



OULUN YLIOPISTO  
UNIVERSITY of OULU

TEKNILLINEN TIEDEKUNTA

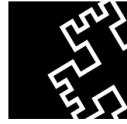
**HYVINVOINNIN MITTAAMINEN JA  
PALVELUIDEN VAIKUTUS HYVINVOINTIIN  
RAKENNETUSSA YMPÄRISTÖSSÄ**

Mikko Hannila

TUOTANTOTALOUS

Kandidaatintyö

Joulukuu 2016



OULUN YLIOPISTO  
UNIVERSITY of OULU

TEKNILLINEN TIEDEKUNTA

**HYVINVOINNIN MITTAAMINEN JA  
PALVELUIDEN VAIKUTUS HYVINVOINTIIN  
RAKENNETUSSA YMPÄRISTÖSSÄ**

Mikko Hannila

Ohjaaja: Tuomas Lappi

TUOTANTOTALOUS

Kandidaatintyö

Joulukuu 2016

# TIIVISTELMÄ

## OPINNÄYTETYÖSTÄ Oulun yliopisto Teknillinen tiedekunta

Koulutusohjelma (kandidaatintyö, diplomityö) Tuotantotalous		Pääaineopintojen ala (lisensiaatintyö)	
Tekijä Hannila, Mikko		Työn ohjaaja yliopistolla Lappi T.	
Työn nimi Hyvinvoinnin mittaaminen ja palveluiden vaikutus hyvinvointiin rakennetussa ympäristössä.			
Opintosuunta Tuotantotalous	Työn laji Kandidaatintyö	Aika Joulukuu 2016	Sivumäärä 37
Tiivistelmä <p>Ikääntyvä väestö tuo mukanaan haasteita suomalaiselle hyvinvointiyhteiskunnalle. Yhtenä keinona sosiaali- ja terveyskustannusten hallitsemisessa on pidetty mahdollisuutta ikääntyneille asua omissa kodeissaan mahdollisimman pitkään. Asuakseen kotona ikääntyneet kuitenkin tarvitsevat esteettömiä asuntoja sekä riittävästi palveluita.</p> <p>Tämän kandidaatintyön tarkoitus on tarkastella ikääntyneiden hyvinvoinnin mittaamista ja palveluiden vaikutusta ikääntyneiden hyvinvointiin Oulun Lipporantaan rakennettavan Health City-asuinalueen yhteydessä. Teoreettisena viitekehystenä tutkimukselle toimii palvelujen tuotteistaminen. Tutkimuksessa selvitetään, miten hyvinvointi koostuu rakennetusta ympäristöstä ja sen palveluista sekä arvioidaan Health City-konseptin vaikuttavuutta muualla toteutettujen esimerkkien valossa. Tutkimus on suoritettu kirjallisuuskatsauksena, ja sen tuloksia on tarkoitus käyttää Health City-konseptin vaikuttavuuden arvioinnin kehittämisessä.</p> <p>Tämä kandidaatintyö tarjoaa laajan kuvan ikääntyneiden hyvinvoinnista sekä sen yhteyksistä rakennettuun ympäristöön ja palveluihin. Lisäksi työssä pohditaan Health Cityyn ja sen palveluihin liittyviä tuotteistamismahdollisuuksia ja niillä tavoiteltavia etuja.</p>			
Muita tietoja			

# ABSTRACT FOR THESIS

University of Oulu Faculty of Technology

Degree Programme (Bachelor's Thesis, Master's Thesis) Industrial Engineering and Management		Major Subject (Licentiate Thesis)	
Author Hannila, Mikko		Thesis Supervisor Lappi T.	
Title of Thesis Measuring well-being and the effect of services on well-being in a built environment.			
Major Subject IEM	Type of Thesis Bachelor's Thesis	Submission Date December 2016	Number of Pages 37
Abstract <p>The aging population brings many challenges to Finnish society. The elderly citizens living in their own homes as long as possible has been considered one of the means to control the increasing welfare and health costs. To live in their own homes, the elderly need accessible living and access to necessary services.</p> <p>The purpose of this bachelor's thesis is to examine the measuring of elderly well-being and the effect of services on elderly well-being in the context of Health City residential area being built in Lipporanta, Oulu. The theoretical framework of the study is productization of services. In this research the effect of built environment and services on elderly well-being is being examined. The efficiency of the Health City concept is evaluated by comparing it to reference cases carried out elsewhere. The research is conducted as a literature review and the results of this study will be used in developing the Health City-concept efficiency evaluation.</p> <p>This bachelor's thesis provides a wide view of the elderly well-being and how it depends on the built environment and services. The productization potential and benefits of Health City are also discussed as part of the research results.</p>			
Additional Information			

## SISÄLLYSLUETTELO

1 JOHDANTO .....	5
2 PALVELUT .....	6
2.1 Palvelun tuotteistaminen .....	7
2.2 Health City-palvelukonsepti.....	9
3 HYVINVOINTI .....	11
3.1 Ikääntyneiden hyvinvointi.....	12
3.1.1 Ikääntyneiden fyysinen hyvinvointi .....	12
3.1.2 Ikääntyneiden koettu hyvinvointi .....	13
3.2 Hyvinvoinnin kustannusvaikuttavuudesta .....	15
3.3 Ikääntyneiden hyvinvoinnin ja palveluiden suhde .....	17
3.3.1 Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttö .....	17
3.3.2 Päivittäisistä toiminnoista selviäminen.....	19
3.3.3 Sosiaalinen ympäristö ja sen palvelut.....	20
3.4 Rakennetun ympäristön suhde ikääntyneiden hyvinvointiin .....	22
4 ESIMERKKICASET .....	25
4.1 TigerPlace .....	25
4.2 Green House project.....	26
4.3 Ikäihmisten hyvinvointikeskus.....	27
4.4 Kehämalli .....	28
5 POHDINTA .....	31
LÄHDELUETTELO .....	33

## 1 JOHDANTO

Ikääntyvä väestö tuo mukanaan lukuisia haasteita suomalaiselle hyvinvointiyhteiskunnalle. Heikentyvä huoltosuhde tarkoittaa sitä, että yhä pienempi työssäkäyvien joukko on kustannuksien kannalta vastuussa yhä suuremmasta määrästä eläkkeensaajia. Sosiaali- ja terveyskulujen on myös ennustettu kasvavan merkittävästi tulevaisuudessa. Suomalaisessa hyvinvointipolitiikassa ja laissa ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista korostetaan ikääntyneiden kotona asumista, jonka ajatellaan tuovan säästöjä ikääntyneistä yhteiskunnalle aiheutuviin kustannuksiin. Kotona asumisen mahdollistamiseksi ikääntyneillä on kuitenkin oltava riittävän esteettömät asunnot ja pääsy tarvitsemiinsa palveluihin.

Tässä kandidaatintyössä ikääntyneiden asumista ja palvelutarvetta tarkastellaan Oulun Lipporantaan rakennettavan Health City-asuinalueen kontekstissa. Health City-konseptin periaatteisiin kuuluu, että ikääntyneille tarjotaan mahdollisuus asua kodeissaan mahdollisimman pitkään alueella sijaitsevan hyvinvointikeskuksen sekä kotipalvelujen tukemana. Tämän kandidaatintyön tarkoitus on toimia osana Health City rakennetun ympäristön konseptin vaikuttavuuden arvioinnin kehittämistä.

Tämän tutkimuksen tavoitteena on kirjallisuuskatsauksen keinoin koota yhteen aiempaa tutkimusta ikääntyneiden hyvinvoinnista ja palveluliiketoiminnasta palvelujen tuotteistamisen viitekehyksen alle. Lisäksi Health Cityn vaikuttavuutta arvioidaan muualla toteutettujen esimerkkicase:ien valossa. Tutkimuskysymykset ovat:

- Miten ikääntyneiden hyvinvointia mitataan rakennetussa ympäristössä?
- Miten hyvinvointi koostuu saatavilla olevista palveluista ja niiden vaikutuksista?

## 2 PALVELUT

Tavallisimmin palvelun määritteleviksi ominaisuuksiksi on pääpiirteissään kirjallisuudessa ymmärretty aineettomuus, heterogeenisyys, hetkellisyys ja palvelun kuluttaminen samanaikaisesti sen tuottamisen kanssa (Lovelock & Gummesson 2004, s.22). Artikkelissaan Lovelock ja Gummesson (2004, s.27–30) haastavat näiden palvelun ominaisuuksien sitovuuden: perinteisesti aineettomana pidetyistä palveluista monet kuitenkin sisältävät fyysisiä elementtejä, jotka ovat palvelun kuluttajien aistittavissa. Palveluprosessien ja suoritteiden lisäksi palveluista syntyy myös usein aineellisia lopputuloksia. Työvoimapainotteisten palveluiden luontaisena ominaisuutena pidetty heterogeenisyys on vähentynyt palveluiden automatisoinnin ja palveluiden laadun paranemisen myötä, jolloin palvelutuotannossa saavutetaan suurempaa yhdenmukaisuutta. Kaikki palveluiden tuotos ei ole katoavaista, vaan jopa pysyvää. Joitain palveluita voidaan myös tallentaa jatkokäyttöä varten esimerkiksi digitaalisesti. Palveluita ei myöskään aina kuluteta tuottamisen yhteydessä. Esimerkiksi monet asiakkaan fyysiseen omaisuuteen kohdistuvat palvelut, kuten auton öljynvaihto tai pesulapalvelut, eivät sisällä asiakkaan osallistumista koko palveluprosessin ajan. Tällöin palvelun kuluttaminen on osittain tuotannosta erillistä.

Vargo ja Lusch (2004, s.2) määrittelevät palvelut suoritteiksi tai prosesseiksi, joiden kautta tietoja ja taitoja sovelletaan itseä tai toista hyödyttävällä tavalla. Tietoja ja taitoja voidaan siirtää joko suoraan, koulutuksen tai opetuksen kautta tai liittämällä niitä fyysisiin esineisiin, kuten digitaalisiin tallenteisiin. Näin tuotteet voidaan nähdä tietojen tai toimintojen ilmentymänä, ja Vargo ja Lusch (2004, s.9–11) korostavat tätä näkökulmaa määritellen tuotteiden arvon olevan niiden aikaansaamissa tai korvaamissa palveluissa. Palvelun toimittamisen mekanismeina tuotteet ovat mukana arvontuotannossa yhdessä asiakkaan kanssa. Sen lisäksi, että asiakas on palveluiden tapauksessa mukana palveluiden tuotannossa, erottavat Vargo ja Lusch (2004, s.7) perinteisen tuotekeskeisen näkemyksen palvelukeskeisestä myös arvon määrittelyn suhteen. Kun tuotteiden tapauksessa arvo on valmistajan toimesta sisäänrakennettuna tuotteessa, muotoutuu arvo palvelutuotannossa asiakkaan kokeman käytännön hyödyn kautta.

## 2.1 Palvelun tuotteistaminen

Hull (2003, s.348) määrittelee palvelutuotteen joksikin aineelliseksi tai aineettomaksi suoritteeksi, josta asiakas on valmis maksamaan. Palvelu voi määrittelyn mukaan liittyä fyysiseen tuotteeseen. Ihmisten välinen kontakti on usein kriittisessä osassa palvelutuotteiden toimittamisessa. Torkkeli ym. (2005, s.25) taas katsovat tuotteistetun palvelun koostuvan asiantuntijapalveluja tarjoavan yrityksen tapauksessa yrityksen tarjoamasta palvelupaketista sekä palvelun tuottamisprosessista. Palvelupaketin sisältö, hinta ja lopputulos ovat asiakkaalle näkyviä komponentteja. Hullin (2003, s.341) näkemyksen mukaan palvelun toimittamisen prosessin tapahtumat voivat usein asiakkaan näkökulmasta tuottaa enemmän arvoa kuin alkuperäinen palvelutuote. Koska palvelun toimittamisen prosessissa voi esiintyä paljon vaihtelua, ehdottaa Hull (2003, s.341) tämän vaihtelun hallitsemiseksi tarjottavan tuotteen määrittelyä niinä arvoa lisäävinä piirteinä ja ominaisuuksina, joista asiakkaat maksavat.

Härkönen ym. (2015, s.70–71) tutkivat tuotteistamisen konseptia kirjallisuudessa. Tuotteistamisella nähtiin olevan rooli palveluiden tarjoamiseen liittyvien abstraktien ja aineettomien tekijöiden konkretisoinnissa ja niiden toistettavuuden parantamisessa. Laajemmin tuotteistaminen määriteltiin prosessiksi, jonka aluksi analysoidaan asiakastarve. Tämän pohjalta määritetään sekä yhdistetään sopivat elementit asiakkaalle myytäväksi tuotteenomaiseksi kokonaisuudeksi (Härkönen ym. 2015, s.74). Jaakkola ym. (2009, s.1) määrittelevät tuotteistamisen yrityksen sisäisiin tai asiakkaalle näkyviin prosesseihin kohdistuvaksi uusien tai olemassa olevien palvelujen määrittelyksi, systematisoinniksi ja vakioinniksi. Torkkeli ym. (2005, s.24) erottavat omiksi käsitteikseen sisäisen ja ulkoisen tuotteistuksen: sisäisen tuotteistuksen tehtävänä on kehittää palvelun toimittamisen ja hallinnan prosesseja, ja ulkoinen tuotteistuksen tarkoitus taas on parantaa tuotteen konkreettisuutta, näkyvyyttä ja haluttavuutta asiakasrajapinnassa.

Jaakkolan ym. (2009, s. 11–39) mallissa tuotteistaminen alkaa palvelun keskeisten ominaisuuksien määrittelyllä, jossa palvelun sisältö, käyttötarkoitus ja toteutus määritetään suhteessa siihen aineelliseen tai aineettomaan hyötyyn jota asiakas palvelulla tavoittelee. Sisällöltään palvelu voidaan jakaa olennaisimpaan ydinpalveluun ja



ydinpalvelun käytettävyyttä tukeviin tukipalveluihin. Lisäksi mahdollisilla lisäpalveluilla voidaan erottua kilpailijoista ja nostaa palvelun laatumielikuvaa asiakkaan silmissä. Palvelun sisältöjen määrittämisen jälkeen palveluprosessi määritetään sisäisine ja ulkoisine osineen. Lisäksi prosessille määritetään asiakasta osallistava kulutusprosessi ja puhdas palveluntuotantoprosessiosuus. Määrittämisen jälkeen palvelu vakioidaan toistettavaksi tai monistettavaksi. Vakioinnin aste riippuu tuotteistettavan palvelun luonteesta. Vakioinnin jälkeen palvelu voidaan yhtenäistää ja konkretisoida, jotta siitä saataisiin ymmärrettävä ja tehokkaammin viestittävä asiakasrajapinnassa. Tuotteistamisprosessin loppuvaiheeseen voi kuulua myös hinnoittelun, seurannan ja mittaamisen sekä jatkuvan kehittämisen vaiheita.

Torkkeli ym. (2005, s.27) jakavat tuotteistamisen tuotteiden valinnan, tuoteanalyysin ja konseptin laatimisen, palvelupaketin laatimisen sekä palvelun implementointiprosessin kehittämisen vaiheisiin. Tuotteiden valinnassa tunnistetaan tuotteistettavaksi sopivat palvelut, joita analysointivaiheessa arvioidaan suhteessa yrityksen vahvuuksiin ja asiakkaan kokemaan arvoon. Analyysin edetessä konkretisoituvat ensin tuotekonseptit ja lopulta palvelutuotteet, joiden sisältö konkretisoidaan palvelupaketin laadintavaiheessa esimerkiksi modulaariseen muotoon. Lopuksi implementointivaiheessa kehitetään prosessit palvelun käyttöönoton konkretisoimiseen.

Tuotteistamisen eduista esiintyy kirjallisuudessa melko samansuuntaisia näkemyksiä. Jaakkola ym. (2009, s.1–5) näkevät tuotteistamisen lopullisena päämääränä asiakkaan saaman hyödyn maksimoimisen ja yrityksen kannattavuuden parantamisen. Nämä ovat saavutettavissa kilpailukykyä parantavien palvelun määrittelyn, vakioinnin, systematisoinnin ja konkretisoinnin toimien avulla. Torkkeli ym. (2005, s.22–23) mukaan tuotteistaminen helpottaa muun muassa palvelun tehokkuutta, kustannusten ja kannattavuuden analysointia, myymistä ja tunnistettavuutta. Asiakkaan kannalta tuotteistaminen tuo selkeyttä palvelun sisältöön ja hintaan, sekä helpottaa sen vertaamista muihin tarjolla oleviin palveluihin. Myös Härkönen ym. (2015, s.70) näkevät tuotteistamisen potentiaalisesti parantavan palvelun sisällön skaalattavuutta ja ymmärrettävyyttä palvelun toistettavuuden parantamisen sekä tuotemaisemman ja aineellisemmän olemuksen kautta.

## 2.2 Health City-palvelukonsepti

Palveluita ja niiden tuotteistamista käsitellään tässä tutkimuksessa Health City Oulu-hankkeen kontekstissa. Health City on Oulun Lipporantaan rakennettava elinkaarimallia toteuttava kampusmainen asuinalue (Kelhä 2016). 480 asunnon asuinalueella tulee sijaitsemaan hyvinvointikeskus sekä yrityskokonaisuus hyvinvointiteknologia- ja palveluyrityksille. Hyvinvointikeskuksen palvelutarjontaan on suunniteltu kuuluvan esimerkiksi päiväkotitoimintaa, hyvinvointipiste terveydenhuollon ennaltaehkäiseville matalan kynnyksen palveluille, e-kirjasto sekä ravinto- ja liikuntapalveluita. Hyvinvointikeskuksesta voitaisiin tarjota myös kotipalveluina muun muassa atk-, siivous- ja ateriapalveluita, joilla tuetaan kotona asumista. Keskuksen on tarkoitus toimia myös kokoontumispaikkana ja aktiivikeskuksena alueen asukkaille sekä tarjota mahdollisuuksia yhteisölliseen toimintaan. Hyvinvointikeskuksen toivottuihin vaikutuksiin kuuluu korkea alueviihtyvyys, jonka odotetaan näkyvän sosiaali- ja terveystaloudsissa palvelutarpeen vähenemisen ja uudelleensuuntautumisen kautta. Health City-konseptissa yhteisöllinen asuminen, lähipalvelut ja esteettömyys lykkäävät palveluasumiseen siirtymistä, vastaten näin ikärakennemuutoksen kunnille tuomiin haasteisiin. Health Cityn alueella tarjottavat lukuisat palvelut ja palvelukokonaisuudet muodostavat yhdessä rakennetun ympäristön kanssa kokonaisuuden, jolla hyvinvointia aiotaan luoda. Ilman palvelukeskittymää kyseessä ei olisi juuri muuta kuin tavallinen asuinalue senioriasunnoilla varustettuna, ja lupausta hyvinvoinnista olisi vaikeampi lunastaa. Kilpailijoista erottumisen lisäksi palvelut voivat tuoda rakennetun ympäristön asukkaille merkittävää lisäarvoa hyvinvoinnin ja asuinalueen subjektiivisen arvon kokemisen kannalta.

Health Cityn tapauksessa tuotteistamisen markkinointinäkökulma on hyvin esillä. Lehtinen ja Niinimäki (2005, s.30) määrittelevät tuotteistetun palvelun usealle asiakkaalle myytäväksi kokonaisuudeksi, joka on tuotteistamatonta palvelua helpompi markkinoida. Health Cityn tapauksessa on erityisen mielenkiintoista se, mitä eri ikäryhmille ollaan myymässä. Asumis- ja hyvinvointipalvelut muodostavat kokonaisuuden, joka tarjoaa erilaista lisäarvoa eri ikäryhmille, ollen näin mahdollisesti haasteellinen markkinoitava. Apua voisi olla Lehtisen ja Niinimäen (2005, s.30) kuvailemasta konseptoinnista, jossa

luodaan kuvaus tuotteen muodosta, toiminnoista sekä sisällöstä. Konseptointiin voidaan liittää myös kuvaus tavoitelluista asiakkaista ja selkeä asiakaslupaus. Jaakkolan ym. (2009) kuvailema palvelun sisältöjako ydin- sekä tuki- ja oheispalveluihin voisi soveltua myös Health Cityn tapauksessa. Tällöin esimerkiksi asuminen voitaisiin määritellä ydinpalveluksi ja hyvinvointikeskus sitä tukevaksi palveluksi.

### 3 HYVINVOINTI

Hyvinvoinnin käsite on moniulotteinen ja siitä on tehty paljon tieteellistä tutkimusta. Yhtenäistä määrittelyä käsitteelle ei ole, eri tieteenalojen eri hyvinvoinnin tutkimuksen lähestymistapojen vuoksi. Perinteisesti pohjoismaisessa hyvinvointipolitiikassa hyvinvointia on lähestytty objektiivisten mittarien, kuten toimeentulon, terveyden ja elinolojen kautta. Nykyään enemmän painoarvoa annetaan myös ihmisten subjektiiviselle kokemukselle omasta hyvinvoinnistaan. Subjektiivisesta hyvinvoinnista käytetään myös joskus nimitystä elämänlaatu. (Heikkilä&Kautto 2002; Moisio ym. 2008, Tuomisen 2008, s.14 mukaan) Tässä kandidaatintyössä hyvinvointia käsitellään vain ikääntyneiden osalta, sillä työn tarkoituksena on olla osana ”Health City”-rakennetun ympäristön konseptin vaikuttavuuden arvioinnin kehittämistä. Konseptin taustalla on elinkaarimalliasumisen ja hyvinvointia tukevan ympäristön teemoja. Tässä työssä pyritään selvittämään yhteyksiä ikääntyneiden hyvinvoinnin ja rakennetun- sekä palveluympäristön välillä. Pääasiallisina tarkastelun kohteina hyvinvoinnin saralta ovat fyysinen ja koettu hyvinvointi.

Hyvinvoinnin objektiiviset mittarit voidaan jakaa kahteen luokkaan: terveyteen ja materiaaliseen hyvinvointiin liittyviin mittareihin. Terveysaspekti hyvinvoinnissa tarkoittaa eroja sairastavuudessa, kuolleisuudessa ja koetussa terveydessä eri sosioekonomisten ryhmien välillä. Esimerkiksi eliniän odotteessa on suuria eroja eri tulo- tai koulutustason omaavilla ihmisillä. Eroja selittävät niin elämäntapavalinnat kuin myös terveystalvelujen laatu. (Vaarama ym. 2010 s.12)

Vaaraman ym. mukaan (2010, s.12) materiaalinen hyvinvointi käsittää elinolot ja toimeentulon. Nykyinen materiaalisen hyvinvoinnin tarkastelu rajoittuu pitkälti tulojen tarkasteluun, sillä ne ovat palkkatyöhön perustuvan yhteiskunnan tärkein toimeentuloon ja elinoloihin vaikuttava tekijä. Pitkän ajan toimeentulon indikaattorina voidaankin pitää myös asumisen tasoa ja kestokulutushyödykkeiden saatavuutta. (Vaarama ym. 2010, s.12)

Koetulla hyvinvoinnilla eli elämänlaadulla on myös lukuisia määritelmiä, mutta useat niistä sisältävät yhteisiä nimittäjiä. Näihin lukeutuu niin fyysisiä, psyykkisiä, sosiaalisia kuin elinympäristöön ja elinoloihinkin liittyviä tekijöitä. (Vaarama ym. 2010, s.128) Koettuun hyvinvointiin vaikuttavat Wilkinsonin ja Pickettin (2009) mukaan terveyden ja elintason lisäksi yksilön käsitys siitä, millainen hänen hyvinvointinsa tulisi olla (ks. Vaarama ym. 2010, s.13). Tämä voi näkyä muun muassa siinä, että ikäisekseen terve henkilö voi kokea hyvinvointia vaivoistaan huolimatta, tai niukkakin elintaso voidaan kokea hyväksi, mikäli se vastaa ympäröivän yhteisön elintaso. Elintason kattaessa perustavat inhimilliset tarpeet, hyvinvointia alkavat määrittää yhä enemmän muut kuin aineelliset tekijät. (Vaarama ym. 2010, s.13)

### **3.1 Ikääntyneiden hyvinvointi**

Tuominen (2008, s.16) käsittelee raportissaan ikääntyneiden elinoloja ja hyvinvointia kolmannen ja neljännen iän käsitteiden kautta. Kolmannessa iässä 60–79-vuotiaina useimpien ikääntyneiden työelämä ja osa perhevelvollisuuksista on jäänyt taakse. Heidän perusterveydentilansa on usein hyvä ja heillä on käytössään vapaa-aikaa ja resursseja omistautua omalle hyvinvoinnilleen. Neljännessä ikävaiheessa eli varsinaisessa vanhuudessa, johon voidaan katsoa kuuluvan kaikki yli 80-vuotiaat, ikääntyneiden autonomia kaventuu ja riippuvuus muista ihmisistä kasvaa. Neljäskäläisille turvattomuuden tunteita voivat aiheuttaa muista riippuvuuden lisäksi muun muassa eläketulojen niukkuus, muistin heikkeneminen tai laitoshoitoon joutumisen pelko. Kolmannesta iästä neljänteen eri varsinaiseen vanhuuteen siirryttäessä palvelutarpeissa tapahtuu myös muutoksia. Toimintakyvyn vajausten seurauksena ihmiset tarvitsevat ikääntyessään palveluja päivittäisistä toiminnoista selviämiseen (Vilkko 2010) sekä heikentyneen fyysisen hyvinvoinnin myötä myös enemmän sosiaali- ja terveystalveluja (Vartiainen 2016). Tässä kandidaatintutkielmassa termillä ”ikääntynyt” tarkoitetaan neljäskäläisiä sekä kaikkein iäkkäimpiä ja huonokuntoisimpia kolmasikäisiä.

#### **3.1.1 Ikääntyneiden fyysinen hyvinvointi**

Ikääntyneiden fyysinen hyvinvointitaso on kasvanut 2000-luvulla. Kansanterveyslaitoksen vuodesta 1985 lähtien toteuttama seurantatutkimus on selvittänyt

eläkeikäisten fyysisen hyvinvoinnin ja terveyskäyttäytymisen muutoksia. Tutkimuksen kohteena ovat 65–84-vuotiaiden suomalaisten liikunta-, tupakointi-, alkoholinkäyttö- ja ruokailutottumukset sekä koettu terveys. Vuosina 1993–2007 terveytensä hyväksi tai melko hyväksi kokeneiden osuus nousi runsaalla kymmenellä prosentilla, niin että tarkastelujakson lopussa lähes puolet koki terveytensä hyväksi tai melko hyväksi. 80–84-vuotiaiden ryhmässä vain noin joka neljäs kokee terveytensä hyväksi. (Tuominen 2008, s.17–18). Vaaraman ym. (2010, s. 131) mukaan terveydentilansa huonoksi kokevien osuus nousee alle 70-vuotiaista 70 vuotta täyttäneisiin siirryttäessä 10 prosentista 18 prosenttiin. Terveytensä hyväksi kokevien osuus alle 70-vuotiaiden joukossa on 73%, mutta 80 vuotta täyttäneiden joukossa enää 63%.

Koko väestön terveydentilaa kartoittanut Terveys 2000-hanke antaa samansuuntaisia tuloksia ikääntyneiden terveydentilan kehityksestä. Eläkeikäisten terveydentila on kaikkein vanhimpia 85-vuotta täyttäneitä lukuun ottamatta kohonnut viime vuosikymmeninä, niin kuin viimeisien 20 vuoden aikana on kohentunut myös ikääntyneiden toimintakyky eri mittareilla tarkasteltuna. Muun muassa päivittäisissä toiminnoissa eli pukemisessa ja riisumisessa, ostoksilla käynnissä, portaiden kulkemisessa, 500 metrin kävelemisessä ja lehden lukemisessa vaikeuksia kokeneiden osuus on laskenut 1980-luvulta 2000-luvulle tultaessa noin kymmenellä prosenttiyksiköllä. (Tuominen 2008, s.18). Muutoksille voi olla lukuisia syitä, mutta esimerkiksi Helldán ja Helakorpi (2014, s. 12–22) raportoivat välillä 1993–2013 ikääntyneiden ruokailutottumusten muuttuneen terveellisemmiksi ja tupakoinnin vähentyneen ikääntyneiden miesten keskuudessa. Toisaalta ikääntyneiden naisten keskuudessa tupakointi lisääntyi tutkitulla aikavälillä, sekä molemmilla sukupuolilla alkoholinkäyttö lisääntyi ja liikunnan harrastaminen väheni. Samalla ajanjaksolla koulutustaso nousi ja esimerkiksi maataloustyötä tekevien määrä väheni, ja kaupunkiasuminen lisääntyi.

### 3.1.2 Ikääntyneiden koettu hyvinvointi

Vaarama (2010, s.126–150) lähestyy suomalaisen aikuisväestön elämänlaadun tutkimuksessaan elämänlaatua Maailman terveysjärjestö WHO:n WHOQOL-Bref-mittariin tukeutuen. Mittarissa elämänlaatu jaetaan fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen

ja ympäristöulottuvuuteen. Se sisältää seitsemän kysymystä koskien fyysistä terveyttä, kuusi kysymystä psyykkisestä ja kolme sosiaalisesta hyvinvoinnista sekä kahdeksan kysymystä asuin- ja elinympäristöön, rahojen riittävyyteen sekä terveys-, vapaa-ajan- ja liikennepalvelujen saatavuuteen liittyen.

Taulukko 1. WHOQOL-Bref elämänlaadun ulottuvuudet. (mukailten WHOQOL-Bref 1996)

Ulottuvuus	Ulottuvuuden näkökulmat
1. Fyysinen terveys	Päivittäiset toiminnot, riippuvuus lääkaineista tai lääketieteellisistä hoidoista, energia ja uupumus, liikkuvuus, kipu, uni ja lepo, työkyky
2. Psykologinen terveys	Kehonkuva, negatiiviset ja positiiviset tunteet, itsetunto, hengellisyys, uskonnollisuus, henkilökohtaiset uskomukset, ajattelu, oppiminen, muisti ja keskittyminen
3. Sosiaaliset suhteet	Henkilökohtaiset ihmissuhteet, sosiaalinen tuki, seksuaalinen hyvinvointi
4. Ympäristö	Taloudelliset resurssit, fyysinen turvallisuus, sosiaali- ja terveystalvelujen saatavuus ja laatu, kotiympäristö, mahdollisuudet omaksua uusia tietoja ja taitoja, harrastusmahdollisuudet, fyysinen ympäristö (saaste, melu, liikenne, ympäristö), liikennevälineillä liikkuminen

Suomalaisten kokema hyvinvointi pysyy korkeana korkeaan ikään saakka. Vaaraman ym. (2010, s.131) tutkimuksen mukaan noin 80% suomalaisista kokee elämänlaatunsa erittäin hyväksi tai hyväksi 70. ikävuoteen saakka, jolloin osuus putoaa 73 prosenttiin ja 80. ikävuoden jälkeen 57 prosenttiin. Tutkimuksessa havaittiin elämänlaadun heikkenevän merkitsevästi fyysisellä ja psyykkisellä ulottuvuuksilla, ja vähemmän merkitsevästi sosiaalisella ja ympäristöulottuvuuksilla. Merkittävät erot alkavat usein ilmetä vasta 80. ikävuoden jälkeen.

80 vuotta täyttäneiden elämänlaadun tärkeimpiin komponentteihin Vaarama ym. (2010, s.159–162) löysivät tutkimuksessaan kuuluvan hyvän toimintakyvyn sekä yksinäisyyden tunteen puutteen, jotka olivat fyysisellä ja psyykkisellä ulottuvuudella tilastollisesti merkitsevimmät elämänlaadun vaihtelun selittäjät. Ympäristöulottuvuudella tilastollisesti vahvin elämänlaadun tekijä oli toimeentulohuolien puuttuminen. Asumisolot vaikuttivat myös elämänlaatuun kaikilla sen osa-alueilla. Myös terveys- ja lähipalvelujen saatavuus olivat keskeisiä elämänlaadun kannalta, ja kokonaisuutena havaittiinkin elämänlaadun, palvelutyytyväisyyden ja asuinympäristön välisen yhteyden tukevan hoivasta riippuvan elämänlaadun keskeistä oletusta palvelujen ja ympäristön merkityksestä huonokuntoisten ihmisten elämänlaadulle.

### **3.2 Hyvinvoinnin kustannusvaikuttavuudesta**

Tässä kandidaatin työssä arvioidaan ikääntyneiden hyvinvoinnin kustannusvaikuttavuutta Health City-konseptin yhteydessä. Arvioinnin kohteena ovat mahdolliset säästöt sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannuksissa ikääntyneiden pidemmän kotona asumisen vuoksi. Pidempi itsenäinen kotona asuminen johtuu Health City:n tuottamista hyvinvointia edistävästä palveluista.

Vuoden 2011 tietojen perusteella Terveystieteiden tutkimuskeskus (Kapiainen ym. 2014, s.76) on laskenut vanhuspalveluiden euromääräisistä kokonaiskustannuksista keskimääräiset suositukset vanhuspalveluiden yksikkökustannuksiksi. Vuorokausittaiset yksikkökustannukset kotihoidolle ilman tukipalveluita olivat kunnan järjestämänä 39€ ja ostettuna 48€ ikääntynyttä kohti. Keskiraskaalle palveluasumiselle vastaavat lukemat



olivat 74€ ja 69€, ja vanhainkodin hoitovuorokaudelle vastaavasti 185€ ja 154€. Käytettäväksi suositellut yksikkökustannukset siis lähes kaksinkertaistuvat kotihoidosta palveluasumiseen ja edelleen vanhainkotiin siirryttäessä.

Sitran selvityksessä (Lumio 2015, s.23–34) Tampereen vanhuspalvelujen rakennemuutoksesta kerätystä aineistosta todetaan tehostetun palveluasumisen olevan kunnille vanhainkotihoitoa edullisempaa, pääasiassa asumiskulujen poisjäämisen takia. Kotihoidossa saavutettiin tehostetun palveluasumisen 101€ vuorokausittainen kustannustaso jo lähes yhdellä päivittäisellä hoitokäynnillä. Vanhainkotihoiton kustannus ylitettiin kotihoidossa, kun kotihoiton keskimääräiseen kustannukseen lisättiin toisen hoitokäynnin 35€ kustannus.

Hoitopäivän hintojen porrastamisessa todellisten kustannusten ja asiakasrakenteen mukaan ikääntyneiden terveys- ja hoivapalveluita tuottaessa voidaan käyttää hyväksi tuotteistamista (Heikkilä ym. 2015, s.129). Tampereelle ikääntyneiden laitoshoidoa, tehostettua palveluasumista ja kotihoitoa tuotteistettiin RUG (Resource Utilization on Groups) -luokituksen mukaan. Luokituksen kriteerit perustuvat ikääntyneen terveydentilaan, fyysiseen ja psyykkiseen toimintakykyyn ja erityishoitoihin tai tarpeisiin. Asiakasrakenneluokitusten pohjalta muodostettiin kuusi palvelutuotetta: toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä arkiapu, mielenterveys- ja päihdehoito, muistisairaanhoito, vaativa perushoito, sairaanhoito ja aktiivinen kuntoutus. Kaikille palvelutuotteille laadittiin myös palvelutuotekuvaukset niiden sisällöistä ja tavoitteista. Palvelutuotteet hinnoiteltiin sen mukaan, kuinka paljon hoitohenkilöresursseja yhteen RUG-palvelutuotteeseen kuuluva asiakas käyttää suhteessa keskivertoasiakkaaseen. Heikkilä ym. (2015, s.135–136) mukaan RUG-pohjaista hinnoittelua voidaan hyödyntää kustannusvertailussa eri palveluyksiköiden välillä, sekä tarjouskilpailuiden hinnanmuodostuksessa. RUG-hinnoittelu sopi yhteen Tampereella tulosperusteisen palvelujen järjestämisen kanssa, kun RUG-hinnoittelun tavoitteena oli antaa kaikille palveluntuottajille yhteneväiset hoitoisuuteen suhteutetut korvaukset palvelujen tuottamiseen (Heikkilä ym. 2015, s.137). Koska tuotteistamisen päämääränä oli kustannusten ja palvelun toimittamisen haasteiden hallinta eikä palveluiden tunnistettavuuden parantaminen, on Tampereella toteutettu lähinnä sisäistä tuotteistusta. (Torkkeli ym. 2005, s.24)

### 3.3 Ikääntyneiden hyvinvoinnin ja palveluiden suhde

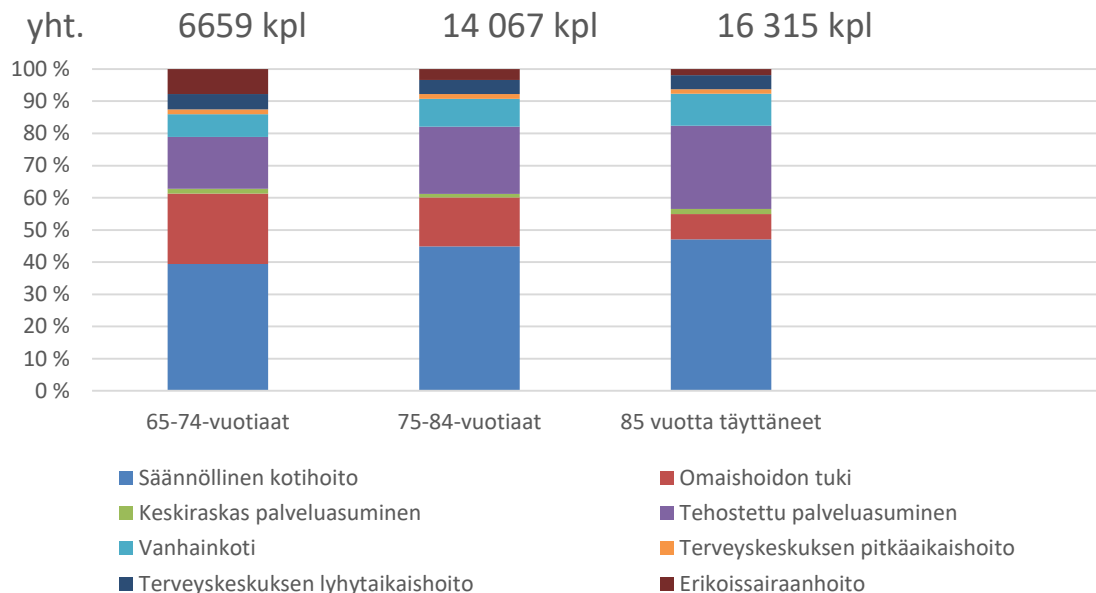
Ikääntymiseen liittyy usein toimintakyvyn ja kognition vajauksen seurauksena kohonnut palveluntarve muun muassa päivittäisistä toiminnoista selviämiseksi (Vilkko ym. 2010, s. 45). Vilkon ym. mukaan (2010, s.58) sosiaali- ja terveyspalveluiden palvelutarpeen määrittelyt perustuvat pääsääntöisesti kalenteri-ikään ja ikäryhmien keskimääräisiin tarpeisiin. Näissä määrittelyissä on myös painotettu lähinnä fyysistä toimintakykyä ja kykyä selviytyä arjesta sisätiloissa. Kaikki avuntarve ei kuitenkaan korreloi kalenteri-ikänsä kanssa, jolloin on riskinä, etteivät tarpeet ja apu kohtaa. Läheskään kaikkeen kotona asuvien palvelutarpeeseen ei vastata, mikä voi tuottaa lisäpalvelujen tarpeen lisäksi ylimääräisiä kustannuksia ja laskea koettua hyvinvointia. Todelliseen palvelukysyntään vaikuttaa henkilön oma sekä lähipiirin kokemus usein elämän sujumisen ja miellyttävyyden kanssa korreloivista tarpeista. Perustaviin tarpeisiin lukeutuu myös mahdollisuus sosiaalisesti rikkaaseen ja täysipainoiseen elämään. Ennakoivassa palveluiden tarjoamisessa korostuukin mitattavien tarpeiden ohella myös ikääntyneen subjektiivinen kokemus tarpeistaan ja sekä tarvittavien palveluiden ajoituksesta ja oikeasta muodosta.

#### 3.3.1 Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttö

Kuusikko-työryhmän raportissa kuvataan ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöä Suomen kuudessa suurimmassa kaupungissa, Helsingissä, Espoossa, Vantaalla, Turussa, Tampereella ja Oulussa. Palvelujen käyttöä tarkastellaan 65, 75 ja 85 vuotta täyttäneiden ikäryhmissä. Sosiaali- ja terveyspalveluiksi tarkastelussa luetaan avopalvelut, eli säännöllinen kotihoito, omaishoidon tuki ja keskiraskas palveluasuminen, ympärivuorokautinen hoiva eli tehostettu palveluasuminen, vanhainkotiasuminen ja terveyskeskuksen pitkäaikaishoito sekä lyhytaikaiset terveydenhuollon palvelut eli terveyskeskuksen lyhytaikaishoito ja erikoissairaanhoido. Kuudessa suurimmassa kaupungissa sosiaali- ja terveyspalveluja käytti 9,6–16,1 prosenttia 65 vuotta täyttäneistä joulukuussa 2015. Oulussa palveluiden piiriin kuului 16,1% 65-vuotta täyttäneistä, joista avopalveluiden osuus oli 10,3%. (Vartiainen 2016, s.10)

Siirryttäessä aineistossa 65 vuotta täyttäneistä 75 vuotta täyttäneisiin sosiaali- ja terveyspalvelujen kattavuus noin kaksinkertaistuu kuuden suurimman kaupungin tasolla. Oulussa 75 vuotta täyttäneistä 32,6% käytti sosiaali- ja terveyspalveluja ja avopalveluiden osuus oli 20,5% (Vartiainen 2016, s.13)

85 vuotta täyttäneistä kuutoskaupunkien asukkaista sosiaali- ja terveyspalveluja käytti jo noin joka toinen. 75 vuotta täyttäneisiin verrattuna palvelujen kattavuus kasvaa noin 20 prosenttiyksikköä. Oulussa 60,6% 85 vuotta täyttäneistä käytti sosiaali- ja terveyspalveluita ja 36% avopalveluita. (Vartiainen 2016, s.20)



Kuva 1. Sosiaali- ja terveyspalvelujen piirissä olleiden osuudet eri vanhusikäryhmissä palvelumuodoittain joulukuussa 2015 (mukaiillen Vartiainen 2016).

Tuotteistamisen työkaluja voidaan käyttää hyväksi myös ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisessä. Kahdeksassa kunnassa Hämeenlinnan seutukunnan alueella vuosina 2005–2007 toteutetussa ”Tuotteistus, Laatu, Kilpailuttaminen”-hankkeessa tuotteistettiin useiden muiden palveluiden lisäksi myös ikääntyneiden palveluasuminen. Toimintojen tuotteistuksen lähtökohtana oli tuotannon sisällön kehittäminen, ja vanhusten palveluasumisen tuotteistamisprosessissa määriteltiin mm.

palvelun tarkoitus, kohderyhmä, mikä on tarjottavan palvelun laajuus, vaativuus, tarvittavat resurssit ja palvelun toteutustapa. Laadittujen työtoimintojen ja -tehtävien luettelojen pohjalta palveluasumisen ydinpalveluiksi määriteltiin asuminen, ateriapalvelut, perushoiva, terveydenhuolto/sairaanhoito, virkistyspalvelut ja yhteistyö. Kaikille ydinpalveluille oli lisäksi useampia määriteltyjä alatoimintoja. Yleispalveluiksi luokiteltiin muun muassa hallinto, tiedottaminen ja koulutus, opiskelijaohjaus, tutkimus ja kehitystyö, koostava työ, tukityö, matkat ja kiinteistötyöt. Lopputuotteina oli palvelusisällöltään erilaisia palveluasumisen kokonaisuuksia, kuten Palveluasuminen-tuote ja Dementiahoiva-tuote. Lopullisen tuotteistuksen tehneessä kuudessa kunnassa ja viidessä ei-julkisessa yksikössä tuotteistaminen yhdenmukaisti toimintorakennetta ja teki ne keskenään vertailukelpoisemmiksi. Organisaatioiden tiedonkulku kasvoi ja kustannusten aiheutuminen selkiytyi tuotteistuksen myötä. Tämä antoi edellytykset myös palvelutuotteiden hinnoittelulle, joskin tuotekohtaista hinnoittelua vaikeuttivat palveluasumisyksiköiden eri hoitoisuustason asiakkaat. Potentiaalia nähtiin myös tehokkuuden lisäämiseen ja ajankäytön parantamiseen paremman palvelun sisällön jakautumisen kautta. (Harjula 2007)

### 3.3.2 Päivittäisistä toiminnoista selviäminen

Iäkkäiden elämänlaadulle ja itsenäiselle kotona asumiselle on tärkeää päivittäisistä toiminnoista selviäminen. Päivittäisillä toimilla tarkoitetaan henkilökohtaisia perustoimintoja, kuten syöminen, pukeutuminen ja peseytyminen, sekä välinetoimintoja, kuten kotiaskareiden hoito ja kodin ulkopuolella asiointi. Näistä toiminnoista selviytymisessä fyysinen, psyykinen ja kognitiivinen toimintakyky sekä ympäristötekijät liittyvät kiinteästi toisiinsa. (Vaarama ym. 2010, s.154)

HYPÄ 2009 -käyntihaastattelu on kohdistettu kotona asuville ihmisille jotka täyttävät haastatteluvuonna 80 vuotta. Aineisto edustaa iäkkäitä ihmisiä, jotka eivät vielä tarvitse tai saa palveluita, sekä palveluiden käyttäjiä. Taulukko 2 kuvaa arjen perustoiminnoista selviytymistä ja avun saantia HYPÄ-aineistossa. Taulukossa 2 ei eritellä avun tuottajia, vaan taulukko kuvaa sekä tuotettujen apupalveluiden että epävirallisen avun tarvetta. Taulukossa päivittäin apua saavien ja ei lainkaan apua saavien väliin jäävät henkilöt, jotka saavat apua harvemmin kuin joka päivä, eivät näy taulukossa. Aineiston tulosten mukaan

yli 79-vuotiaista 7% ei selviä yksin henkilökohtaisista pukeutumis- ja peseytymistoimista ja jopa 64% ei pysty asioimaan kodin ulkopuolella ilman apua. Vaikeuksia liittyy myös ruoanlaittoon, kotitaloustöihin ja omatoimiseen terveydenhoitoon.

Taulukko 2. Avun ja palvelun tarve ja saanti kotona asuvilla yli 79-vuotiailla HYPÄ2009 -aineiston mukaan. (mukaiillen Vilkko ym. 2010)

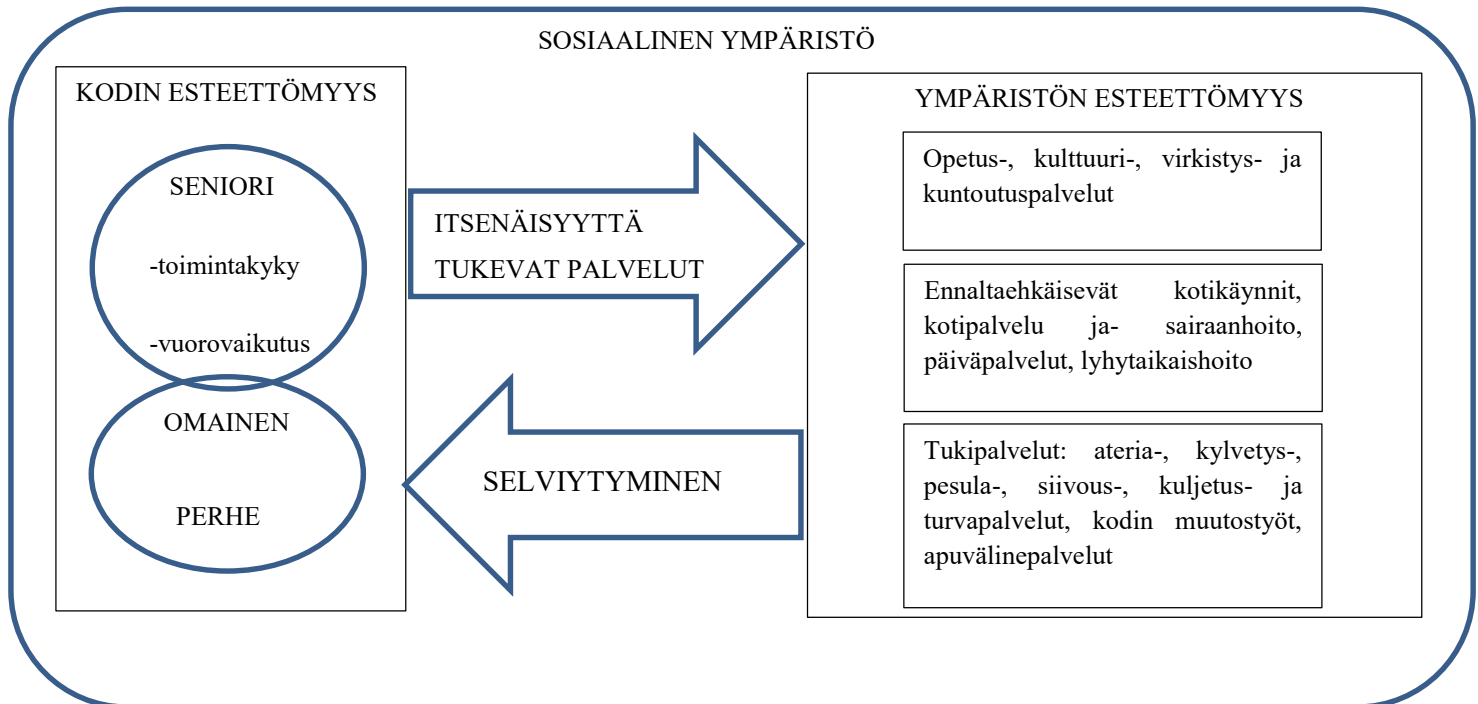
Arjen toiminto	Ei selviä toiminnosta (%kaikista)	Ei saa lainkaan apua (%toiminnoista selviättömistä)	Saa apua päivittäin
Ruoan laitto ja aterian lämmittäminen	29	5	90
Kevyet kotitaloustyöt	23	3	87
Raskaat kotitaloustyöt	74	3	19
Sisällä liikkuminen	5	33	50
Henkilökohtaiset toimet (pukeutuminen, peseytyminen, WC)	7	0	78
Sairauden hoito (lääkkeiden otto, haavojen hoito, yms.)	26	3	77
Kodin ulkopuolella asiointi	64	12	13
Ulkona liikkuminen kesällä	20	30	26
Ulkona liikkuminen talvella	33	46	7

Laissa ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista veloitetaan, että kuntien on suunnitelmissaan ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemisesta sekä iäkkäiden henkilöiden tarvitsemien palvelujen ja omaishoidon järjestämisestä ja kehittämisestä painotettava kotona asumista (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista 28.12.2012/980). Taulukosta käy ilmi annetun avun vastaavan huonosti liikuntakykyyn liittyviin haasteisiin kotona ja sen ulkopuolella, mikä puolestaan kasvattaa sosiaalisen eristymisen uhkaa. (Vilkko ym. 2010, s.52). Myös Tervaskari (2006, s.59) toteaa fyysisen ympäristön esteettömyyden tukevan sosiaalisen ympäristön toimivuutta. Fyysisen ympäristön esteet ja todennettu vaje päivittäisiin toimintoihin tarjotussa avussa ovat niitä osa-alueita, joilla Health City pyrkii tarjoamaan asukkailleen parempaa hyvinvointia asumisen ja lähipalvelujen muodossa. Yhteisöllisen asumisen periaatteet vastaavat myös sosiaalisen eristäytymisen uhkaan.

### 3.3.3 Sosiaalinen ympäristö ja sen palvelut

Tervaskarin (2006, s.58) mukaan sosiaali- ja terveystalveluiden lisäksi ikääntyneiden selviytymisen tueksi tarvitaan myös muita fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista

toimintakykyä ylläpitäviä palveluita, jotka antavat mahdollisuuksia toimintaan, tekemiseen ja sosiaaliseen vuorovaikutukseen. Näin sosiaalinen ympäristö voi omalta osaltaan ennaltaehkäistä toimintakyvyn heikkenemistä sekä edesauttaa kuntoutumista. Sosiaalisella ympäristöllä Tervaskari (2006, s.59) tarkoittaa ympäristöä ja palveluita, jotka tukevat ikääntyneiden osallistumista, omien asioiden hoitoa, mahdollisuuksia olla yhteydessä ja vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa sekä sukupolvien välistä yhteistoimintaa ja yhteisöllisyyttä. Sosiaalisen ympäristön mahdollisuudet sosiaaliseen vuorovaikutukseen voivat lisätä elämän tarkoituksellisuuden kokemista, jota pidetään hyvinvointia ja toimintakykyä ylläpitävänä tekijänä (Tervaskari 2006, s.59) Takkinen (2002) pitää ikääntyneiden elämän tarkoituksellisuuden kokemuksen kannalta merkittävinä tekijöinä kestävien ja antoisien ihmissuhteiden löytämistä ja ylläpitämistä sekä terveyttä, sosiaalisia suhteita ja mielen vireyttä ylläpitäviä aktiviteetteja (ks. Tervaskari 2006, s. 59). Tervaskari esittää tekstissään havainnollistavan kuvion ikääntyneen omatoimisesta selviytymisestä ja itsenäisyyttä tukevista palveluista. Malli korostaa palvelujen helppoa esteetöntä saantia sekä ikääntyneen ja tämän lähipiirin palvelujen käytön osaamisen ja palvelukokonaisuuden vaikutuksia ikääntyneen kotona asumisen mahdollisuuksiin ja itsenäisyyteen.



Kuva 2. Ikääntyneen omatoiminen selviytyminen ja itsenäisyyttä tukevat palvelut (mukaihen Tervaskari 2006).

### 3.4 Rakennetun ympäristön suhde ikääntyneiden hyvinvointiin

Sosiaali- ja terveysministeriön laatusuosituksessa hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi määritellään ikääntyneiden hyvinvointia tukevan elinympäristön malli. Hyvinvointia tukeva elinympäristö koostuu ikääntyvän väestön näkökulmasta muun muassa eri asumisen vaihtoehtoista, palvelurakenteista sekä fyysisen, sosiaalisen ja kulttuurisen ympäristön tekijöistä. Koti on laatusuosituksessa elämänlaadun kannalta keskeisin asuinpaikka ja se tukee itsemääräämisoikeutta, osallisuutta ja mielekästä tekemistä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, s.21) Vaaraman ym. (2010, s.153) raportissaan haastattelemasta 373:sta 80 vuotta täyttäneestä henkilöstä neljä viidestä halusi asua kotona, mutta kotona selviytymistä vaikeuttivat monet asumiseen liittyvät seikat. Vaikka puutteellinen asuminen ja liikuntaesteet ovat olleet iäkkäiden elinolojen merkittävä ongelma, ei niistä kärsinyt vuonna 2009 enää kuin 10% tutkituista. Vuonna 2004 puutteellisesta asumisesta ja liikuntaesteistä kärsi vielä joka kolmas ikääntynyt. (Vaarama 2010, s.153). Myös ikääntyneiden asumisen kehittämissuunnitelmassa (Ympäristöministeriö 2013, s.3) rakennuskannan esteettömyyttä

pidetään keskeisimpänä tekijänä rakennusten soveltumisessa iäkkäiden käyttöön. Asumisen esteet vaikeuttavat suoriutumista jokapäiväisistä toimista ja hankaloittavat pääsyä talosta lähiympäristöön lisäten samalla myös tapaturmien riskiä. Esteettömien asuntojen tarve Suomessa on vuoteen 2030 mennessä miljoona asuntoa, mikäli tavoitteena on, että kotona asuu 92 % yli 75-vuotiaista ja lähes kaikki sitä nuoremmat henkilöt (Ympäristöministeriö 2013, s.5).

Kodin ja muun rakennetun ympäristön vaikutuksia ikääntyneiden hyvinvointiin on tutkittu laajalti. Oswald ym. (2007, s.98) tutkivat ENABLE-AGE kyselytutkimuksen datan perusteella yhteyksiä objektiivisten sekä koettujen asuinolojen ja itsenäisen selviytymisen sekä subjektiivisen hyvinvoinnin välillä. Dataa kerättiin Saksassa, Yhdistyneissä kuningaskunnissa, Ruotsissa, Latviassa ja Unkarissa yhteensä 1918 ihmiseltä, jotka sijoittuivat ikävälisiin 75–89 vuotta. Tutkimus paljasti sekä objektiivisten että havaittujen asuinympäristön aspektien liittyvän omatoimiseen päivittäisistä toiminnoista selviämiseen ja hyvinvointiin hyvin vanhalla iällä eri urbaaneissa ympäristöissä Euroopassa. (Oswald 2007, s.104) Esteettömissä kodeissa asuneet ikääntyneet, jotka kokivat kotinsa hyödyllisiksi ja merkityksellisiksi sekä tunsivat olevansa itse vastuussa asumistilanteestaan, olivat itsenäisiä päivittäisissä toiminnoissa ja kärsivät vähemmän masennusoireista. Kodin käytettävyyden ja esteettömyyden mahdollistamien merkityksellisten päivittäisten toimintojen ja rutiinien taas puolestaan havaittiin tukevan itsenäisyyttä ja terveyttä. Merkittävää on, että ympäristötekijät olivat tutkimuksen mukaan yhteydessä myös terveydentilan edistymiseen, eivätkä negatiivisten tapahtumien, kuten esimerkiksi kaatumisten, aiheuttajia. (Oswald 2007, s.104–105)

Asuinympäristön liikkumista vaikeuttavat ominaisuudet heikentävät ikääntyneiden itsenäisen selviytymisen mahdollisuuksia, kun taas asuinalueen sosiaalinen turvattomuus ja kohtaamispaikkojen puute vähentävät asukkaiden liikkumishalukkuutta. (Ympäristöministeriö 2013, s.3) Esteettömien ja turvallisten asuinympäristöjen lisäksi kohtuuhintaisten liikennepalvelujen tulee sosiaali- ja terveysministeriön laatusuosituksen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, s.22) mukaan mahdollistaa palveluihin pääsy sekä tarjota mahdollisuus osallistua yhteisölliseen toimintaan. Yhdyskuntarakenteen tiivistämisellä palvelut ja joukkoliikenne voitaisiin tuoda paremmin ikääntyneiden saataville (Ympäristöministeriö 2013, s.3). Van Dijk ym. (s.1771–1786) tutkivat



asuin ympäristön terveystaikutuksia suuren osan ajastaan naapurustoissaan viettäville ikääntyneille, joita iän myötä sitovat asuin ympäristöönsä liikuntarajoitteet ja pienentyneet sosiaaliset verkostot. Tutkimuksen otanta koostui 16 huonokuntoisesta ja 16 hyväkuntoisesta 70 vuotta täyttäneestä Rotterdamilaisesta. Kaikkien tutkittujen ikääntyneiden käsityksessä ihanteellisesta asuin ympäristöstä oli yhteisenä nimittäjänä itsenäisyyden säilyttäminen: ikääntyneet arvioivat asuin ympäristön ominaisuuksia sen kautta miten hyvin se tukee heitä kontrollin säilyttämisessä peilaten sekä menneitä kokemuksia että tulevaisuuden odotuksia. Palveluiden läheisyys yhdessä helppokulkuisen asuin ympäristön, julkisen liikenteen ja turvallisuuden kanssa nähtiin tutkimuksessa edellytyksinä omatoimiselle asumiselle. Turvallinen asuin ympäristö yhdistettiin myös läheisiin naapurisuhteisiin ja tunteeseen sosiaalisesta yhteenkuuluvuudesta. Valtaosa tutkituista ei kokenut aktiivista yhteisöllistä toimintaa merkitykselliseksi hyvinvoinnin kannalta, vaikka päättäjät usein vastaavan toiminnan merkitystä ikääntyneen väestön keskuudessa haluavat korostaa. (Van Dijk ym. 2015, s.1786–1787)

## 4 ESIMERKKICASET

Osana tätä kandidaatintyötä tutkitaan ja arvioidaan Health City-hanketta vertaamalla sitä muualla toteutettuihin vastaavanlaisiin asuin ympäristöihin. Vertailukohdealueilta edellytettiin vastaavaa yhteisöllistä asumista ja toimintaa sekä hyvinvointietuja kuin Health City hankkeessa. Lisäksi asumisen tuli olla niissä mahdollisimman kodinomaista tai toimia korvaavana vaihtoehtona laitos- tai vanhainkotiasumiselle. Esimerkkejä etsittiin internetin Scopus ja Web of Science tietokannoista sekä Oulun yliopiston kirjaston tietokannoista. Kaksi ensimmäistä esimerkkicasea toteuttavat Yhdysvalloissa ikääntyneiden yhteisöllistä asumista, jonka tavoitteena on Health Cityn tavoin lykätä palveluasumiseen siirtymistä kohentuneen hyvinvoinnin kautta. Ikäihmisten hyvinvointikeskushankkeessa toteutettiin ikääntyneille samantyylistä hyvinvointikeskustoimintaa kuin mitä Health Cityyn on suunnitteilla. Teoreettinen asumisen palveluiden viitekehys, Kehämalli, on mukana esimerkeissä, koska siinä esitetyt asumisen ja palveluiden kokonaisuudet muistuttavat hyvin pitkälti Health Cityn rakennetun ympäristön konseptia.

### 4.1 TigerPlace

TigerPlace on Missourin yliopiston ”Ageing in place” -projektin yhteydessä toteutettu ikääntyneiden asumisyhteisö ja monitieteellinen tutkimus- ja koulutusmalli. Mallin mukaiset asumisjärjestelyt sisältävät itsenäisiä asuntoja keittiöineen ja pyykinpesumahdollisuuksineen yhteydessä keskuspalveluihin ja yhteystiloihin. Yhteisen ruokalan ja urheiluteemaisen baarin yhteydessä sijaitsee ”wellness center”, hyvinvointikeskus, jossa asukkaat voivat käyttää hyvinvointipalveluja. Hyvinvointikeskus on avoinna kolmena päivänä viikossa, jolloin paikalla on myös sairaanhoitaja. Kotikäynneille sairaanhoitaja on tilauksesta saatavissa vuorokauden ympäri, ja perusterveydenhoitopakettiin kuuluu muun muassa ohjattua liikuntaa. Aiemmissä vastaavissa ”ageing in place”-mallin tutkimuksissa ohjelmassa mukana olleet ikääntyneet saivat vanhainkodeissa asuneita verrokkeja parempia tuloksia kognitioon, masennukseen ja päivittäisiin toimintoihin liittyvillä mittareilla. (Rantz ym. 2008, s.71–76)

## 4.2 Green House project

”Green House” on William Thomasin visioima hoitokoti-konsepti ikääntyneille, jotka eivät enää pysty asumaan kotonaan tai perheidensä luona ja näin ollen täyttävät vanhainkotiasukkaan vaatimukset. (Rabig ym. 2006, s.534) ”Green House”-rakennukset ovat pieniä alle kymmenen asukkaan komplekseja, joissa asukkailla on omat huoneet kylpyhuoneineen. Kaikille yhteisissä tiloissa sijaitsevat keittiö- ja ruokailutilat. (Rabig ym. 2006, s.533) Myös älytalo-teknologiaa on hyödynnetty, kuten videopuheluita television välityksellä. Green House-yleistyöntekijöiden vastuulla on ruoanlaiton ja pyykinpesun lisäksi muun muassa ikääntyneiden henkilökohtainen avustaminen päivittäisissä toimissa. Asukkaiden ja työntekijöiden oletetaan muodostavan henkilökohtaisia suhteita syömällä ja viettämällä aikaa yhdessä. Yhtenä Green House-mallin päämäärästä on toimintaan osallistamisen ja oman elämän hallinnan kautta parantaa ikääntyneiden toimintakykyä ja psykologista hyvinvointia. Tämä näkyy päivittäisessä toiminnassa muun muassa siinä, että asukkailla on päätöksentekovalta omasta aikataulustaan ja he voivat halutessaan osallistua yhteisön toimintaan ja askareisiin, kuten ruoanlaittoon, puutarhanhoitoon ja siivoukseen. (Rabig ym. 2006, s.534–535) Konseptia testattiin ensimmäistä kertaa 2002 Tupelossa Mississipissä 40 ikääntyneen vanhainkotiasukkaan kohdalla. Fyysiset tilat todettiin toimiviksi ja monet ikääntyneet vähensivät liikunta-apuvälineiden käyttöä pystyessään liikkumaan lyhyet matkat talon sisällä vaivattomammin. Omien huoneiden tarjoama yksityisyyttä arvostettiin, mutta ikääntyneet viettivät myös paljon aikaa yhteisöllisissä tiloissa ja ulkona. Alustavat arviot kustannuksista antoivat merkkejä siitä, että tavalliseen vanhainkotiasumiseen verrattuna Green House-malli vaatii resurssien uudelleenkohdistamista, eikä niinkään uusia resursseja. Ensimmäisenä konseptia toteuttanut Mississippi Methodist Senior Services oli lopputulokseen tyytyväinen ja alkoi rakennuttaa uusia mallin mukaisia yksiköitä, ja myös kansallisella tasolla mielenkiinto heräsi niin, että vuonna 2006 20 organisaatiota 15:sta osavaltiossa olivat toteuttamassa Green House-konseptin mukaista asumista. (Rabig ym. 2006, s.536–539)

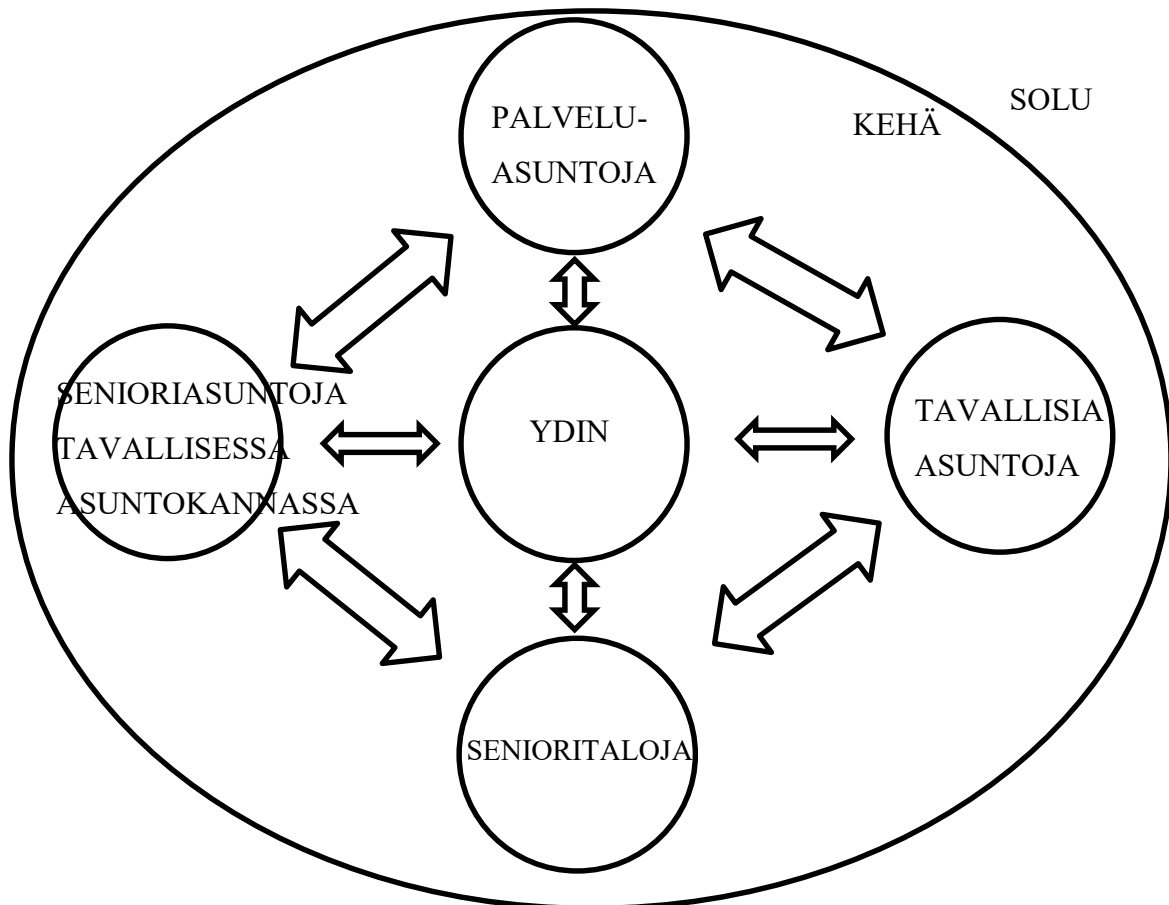
### 4.3 Ikäihmisten hyvinvointikeskus

Ikäihmisten hyvinvointikeskus-toimintamalli oli Helsingin sosiaaliviraston vanhusten palvelujen vastuualueella vuosina 2008–2009 toteutettu kehittämishanke, jossa kahden Helsingin kaupungin palvelukeskuksen, Kinaporin ja Riistavuoren toimintaa kehitettiin hyvinvointikeskusmaiseksi. Toiminnan tavoitteiksi asetettiin ikääntyneiden toimintakyvyn, terveyden ja hyvinvoinnin ylläpito ja edistäminen sekä yksinäisyyden ja syrjäytymisen ehkäisy mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. (Paulig & Sihvola 2011, s.1–2) Hyvinvointikeskuksissa toteutettiin uusia palvelumuotoja sosiaali- ja terveysneuvonnan, palveluohjauksen, itsehoitopisteen sekä kohdennetun ryhmätoiminnan ja tavoitteellisen liikunnan muodossa (Paulig & Sihvola 2011, s.7). Arviointisuunnitelman mukaisesti hankkeessa arvioitiin kaikkien palvelumuotojen onnistumista suhteessa tavoitteisiin sekä hanketta kokonaisuutena. (Paulig & Sihvola 2011, s.11)

Hanke selkiytti hyvinvointia tukevan toiminnan muotoja ja toi niihin monipuolisuutta. Pauligin ja Sihvolan mukaan (2011, s.32) hanke antoi hyvinvointikeskustoiminnalle aineksia ja etenemissuunnan, mutta valmista toimintamallia ei syntynyt. Hyvinvointikeskuksen ei todettu olevan helposti tuotteistettavissa oleva toimintakokonaisuus, ja palveluihin ja toimintaan hakeutuminen olisikin hyvä mallintaa asiakasprosesseina. Ehdotuksena hyvinvointikeskuksen kriteeriksi Paulig ja Sihvola (2011, s.33) ehdottivat määrittelyjä matalalle kynnykselle ja erilaisille tavoille tulla asiakkaaksi. Vastaavia määrittelyjä voitaisiin hyödyntää myös Health Cityn kohdalla, jos asiakkaiden palveluihin hakeutumista ja palvelukäyttöä mallinnettaisiin etukäteen arvioiden perusteella ja myöhemmin toteutuneen palvelukäytön perusteella. Näin voitaisiin saada tarkempi kuva asiakatarpeista helpottamaan tarjottavien palveluiden tuotteistamista.

#### 4.4 Kehämalli

Kehämalli on Tulevaisuuden senioriasumisen liiketoimintamallit-tutkimuksessa kehitetty teoreettinen asumisen palveluiden viitekehys (Mikkola & Riihimäki 2006, s.139–142). Sen rakenne esitetään kuvassa kolme. Kehämalli valittiin osaksi tämän tutkimuksen esimerkkiaineistoa, koska se sisältää rakenteeltaan ja toimintaperiaatteiltaan huomattavia yhtäläisyyksiä Health City-konseptin kanssa.



Kuva 3. Kehämallin rakenne (mukaiillen Mikkola & Riihimäki 2006).

Mallin perusyksikkö on solu, jossa ytimessä sijaitsevaa palvelukeskusta ympäröi asutus kehämäisessä hierarkiassa. Uloimmalla kehällä asuvat omatoimisimmat ikääntyneet, jotka käyvät palvelukeskuksessa lähinnä syömässä ja tapaamassa ihmisiä. He tarvitsevat apua vain kodin pienissä korjaustöissä tai tietokoneongelmissa, ja ovat mahdollisesti

kiinnostuneita vapaaehtoistyöstä/yhdistystoiminnasta muiden huonokuntoisempien ikääntyneiden kanssa. Välikehillä asuvat jo alentuneen toimintakyvyn henkilöt, jotka saattavat tarvita tukea asumiseensa esimerkiksi siivouspalveluiden muodossa. He käyvät palvelukeskuksessa syömässä ja harrastamassa sekä saamassa apua päivittäisten asioiden hoitoon. Sisimmän kehän asukkaiden kotona asuminen on riippuvaista palvelukeskuksen sekä kotipalvelun palveluista. Heidät on varustettu turvarannekkein ja heitä avustetaan palvelukeskuksen ruokailussa ja sosiaalisessa toiminnassa

Kehämallisissa ikääntyneiden asunnot sijaitsevat pääosin tavanomaisessa asuntokannassa, tarvittaessa soveltuvin muutoksin. Esimerkiksi kynnyksiä on poistettu tai tukikahvoja asennettu tarvittaviin kohtiin esteettömyyden parantamiseksi. Osa ikääntyneiden asunnoista sijaitsee heidän tarpeensa huomioon ottaen suunnitelluissa ja rakennetuissa senioritaloissa. Kaikkein huonokuntoisimmat vanhukset asuvat henkilökunnalla varustetuissa palveluasunnoissa aivan ytimen läheisyydessä.

Solun ydin on mallissa sosiaalinen kohtaamispaikka, joka pitää sisällään ateria- ja kahvilapalvelut, maksulliset hoito- ja hyvinvointipalvelut sekä harraste- ja kulttuuripalvelut. Lisäksi ytimeen sijoittuisi huonokuntoisempien vanhusten palvelupiste, jossa voitaisiin järjestää esimerkiksi vanhusten ohjattua saunassa käyntiä ja kuntouttamista. Ytimessä sijaitsevan puhelinpalvelukeskuksen kautta vanhukset saisivat keskitetysti myös tilattua kotipalveluja yksityisiltä tai kolmannen sektorin palveluntarjoajilta. Kotipalveluihin voi sisältyä esimerkiksi siivous- ja kauppa-apua ja hoiva- ja talonmiespalveluitakin. Ytimenä voi toimia kaupungin vanhusten palvelukeskuksen lisäksi yksityisen tai kolmannen sektorin vanhusten palvelukeskus tai esimerkiksi riittävällä palveluilla varustettu ostoskeskus.

Malliin kuuluu myös virtuaalinen yhteys solun asukkaiden välillä www-sivuston kautta. Virtuaalisella alustalla voi käydä keskustelua ja tiedottaa asukkaita tapahtumista ja harrastusmahdollisuuksista. Myös turva- ja hoivapalveluita voidaan järjestää internetin avulla. Tietokone voi muistuttaa esimerkiksi lääkkeiden ottamisesta tai sosiaalityöntekijä voi ottaa yhteyttä videopuhelun avulla asiakkaisiinsa.

Mallin visiota toteuttavia järjestelmiä ei vielä 2006 ollut konkreettisesti olemassa. Vuonna 2016 on rakenteilla kehämallin visiota muistuttavia asuinalueratkaisuja, kuten Oulun Health City sekä SRV:n REDI-asuinalue Helsingin Kalasatamassa (Pulkkinen 2016). Kehämallin käytännön toteutuksen ongelmina vuonna 2006 nähtiin muun muassa rahoitus, jonka toteutumisessa arvioitiin olevan haasteita puhtaasti liiketaloudellisin perustein. Esimerkiksi yhteistyössä julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin kanssa sen arvioitiin kuitenkin olevan mahdollista. Oleellisena vision toteutumisen kannalta nähtiin myös ytimen sijainti keskeisellä paikalla hyvien liikenneyhteyksien ja palvelujen äärellä, sekä sen riittävä koko mittakaavaetujen saavuttamiseksi. Ytimen tulisi myös houkutella aktiivisuustasoltaan erilaisia asiakkaita, jotta spontaaneja avunantoverkkoja syntyisi. Onnistuessaan mallin nähtiin luovan sosiaalista yhteenkuuluvuutta ja turvallisuutta asukkailleen sekä kannattavaa liiketoimintaa ja säästöjä julkiselle sektorille toimivien prosessien ja aktiivisten ikääntyneiden muodossa.

## 5 POHDINTA

Tämän kandidaatintyön tutkimuskysymyksinä johdannossa esitettiin: miten ikääntyneiden hyvinvointia mitataan rakennetussa ympäristössä, ja miten hyvinvointi koostuu saatavilla olevista palveluista ja niiden vaikutuksista. Lähdekirjallisuudessa ikääntyneiden hyvinvointia oli mitattu yleensä kyselytutkimuksin niin fyysisen kuin koetunkin hyvinvoinnin osalta. Yleisimmät mittarit ikääntyneiden hyvinvoinnille ovat kyky selviytyä päivittäisistä toiminnoista sekä sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttö. Mittareina nämä ovat riittävän objektiivisia, ja toimivat myös rakennetun ympäristön kontekstissa. Vaikka suomalaisten ikääntyneiden hyvinvoinnin trendi onkin ollut viime vuosina nouseva muun muassa parantuneiden elämäntapojen ja kohonneen elintason takia, heikkenee hyvinvoinnin taso edelleen iän myötä. Heikkoa hyvinvoinnin kokemusta ikääntyneillä ja erityisesti kaikista vanhimmilla selittävät niin heikentynyt toimintakyky kuin yksinäisyyden tunne. Lisäksi asumisolot ja lähipalvelujen saatavuus vaikuttavat merkittävästi ikääntyneiden hyvinvointiin.

Ikääntyneiden hyvinvointi koostuu saatavilla olevista palveluista suurilta osin sosiaali- ja terveyspalveluiden sekä päivittäisissä toiminnoissa avustavien palveluiden kautta, ja tämä korostuu erityisesti mitä iäkkäämpi henkilö on. Muita ikääntyneiden hyvinvointiin vaikuttavia palveluita ovat muun muassa kulttuuri-, opetus ja virkistyspalvelut, sekä kuljetuspalvelut jotka mahdollistavat asioinnin ja pääsyn muihin palveluihin. Monilla osa-alueilla hyvinvointia voitaisiin parantaa vastaamalla nykyistä paremmin ikääntyneiden palvelutarpeeseen. Esteettömät asunnot, läheltä saatavat palvelut kuten hyvinvointi- ja terveyspalvelut sekä mahdollisuus elää sosiaalisesti rikasta elämää myöhäiseen ikään saakka mahdollistavat ikääntyneille pidemmän itsenäisen elämän omassa kodissa ja keventää näin suomalaisen hyvinvointiyhteiskunnan yhä raskaammaksi käyvää huoltosuhdetta.

Sekä Suomessa että ulkomailla on ollut nousussa yhteisöllisen asumisen trendi, josta esimerkiksi Yhdysvalloissa toteutettujen Green House ja TigerPlace konseptien perusteella on myös varovaisen positiivisia tuloksia ikääntyneiden hyvinvoinnin kannalta. Suomessa Health Cityn kaltaista hyvinvointikeskusmallia on kokeiltu ja



rakennetaan tälläkin hetkellä, ja se voikin olla TSA-hankkeen kehämällin perusteella Suomeen sopiva yhteisöllisen asumisen muoto.

Health City-konseptiin liittyy myös suuri palveluiden tuotteistamisen potentiaali. Asumista ja palveluita ollaan myymässä useille eri kohderyhmille jo pelkästään iän perusteella, ja näiden eri ryhmien tarpeita olisi tärkeä voida tunnistaa ja huomioida. Tuotteistamisratkaisuna voisivat toimia eri kohderyhmille tuotteistetut asumispaketit palveluineen, jotka asiakkaat voisivat esimerkiksi koota komponenteista. Ikääntyneet voisivat valita asumisensa tueksi palvelukomponentteina esimerkiksi kotipalveluita ja lapsiperheet päivähoito- tai ruokapalveluita. Sisäisen tuotteistuksen palvelun toimittamisen ja hallinnan prosessien avulla palvelutarjontaa voitaisiin jäsentää yritykselle itselleen: onko asuminen tarjottava ydinpalvelu, ja hyvinvointikeskus sekä kotipalvelut tuki- ja lisäpalveluita, joilla voidaan erottua muista asuinalueista ja tehdä Health Citystä houkuttavampi asuinpaikka? Vai ovatko ydintuote ja tukevat tuotteet jotakin muuta? Tuotteistetut palvelutuotekokonaisuudet komponentteineen ja sisäiset palvelumäärittelyt voisivat helpottaa Health City-konseptin monistettavuutta muualle Suomeen tai ulkomaille. Sisäisellä tuotteistuksella voitaisiin myös selvittää tarjottavien palveluiden resurssitarvetta. Edellä mainitut Health Cityn tuotteistamiseen liittyvät kysymykset voisivat toimia lähtökohtana jatkotutkimuksille aiheesta.

Kirjallisuuskatsauksena tällä tutkimuksella on omat rajoituksensa tutkittavan aiheen käsittelyn suhteen. Hyvinvointi ja palveluliiketoiminta ovat erittäin laajoja tutkimusalueita, ja kandidaatintyö esittelee niitä vain pintapuolisesti. Health Cityn valmistuttua sen asumis- ja palveluratkaisujen hyvinvointi- ja kustannusvaikuttavuudesta saadaan luotettavampaa mitattua tietoa, joka antaa tarkemman kuvan konseptin vaikuttavuudesta. Palveluiden ja hyvinvoinnin tutkimuskohteena Health City on mielenkiintoinen myös siksi, että rakennetun ympäristön elinkaari on pitkä. Pitkän elinkaaren aikana sekä alueen asukasprofiilissa, että palveluiden tarjonnassa ja käytössä tapahtuu muutoksia, mikä tarjoaa mahdollisuuksia jatkotutkimuksille rakennetun ympäristön ja sen palveluliiketoiminnan kehittymisestä.

## LÄHDELUETTELO

Harjula R., 2007. Vanhusten palveluasumisen tuotteistus Hämeenlinnan seudulla 2005 – 2006 – tuotteistus, laatu ja kilpailuttaminen – hankkeen osaraportti [verkkodokumentti]. Hämeenlinnan seutukunta: Etelä-Suomen lääninhallitus. Saatavissa: [http://www.hameenlinna.fi/pages/388646/TULAKi%20osaraportit/OSARAPORTTI\\_VANHUSTEN\\_PALVELUASUMINEN.pdf](http://www.hameenlinna.fi/pages/388646/TULAKi%20osaraportit/OSARAPORTTI_VANHUSTEN_PALVELUASUMINEN.pdf) [4.12.2016] 26 s.

Heikkilä R., Tirronen A., Björkgren M., Viitanen B. & Vesa M., 2015. RUG-tuotteistus palvelujen järjestämisen johtamisen tukena Tampereen ikäihmisten palveluissa. Teoksessa: Heikkilä R. & Mäkelä M. (toim.) Onnistuminen – RAI-vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, S. 128–138. ISBN 978-952-302-477-9

Helldán A. & Helakorpi S., 2014. Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2013 ja niiden muutokset 1993–2013 [verkkodokumentti]. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa: [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116236/URN\\_ISBN\\_978-952-302-188-4.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116236/URN_ISBN_978-952-302-188-4.pdf?sequence=1) [10.11.2016]. 170 s.

Hull F.M, 2003. Simultaneous involvement in service product development: a strategic contingency approach. *International Journal of Innovation Management*, 7 (3), S. 339–370.

Härkönen J., Haapasalo H. & Hänninen K., 2015. Productisation: A review and research agenda. *International Journal of Production Economics*, 164, S. 65–82.

Jaakkola E., Orava M. & Varjonen V., 2009. Palvelujen tuotteistamisesta kilpailuetua – Opas yrityksille. Helsinki: Tekes, 45 s. ISBN 952-457-349-0

Kapiainen S., Väisänen A. & Haula T., 2014. Terveyden- ja sosiaalihuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2011 [verkkodokumentti]. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa: <http://www.etk.fi/wp-content/uploads/2015/10/raportti%20408.pdf> [19.11.2016]. 125 s.

Kelhä J., 2016. Asumis- ja palvelukehitys. Oulu: Health City Finland Oy. Saatavissa: <http://www.corgroup.fi/toimialat/asumis-ja-palvelukehitys> [viitattu 3.12.2016]

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 28.12.2012/980.

Lehtinen U. & Niinimäki S., 2005. Asiantuntijapalvelut – tuotteistamisen ja markkinoinnin suunnittelu. 1. painos. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö, 282 s. ISBN 951-0-29854-9

Lovelock C. & Gummesson E., 2004. Whither Services Marketing? – In Search of a New Paradigm and Fresh Perspectives. *Journal of Service Research*, 7 (1), S. 20–41.

Lumio J., 2015. Laitoksesta kotiin – syntyikö säästöjä? Ikäihmistien palveluiden muutosten kustannusvaikutukset Tampereella [verkkodokumentti]. Tampere: Sitra. Saatavissa: <https://www.sitra.fi/julkaisut/Selvityksi%C3%A4-sarja/Selvityksia94.pdf> [19.11.2016]. 62 s.

Mikkola K. & Riihimäki M., 2006. Kehämalli – asumisen palveluiden viitekehys. Teoksessa: Tuppurainen Y. (toim.) Tulevaisuuden senioriasuminen (TSA) -hanke Loppuraportti. Oulu: Oulun yliopisto - Arkkitehtuurin osasto, S. 139–142. ISBN 951-42-8035-0

Oswald F., Wahl H.W., Schilling O., Nygren C., Fänge A., Sixsmith A., Sixsmith J., Széman Z., Tomsone S. & Iwarsson S., 2007. Relationships Between Housing and Healthy Aging in Very Old Age. *The Gerontologist*, 47 (1), S. 96–107.

Paulig O. & Sihvola P., 2011. Ikäihmisten hyvinvointikeskus. Raportti Helsingin sosiaaliviraston vanhusten palvelujen vastualueella toteutetusta kehittämishankkeesta [verkkodokumentti]. Helsinki: Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Saatavissa: <http://docplayer.fi/6870720-Ikaihmisten-hyvinvointikeskus.html> [12.11.2016]. 35 s.

Pulkkinen H., 2016. REDIn työmaa. Helsinki: SRV Yhtiöt Oyj. Saatavissa: <https://www.srv.fi/tyomaa/redi> [viitattu 3.12.2016].

Rabig J., Thomas W., Kane R.A., Cutler L.J. & McAlilly S., 2006. Radical Redesign of Nursing Homes: Applying the Green House Concept in Tupelo, Mississippi. *The Gerontologist*, 46 (4), S. 533–539.

Rantz M.J., Skubic M., Porter R.T., Tyrer H., Cheshier D., He Z., Otto D., Demiris G., Servey C.H., Alexander G.L., Johnson, R.A., Taylor G. & Aud M., 2008. TigerPlace, A State-Academic-Private Project to Revolutionize Traditional Long-Term Care. *Journal of Housing For the Elderly*, 22 (1-2), S. 66–85.

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi [verkkodokumentti]. Tampere: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavissa: [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/69933/ISBN\\_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/69933/ISBN_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1) [11.11.2016]. 78 s.

Tervaskari H., 2006. Senioreiden sosiaalinen ympäristö ja itsenäisyyttä tukevat palvelut. Teoksessa: Tuppurainen Y. (toim.) Tulevaisuuden senioriasuminen (TSA) -hanke Loppuraportti. Oulu: Oulun yliopisto - Arkkitehtuurin osasto, S. 57–69. ISBN 951-42-8035-0

Torkkeli M., Salmi P., Ojanen V., Länkinen H., Laaksolahti A., Hänninen S. & Hallikas J., 2005. Asiantuntijapalvelujen johtamisen haasteet – Opas suunnittelu- ja konsultointiyriyten liiketoimintaosaamisen kehittämiseen [verkkodokumentti]. Lappeenranta: Lappeenrannan teknillinen yliopisto. Tutkimusraportti 168. Saatavissa: [http://www.skolry.fi/sites/default/files/3E\\_opas.pdf](http://www.skolry.fi/sites/default/files/3E_opas.pdf) [viitattu 12.12.2016]. 70 s.

Tuominen E., 2008. Näkökulmia eläkeläisten hyvinvointiin – toimeentulosta kulutukseen ja ajankäyttöön [verkkodokumentti]. Helsinki: Eläketurvakeskus. Saatavissa: <http://www.etk.fi/wp-content/uploads/2015/10/raportti%20408.pdf> [10.11.2016]. 100 s.

Vaarama M., Luoma M.L., Siljander E. & Meriläinen S., 2010. 80 vuotta täyttäneiden koettu elämänlaatu. Teoksessa: Vaarama M., Moisio P. & Karvonen S. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, S. 150–166. ISBN 978-952-245-365-5

Vaarama M., Moisio P. & Karvonen S., 2010. Johdanto. Teoksessa: Vaarama M., Moisio P. & Karvonen S. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, S. 10–18. ISBN 978-952-245-365-5

Van Dijk H.M., Cramm J.M., Van Exel J. & Nieboer A.P., 2015. The ideal neighbourhood for ageing in place as perceived by frail and non-frail community-dwelling older people. *Ageing & Society*, 35 (8), S. 1771–1795.

Vargo S.L. & Lusch R.F., 2004. Evolving to a New Dominant Logic for Marketing. *Journal of Marketing*, 68 (1), S. 1–17.

Vartiainen, A., 2016. Kuuden suurimman kaupungin vanhusten sosiaali- ja terveystalvelujen ja kustannusten vertailu 2015, 4/2016. Helsinki: Edita Prima Oy, Kuusikko-työryhmä, 174 s.

Vilkko A., Finne-Soveri H. & Heinola R., 2010. Ikäihmisten palvelutarpeet ja saatu apu. Teoksessa: Vaarama M., Moisio P. & Karvonen S. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, S. 44–59. ISBN 978-952-245-365-

World Health Organization, 1996. WHOQOL-BREF – introduction, administration, scoring and generic version of assessment [verkkodokumentti]. World Health Organization: Geneva. Saatavissa: [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/76.pdf?ua=1](http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf?ua=1) [viitattu 30.11.2016]. 18 s.

Ympäristöministeriö, 2013. Ikääntyneiden asumisen kehittämisohjelma vuosille 2013–2017 [verkkodokumentti]. Saatavissa: [http://www.ymparisto.fi/fi-FI/Asuminen/Ikaantyneiden\\_asuminen/Ikaantyneiden\\_asumisen\\_kehittamisohjelma\\_20132017](http://www.ymparisto.fi/fi-FI/Asuminen/Ikaantyneiden_asuminen/Ikaantyneiden_asumisen_kehittamisohjelma_20132017) [11.11.2016]. 18 s.