laadukkaasti, asiantuntevien sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden toimesta. Toisena edellytyksenä on toiminnan jatkuvuus, mikä yleensäkin nousee ratkaisevaksi tekijäksi tuloksellisessa ehkäisevässä työssä. Kolmas menestystekijä ehkäisevien kotikäyntien tuloksellisuudessa on perusterveydenhuollon ja vanhuspalvelujen saumaton yhteistyö. Nordmalingin kunnassa tehty tutkimus osoittaa, että ikääntyneet elävät pidempään ja voivat paremmin mikäli he ovat ehkäisevien kotikäyntien piirissä. Koti- ja sairaanhoidon tarve väheni jonkin verran ja akuutit lääkärikäynnit terveysasemalla vähenivät merkittävästi. Terveystaloudellinen analyysi osoitti ehkäisevän toiminnan olevan kustannustehokasta, mutta riippuvainen myös mittaustavasta. Jos laskennassa huomioidaan tulevat hoitokustannusarviot, ikääntyneiden elämänlaatu ja tuottavuuden arvo, päästään suurempaan kustannustehokkuuteen. Tutkijan mukaan laskentaan olisi tarkoituksenmukaista sisällyttää vaihtoehtoisia arviointimekanismeja.

Systemaattinen tutkimuskatsaus, jossa preventiivisiä toimenpiteitä tarkastellaan ikääntyneiden masennuksen ehkäisemisen, elämän laadun ja merkityksellisyyden näkökulmasta julkaistaan lähiaikoina. Alustavien tulosten mukaan sosiaalisilla aktiviteeteillä ja liikunnalla on selkeä myönteinen vaikutus ikääntyvien hyvinvointiin ja terveyteen. (Forsman, 2010).

Yleensä ehkäisevien kotikäyntien vaikuttavuutta mitataan perinteisten muuttujien pohjalta kuten terveydentilan ja toimintakyvyn kohentumisen, itsenäisen selviytymisen, sairaalahoitopäivien vähenemisen ja palveluasumiseen sijoittumista ehkäisevänä keinoin. Ehkäisevien kotikäyntien systemaattisten tutkimuskatsausten tulokset ovat ristiriitaisia. Äskettäin tehdyssä tutkimuskatsauksessa (Bouman et al, 2008) on selvitetty kotikäyntien tehokkuutta heikon terveydentilan tai heikon toimintakyvyn omaavien asiakkaiden parissa. Tutkimuksessa käytiin läpi 844 abstraktia, joiden perusteella voitiin todeta, ettei merkittävää suotuisaa vaikutusta ollut todettavissa kontrolli- ja kohderyhmän välillä arvioitaessa vaikutuksia suhteessa kuolleisuuteen,

terveydentilaan, palvelujen käyttöön tai kustannuksiin. Johtopäätöksenä on, etteivät kotikäynnit vaikuta huonokuntoisten vanhusten terveyttä edistävästi länsimaaisissa terveyspalveluissa.

Edellä kuvatus tutkimusasetelman perusteella on tultu samaan tulokseen ehkäisevistä kotikäynneistä Saksassa (Meinck, 2004). Tutkimuskatsauksen perusteella ehkäiseviä kotikäyntejä ei suositella, koska systemaattisessa katsauksessa (N=26) vaikuttavuuden arviointi osoittautui erilaisten palvelukäytäntöjen takia ja tutkimusten heterogeenisyyden takia vaikeasti vertailtaviksi. Samantyyppisessä systemaattisessa katsauksessa (van Haagstregt, 2000) tarkasteltiin ehkäisevien kotikäyntien positiivista vaikutusta osoittavia tutkimustuloksia. Fyysisen toimintakyvyn osalta 5 /12:sta, psykososiaaliseen toimintakyvyn osalta yksi kahdeksasta, kaksi kuudesta kaatumisien ehkäisyn ja kuolleisuuden osalta 3/13:sta ja laitoksiin sijoittamisen osalta 2/7:stä tutkimuksesta osoitti positiivisia vaikutuksia. Selvityksen johtopäätöksenä on, ettei ole selvää näyttöä ehkäisevien kotikäyntien vaikuttavuudesta.

Systemaattinen tutkimuskatsaus (Stuk et al, 2002) käsitteli ehkäisevistä kotikäynneistä tehtyjen tutkimusten vaikuttavuutta hoitokoteihin sijoittamisen ja toimintakyvyn alentumisen ehkäisemisessä. Tutkimukset rajattiin käsittämään alle 70-vuotiaiden kohderyhmän ja siihen sisällytettiin englannin, ranskan, saksan, italian ja espanjan kieliset julkaisut. Selvityksen mukaan ehkäisevät kotikäynnit ovat vaikuttavia, mikäli interventiot ovat multidimensionaalisia sisältäen useita seuranta kotikäyntejä. Vaikutus oli suurempi nuorempien vanhojen kuin vanhojen vanhusten joukossa.

Systemaattisten tutkimuskatsausten ongelmana on se, että ne on tehty pääasiallisesti Keski-Euroopan maissa, missä henkilöstön koulutukselle asetetut vaatimukset ja työkäytännöt poikkeavat pohjoismaisista siinä määrin, että se vaikeuttaa vertailtavuutta. Lisäksi ehkäisevien kotikäyntien käytännöt ja sisällöt määritellään eri maissa eri tavoin, mikä osaltaan voi myös vääristää kuvaa. Clark'in (2001) mukaan ehkäisevien kotikäyntien vaikuttavuutta ei voida mitata satunnaistetulla kontrolloidulla tutkimuksella, mitä suurin osa edellä mainituista tutkimuksista edustaa. Kotikäyntien terveys- ja hyvinvointivaikutuksia tutkittaessa tarvitaan enemmän laadullista tutkimusta, jossa asiakkaan tunteminen, luottamus ja asiakassuhteeseen rakentaminen ovat keskeisellä sijalla. Preventiiviset kotikäynnit ovat aina perusteltuja niiden lykätessä toimintakyvyn heikkenemistä tai lisätessä hyvinvointia ja parantaessa elämänlaatua.

Miten kääntää palvelujärjestelmän suunta ja toimintapa pois sitten kun – ajattelusta haasteellisempaan ennen kuin-ajatteluun? Vasemman puoleisessa taulukossa näkyy miten paljon eri EU-maat käyttävät bruttokansantuotteestaan pitkäaikaiseen koti- ja laitoshoitoon. Ruotsin osuus on korkein eli melkein 4%, Tanska 2,6, Norja 2,2 ja Suomi 1% bruttokansantuotteesta. Oikean puoleinen taulukko osoittaa miten resurssit jakautuvat laitos- ja kotihoidon välillä Euroopassa. Useimmat ikääntyneet hoidetaan kotona, mutta suurimmat julkiset kustannukset menevät laitoshoitoon.

Millaisena mahdollisuutena ehkäisevät kotikäynnit nähdään ja halutaanko niitä resursoida? Miten ehkäisevien kotikäyntien hyvinvointi- ja terveyshyödyt saadaan optimoitua?

Ahonen Kati, Bach-Othman Jarna: Vanhuusköyhyiden jäljillä – kotitalouden rakenteen merkitys sukupuolten välisiin köyhyysriskieroihin kahdeksassa EU-maassa, teoksessa Eläketurvakeskuksen keskustelualoitteita 2009:8

Old age Pension Systems in the Nordic Countries, 2008, Nordic Social-Statistical Committee (NOSOSCO)

Cornelius, C & Wånell, S, Hembesök för hälsans skull: en studie om internationella och svenska erfarenheter av hälsokontroller och förebyggande hembesök för äldre, Stockholm, Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum, 2005

Elkan, R. et al, Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis, BMJ, 2001

Eurostat 1/2010, Statistics in focus, Population and social conditions, toim. Konstantinos Giannakouris

Eurostat Year Book 2009, Europe in Figures

Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor, 2004-2007. Statens folkhälsoinstitut.

Statens Folkhälsoinstitut, Levnadsvanor, Lägesrapport 2009

Gunnarsson, Evy, 2010, Vi får klara oss själva – Om hemtjänstens arbete med äldre personer som har missbruksproblem, Arbetsrapport, Stockholms Universitet, Institutionen för socialt arbete

Helander Voitto, 2006, Seniorikansalainen voimavarana, Kuntaliiton verkkojulkaisu, Acta no 189

Henriksen, C., Lund E & E.Stromgard, Consequences of assesment and intervention among elderly people: a three-year randomized controlled trial, BMJ, 1984

Sosiaalityö hyvinvointipolitiikan välineenä 2015-toimenpideohjelma, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2005:13. Toim. Pekka Karjalainen, Pirjo Sarvimäki

Ikääntyminen ja toimintakyky: haasteet tutkimukselle, Kansanterveyslaitoksen julkaisuja 24/2007, toim. Martelin Tuija & Kuosmanen Noora

Åldrande med värdighet, 2009, Regeringskansliet

Van Haagstregt J.C, et al, Effects of preventive home visits to elderly people living in the community; systematic review, BMJ, 2000

Bouman, A, et al, Effects of intensive home visiting programs for older people with poor health status; A systematic review, BMC Health Service review, 2008

Clark J, Preventive home visits to elderly people; Their efficiency cannot be judged by randomized controlled trial, BMJ, 2001.

Förebyggande hembesök till alder; en model för det hälsofrämjande arbetet, 2007, Stockholm, CEFAM

Socialt arbete bland äldre, 2007: Socialstyrelsen, Artikelnr 2007-123-5

Lymbery M. Social Work with Older People: Context, Policy and Practice ...British Journal of Social Work 2009 39(5):971-972

Ylinen S, 2008: Gerontologinen sosiaalityö. Tiedonmuodostus ja asiantuntijuus, Kuopion Yliopiston julkaisuja 2008

Muut lähteet

Helsingin Sanomat, Kuntien tulisi panostaa myös ikääntymisen hyviin puoliin, Mielipidekirjoitus 23.5.10, Kananoja A, Taipale V & Tilvis R

Salonen Kari 2008: Sosiaalinen seniori- ja vanhustyössä – lyhyt esitys sosiaalisen ymmärtämiseen osana kotona asuvien vanhusten elämää, 13.11. Kokkola, Tuulta purjeisiin-hyvinvointia huomiseen-seminaari

www.regeringen.se/aldrepolitik

www.ism.dk